



Clínica cotidiana

Dolor torácico: la persistencia conduce al diagnóstico

María Calero Sánchez*, Blanca Sanz Pozo, Raquel Domínguez Tapia

Centro de Salud Las Américas. Parla (Madrid)

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 11 de febrero de 2022

Aceptado el 31 de octubre de 2023

On-line el 1 de diciembre de 2023

Palabras clave:

Dolor torácico

Isquemia miocárdica

Revascularización miocárdica

Keywords:

Chest pain

Myocardial ischemia

Myocardial revascularization

R E S U M E N

Se presenta el caso clínico de un paciente de 55 años de edad con clínica de dolor torácico atípico, sin factores de riesgo personales ni familiares para cardiopatía isquémica.

Ante la persistencia del cuadro y la aparición de nuevos síntomas, es remitido a Cardiología. Finalmente presenta una enfermedad coronaria grave.

© 2023 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Chest pain: persistence leads to diagnosis

A B S T R A C T

We present a clinical case of a 55-year-old patient with atypical chest pain clinic, without personal or family risk factors for ischemic heart disease.

From the persistence of the pain and the appearance of new symptoms is derived to Cardiology and finally presents a severe coronary disease.

© 2023 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

Varón de 55 años de edad, con alergia al ácido acetil salicílico y sin ningún factor de riesgo cardiovascular. No es fumador, ni tiene otros hábitos tóxicos; tampoco presenta antecedentes familiares de cardiopatía isquémica. Actualmente está en tratamiento con *Serenoa repens* (160 mg cada 12 horas) por un episodio de retención aguda de orina hace un año.

Acude a consulta porque desde hace 6 meses presenta dolor de tipo pinchazo en el hemitórax izquierdo, continuo, sin

cortejo vegetativo asociado. No se desencadena con el esfuerzo y empeora con el estiramiento de los brazos. No ha tomado analgesia.

La exploración cardiopulmonar es normal y las constantes vitales también: presión arterial 136/92, frecuencia cardiaca 68 y saturación oxígeno 98 %. El dolor se reproduce e intensifica con la palpación en la zona de la línea medio-clavicular izquierda.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maria_cs_92@hotmail.com (M. Calero Sánchez).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2023.055>

2254-5506 / © 2023 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

El electrocardiograma (ECG) que no muestra signos de isquemia aguda (ritmo sinusal a 59 lpm, PR normal, eje normal, QRS estrecho, ST rectificado V5-V6).

La radiografía de tórax es informada como normal.

Se pauta analgesia con ibuprofeno (400 mg cada 8 horas durante 7 días) y se cita al paciente en consulta para revisión al cabo de un mes.

El dolor persiste y comenta que, aunque es constante, empeora con el esfuerzo y cede parcialmente al cabo de 2 horas de la suspensión del ejercicio.

Se decide remitirlo a Cardiología.

Se realiza ergometría clínicamente dudosa y ECG positiva.

Ecocardiograma sin evidencia de cardiopatía estructural significativa.

La tomografía arterial computerizada (TAC) de las arterias coronarias muestra un calcio score de 1.275,4 puntos, que refleja una carga de placa intensa, lo que implica muy alto riesgo coronario (se sitúa por encima del percentil 90 respecto a su edad y sexo) (figura 1).

Se realiza coronariografía, en la que se observa lesión del tronco coronario izquierdo y de los 3 vasos principales.

Se decide realizar cuádruple bypass aortocoronario.

Es dado de alta para seguimiento de factores de riesgo cardiovascular en atención primaria. Se pauta tratamiento con IECA, betabloqueante, estatina y antiagregante y consulta con cardiología al cabo de un mes.

Comentario

El dolor torácico es un síntoma frecuente en las consultas de las Urgencias y en las de Atención Primaria. La causa más frecuente es la osteomuscular, pero es importante hacer un diagnóstico diferencial para descartar otras potencialmente graves, como síndrome coronario agudo¹.

Para ello, es importante una correcta y buena anamnesis, que permite clasificar el dolor torácico en típico o atípico de cardiopatía isquémica, así como una buena exploración física que apoye y oriente sobre el diagnóstico.

También son importantes de las características del paciente y sus antecedentes personales y familiares².

Es más probable un dolor secundario a cardiopatía isquémica en pacientes varones, con mayor edad y con múltiples factores de riesgo cardiovascular (FRCV), como dislipemia, tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes mellitus o antecedentes familiares³.

Dependiendo de las características del paciente y del tipo del dolor torácico, se puede diagnosticar cardiopatía isquémica como origen del dolor y con ellos remitir al paciente de forma preferente o urgente a Cardiología⁴.

En nuestro caso inicialmente no se sospechó como primera opción diagnóstica una cardiopatía isquémica, porque el paciente no presentaba FRCV y el dolor era de características mecánicas.

Una vez descartadas la cardiopatía isquémica, debemos realizar diagnóstico diferencial con otras posibles causas potencialmente graves, como tromboembolismo pulmonar; posteriormente con otras causas de dolor torácico: neumonía, broncospasmo, traumatismo torácico, osteocondritis⁵.

Al no mejorar con la analgesia pautada, se revisó la historia clínica del paciente. En ese momento se encontraron caracte-

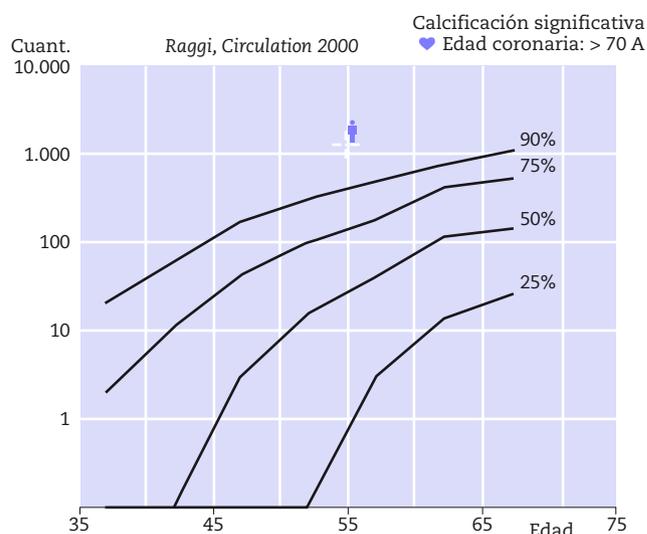


Figura 1 – Cálculo del calcio score a través de tomografía arterial computerizada (TAC) de arterias coronarias, que muestra 1.275,4 puntos.

terísticas del dolor que sugerían cardiopatía isquémica y por ello fue remitido a Cardiología.

Tras ello, se deben realizar las pruebas diagnósticas básicas que valoren la probabilidad clínica de enfermedad coronaria obstructiva, teniendo en cuenta el estado general, las características y la calidad de vida del paciente, incluidas las comorbilidades que pueden influir en las decisiones terapéuticas⁵.

Los pacientes sintomáticos con sospecha de cardiopatía isquémica deben ser sometidos a pruebas de funcionales (electrocardiograma de estrés, ecocardiograma de estrés o gammagrafía de perfusión de estrés) para la estratificación del riesgo de episodios, que se empleará como base para decidir si el paciente es candidato a revascularización coronaria⁶.

En el caso de pacientes con una probabilidad clínica alta de enfermedad coronaria, o con angina típica con niveles bajos de esfuerzo y una evaluación clínica inicial (incluida ecocardiografía y, en algunos casos, ECG de esfuerzo) que indique un riesgo alto de episodios, se procede a practicar una coronariografía invasiva sin realizar otras pruebas diagnósticas. Por el contrario, en caso de pacientes en los que no se puede descartar una enfermedad coronaria mediante la evaluación clínica, o de pacientes cuyos resultados en la prueba de estrés contradigan el juicio clínico (particularmente una prueba de estrés positiva cuando el juicio clínico no indica que haya estenosis graves), se recomienda realizar pruebas diagnósticas no invasivas para establecer el diagnóstico (TAC de arterias coronarias)⁵.

Al finalizar este proceso se debe iniciar el tratamiento oportuno, que incluye intervenciones en el estilo de vida, tratamiento farmacológico y, cuando este indicado, revascularización⁶.

En definitiva, es importante reevaluar a los pacientes con síntomas que no ceden, por si aparecen otros acompañantes que orienten al diagnóstico correcto; en nuestro caso el paciente comentó en una segunda visita la relación del dolor con el esfuerzo. La persistencia de dolor torácico, aunque tenga características atípicas, conlleva que el paciente sea remitido

para la realización de pruebas complementarias que confirmen o descarten la cardiopatía isquémica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Genders TSS, Steyerberg EW, Alkadhi H, Leschka S, Desbiolles L. A clinical prediction rule for the diagnosis of coronary artery disease: validation, updating, and extension. *Eur Heart J*. 2011; 32: 1316-30.
2. Boesner S, Becker A, Abu Hani M, Keller H, Sonnichsen AC, Haasenritter J, et al. Accuracy of symptoms and signs for coronary heart disease assessed in primary care. *Br J Gen Pract*. 2010; 60: e246-57.
3. Boesner S, Haasenritter J, Becker A, Karatolios K, Vaucher P, Gencer B, et al. Ruling out coronary artery disease in primary care: development and validation of a simple prediction rule. *CMAJ*. 2010; 182: 1295-300.
4. Stepinska J, Lettino M, Ahrens I. Diagnosis and risk stratification of chest pain patients in the emergency department: focus on acute coronary syndromes. A position paper of the Acute Cardiovascular Care Association. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 2020; 9: 76-89.
5. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) sobre el diagnóstico y el tratamiento de los síndromes coronarios crónicos. Guía ESC 2019 sobre el diagnóstico y tratamiento de los síndromes coronarios crónicos. *Rev Esp Cardiol*. 2020; 73(6): 495.e1-e61. doi: 10.1016/j.recesp.2019.10.032
6. Collet JP, Thiele H, Barbato E. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J*. 2021; 42: 1289-367.