

## **Dolor torácico de origen no cardiaco**

### **HAROLD MIRANDA ROSERO**

Médico Internista, Clínica Comfamiliar. Docente Facultad Ciencias de la Salud Universidad Tecnológica de Pereira. Presidente ACMI, capítulo Risaralda

### **Resumen**

*El dolor torácico de origen no cardiaco es un espectro amplio de manifestaciones que se originan en diferentes órganos y básicamente se considera un diagnóstico de exclusión. Basado en la adecuada historia clínica, manifestaciones clínicas, antecedentes personales y los hallazgos electrocardiográficos, puede el clínico clasificar el riesgo cardiovascular y de eventos adversos en forma oportuna a la gran mayoría de los pacientes que consultan por dolor torácico al servicio de urgencias; sin embargo, se continúa descargando para la casa un importante número de pacientes con enfermedad coronaria desde el servicio de urgencias con diagnóstico de dolor torácico de origen no coronario.*

**Palabras clave:** dolor torácico.

**Recibido para publicación:** 28-07-2005

**Aceptado para publicación:** 21-09-2005

Aproximadamente el 25% de la población general experimenta al menos un episodio de dolor torácico durante su vida (1). El dolor torácico se considera un síntoma, no una enfermedad, generalmente representa la manifestación inicial de patologías agudas que atentan contra la vida en forma inmediata, pero en la gran mayoría de los casos su origen es benigno. La presentación clínica de los pacientes con dolor torácico de origen no cardiaco y en quienes finalmente no se documenta enfermedad coronaria, a menudo, son similares de aquellos con síndromes coronarios agudos. De otra parte, algunas formas de infarto agudo de miocardio no siempre se diferencian de angina inestable ni de síntomas no coronarios en la presentación inicial al servicio de urgencias; sin embargo, la mortalidad de los pacientes con síndrome coronario agudo es mayor durante los primeros 30 días después del evento agudo y se estabiliza a

una baja rata posteriormente, por lo cual estos pacientes deben recibir un manejo intensivo una vez se hace el diagnóstico adecuado (2).

El dolor torácico lo podemos dividir según su etiología en dos grandes grupos: dolor torácico de origen no cardiaco y dolor torácico de origen cardiaco. En esta revisión hacemos referencia al primero que es esencialmente un diagnóstico de exclusión de otras condiciones potencialmente fatales como el infarto agudo de miocardio y el aneurisma de aorta torácico, entre otros.

La definición de dolor torácico de origen no cardiaco es difícil de realizar, hay varios sinónimos y condiciones diversas que igualmente hacen que su fisiopatología permanezca no entendida. Enfermedades diversas del tracto gastrointestinal y otras como el trastorno de pánico, obesidad, menopausia e incluso el embarazo, pueden ser causa de dolor torácico de origen no cardiaco. Estudios epidemiológicos en la población general muestran que aproximadamente del 25% al 33% de la población general presentan un dolor torácico de origen no cardiaco durante la vida, de estos pacientes que se presentan al servicio ambulatorio por primera vez, 11% al 39% se les documenta enfermedad coronaria en el seguimiento (3, 4).

La prevalencia y la identificación de los pacientes disminuyen con la edad, se presenta más frecuente en personas entre los 18 y 29 años que en los mayores de 60 años en los cuales puede ser del 14% (5).

La epidemiología y la historia natural de dolor torácico de origen no cardiaco (DTNC) aun falta por esclarecerse y hay pocos estudios que valoran la historia natural de esta condición. En Estados Unidos cerca de 6 millones de personas buscan atención médica al sistema de urgencias por dolor torácico y representa un elevado costo económico en términos de atención médica directa, y por demandas relacionadas con la no identificación de un infarto agudo de miocardio en la primera evaluación. En el estudio de Klikman (6) el 60% de los pacientes que se valoraron en el servicio de urgencias por dolor torácico, presentaron dolor torácico de origen no orgánico y sólo el 11% de los pacientes presentaron dolor torácico de origen coronario. Se debe tener en cuenta que la prevalencia del dolor torácico y su origen está en directa relación con la edad, sexo y factores de riesgo cardiovascular existentes en los sujetos estudiados. En el estudio de Selker et al (7) 10.689 pacientes fueron evaluados por dolor torácico con base en la clínica, biomarcadores y hallazgos

electrocardiográficos, y el 75% de estos pacientes finalmente presentaron síntomas de origen no cardíaco.

En pacientes que se ingresan a la unidad de urgencias por dolor torácico en quienes se realizó estudios no invasivos para determinar la causa del dolor, el 42% de los pacientes presentaron enfermedad gastroesofágica, 31% enfermedad isquémica coronaria y 28% síndromes originados en la pared del tórax (8).

Hay poca información acerca de los factores de riesgo para la presencia de DTNC: estos incluyen la edad, historia familiar, condiciones y síntomas gastrointestinales precedentes tales como pirosis, reflujo ácido y disfagia, condiciones psicológicas tales como depresión, ansiedad y neurosis, estrés, consumo de alcohol, y consumo de bebidas carbonatadas entre otros. Siendo el dolor torácico y sus síntomas relacionados la segunda causa más frecuente de consulta al servicio de urgencias. Eslick et al (9) muestra que sólo el 25% de los pacientes con DTNC buscan servicios hospitalarios; los motivos que hacen que un paciente con DTNC busque atención médica incluyen, severidad de los síntomas, ansiedad, depresión, valores culturales individuales y ganancia secundaria. Llama la atención que los pacientes con síntomas no severos presentaron cinco veces más consultas que aquellos con síntomas severos probablemente por ser más crónicos en el tiempo y la persistencia de los síntomas, sin encontrar la causa ni el origen de su sintomatología y es el médico general quien hace la evaluación de estos pacientes en el 85% de las veces (9).

El seguimiento y el pronóstico de estos pacientes clasificados como DTNC son menos estudiados debido a la diversidad de situaciones que lo pueden originar. En el estudio de Roll (10) con cinco años de seguimiento, el 74% de los pacientes continuó presentando DTNC aun cuando se había descartado enfermedad coronaria mediante angiografía. Sin embargo, siendo el origen no coronario de dolor torácico el más frecuente y a pesar de la identificación de los pacientes con enfermedad coronaria de aquellos clasificados como síntomas de origen no coronario, un 2% a 8% de los pacientes presentan un evento coronario en el seguimiento a 30 días cuando consultan por dolor torácico clasificado como de bajo riesgo y fueron egresados en forma temprana (11), y

se envían para la casa desde el servicio de urgencias siendo clasificados como dolor torácico de origen no cardíaco, aproximadamente un 2.1% de pacientes con infarto agudo de miocardio y un 2.3% adicional de pacientes con angina inestable (12).

El primer paso que debe ocurrir antes que la evaluación clínica se haga en el sitio del evento o en la central de urgencias, es la identificación por parte del paciente de los síntomas iniciales, pero muchos pacientes son inconscientes de su sintomatología o se manifiestan en forma no clásica. Una evaluación basada en la historia clínica, los datos e interpretación del electrocardiograma, pueden identificar la gran mayoría de los pacientes y clasificarlos en aquellos que tienen alto o que tienen bajo riesgo; de la anterior consideración e interpretación dependerá el manejo e intervenciones a seguir sea ésta la hospitalización e intervenciones que son costo efectivas, o la alta temprana del servicio de urgencias. En cuanto a la presentación clínica, el dolor torácico puede ser indistinguible entre hombres y mujeres en cuanto a las manifestaciones típicas y atípicas (13). Presentaciones atípicas o no dramáticas hacen que los pacientes retarden aun más la búsqueda de ayuda médica para dar solución a su problema. No sólo el dolor torácico típico tipo angina representa la única manifestación de enfermedad coronaria aguda, hay un espectro de otros síntomas referidos como equivalentes anginosos que se deben tener en cuenta en la primera evaluación y retardan la búsqueda de atención, los síntomas atípicos o no clásicos deben evaluarse en conjunto con síntomas concomitantes y factores de riesgo de los individuos evaluados. Lee et al (14) muestran que en pacientes que se admitieron para descartar un infarto agudo de miocardio (IAM), aquellos con probabilidad menor del 5% para IAM podrían ser identificados en forma oportuna y adecuada, basándose en la presentación clínica, antecedentes personales e interpretación del electrocardiograma. El electrocardiograma es herramienta fundamental en la evaluación de los pacientes con dolor torácico, su interpretación y los hallazgos encontrados se relacionan directamente con morbilidad cardiovascular (15). Brush demostró que un EKG normal al ingreso de pacientes para excluir IAM fue asociado con un 6% de complicaciones durante la hospitalización comparada con el 14% de pacientes con EKG anormal.

La caracterización ordenada y detallada del dolor torácico y las manifestaciones clínicas asociadas, en conjunto con los antecedentes personales, socioculturales y familiares fácilmente clasifican a los pacientes con alta o baja probabilidad de tener síntomas de origen coronario. Por las consideraciones anteriores se han desarrollado guías para la identificación de los pacientes con enfermedad coronaria, el objetivo es la identificación temprana y oportuna de aquellos individuos en quien la intervención temprana le evitará morbilidad cardiovascular futura.

Las guías son el medio de alcanzar uniformemente altos estándares de manejo de pacientes a través del más efectivo uso de recursos, estas no remplazan el juicio clínico, proveen una guía de trabajo mediante la cual se consideran terapias probadas o recomendadas o se identifican prácticas cuestionadas (16).

## Referencias bibliográficas

1. Kroenke K. Symptoms in medical patients: an untended field. *Am J Med* 1992; 92:3S–6S.
2. The PURSUIT Trial Investigators. *N Engl J Med* 1998; 339:436–43.
3. Eslick GD, Talley NJ. Non-cardiac chest pain: squeezing the life out of the Australian healthcare system? *Med J Aust* 2000; 173:233–4.
4. G.D. Eslick, R. Fass / *Gastroenterol Clin N Am* 32 (2003) 531–552
5. Eslick GD, Jones MP, Talley NJ. Non-cardiac chest pain: prevalence, risk factors, impact and consulting: a population-based study. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;17:1115–24.
6. Klinkman, MS, Stevens, D, Gorenflo, MW. Episodes of care for chest pain: A preliminary report from MIRNET. *J Family Practics* 1994; 38: 345.
7. Selker HP, Beshansky JR, Griffith JL, et al. Use of the acute cardiac ischemia time-insensitive predictive instrument (ACI-TIPI) to assist with triage of patients with chest pain or other symptoms suggestive of acute cardiac ischemia: a multicenter, controlled clinical trial. *Ann Intern Med* 1998;129:845–55
8. Fruergaard P, Launbjerg J, Hesse B, et al. The diagnosis of patients admitted with acute chest pain but without myocardial infarction. *Eur Heart J* 1996;17:1028–34
9. Eslick GD, Jones MP, Talley NJ. Acute chest pain and health care seeking behavior: role of reflux symptoms. *J Gastroenterol Hepatol* 2001; 16(Suppl):A329.
10. Roll M, Kollind M, Theorell T. Five-year follow-up of young adults visiting an emergency unit because of atypical chest pain. *J Intern Med* 1992; 231:59–65

11. Miller CD, Lindsell CJ, Khandelwal S, et al. Is the initial diagnostic impression of "noncardiac chest pain" adequate to exclude cardiac disease? *Ann Emerg Med.* 2004; 44:565-574.
12. Pope JH, Aufderheide TP, Ruthazer R, et al. Missed diagnoses of acute cardiac ischemia in the emergency department. *N Engl J Med* 2000; 342:1163-1170.
13. Kudenchuk PJ, Maynard C, Martin JS, et al. Comparison of presentation, treatment, and outcome of acute myocardial infarction in men versus women (the Myocardial Infarction Triage and Intervention Registry). *Am J Cardiol* 1996; 78:9-14.
14. Lee TH, Cook EF, Weisberg M, et al: Acute chest pain in the emergency room: Identification and examination of low-risk patients. *Arch Intern Med* 145:65-9,1985.
15. Brush JE., Jr Brand DA, Acampora D, et al: Use of the initial electrocardiogram to predict in-hospital complications of acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 312:1137-41, 1985.
16. Braunwald E, Antman E, Beasley JW, et al: ACC/ AHA Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina and Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. *J Am Coll Cardiol* 2004.