

► BLOQUE 1: SÍNDROMES

Capítulo 03: Dolor torácico

Autores

Mercedes Sánchez Bommatty Hospital La Janda - Hospital Universitario Puerto Real (Cádiz).

Francisco Luis Gil Muñoz Hospital Universitario Puerto Real (Cádiz).

Gaspar Ortiz Quintana Hospital de Montilla (Córdoba).

Definición

El dolor torácico es toda sensación álgica localizada en la zona situada entre el diafragma y la fosa supraclavicular. El dolor torácico agudo representa entre un 5-20% de las consultas de urgencias¹. Las principales causas de dolor torácico están recogidas en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Causas de dolor torácico¹⁻⁶.

Cardiovasculares	Pleuropulmonares y mediastínicas	Osteomusculares	Digestivas	Psicológicas y funcionales*
Isquémicas <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome coronario agudo • Taquiarritmias • Miocardiopatía hipertensiva • Miocardiopatía hipertrófica obstructiva No isquémicas <ul style="list-style-type: none"> • Disección aórtica • Pericarditis • Prolapso mitral • Rotura de cuerdas tendinosas • Miocardiopatías • Fibrilación auricular 	<ul style="list-style-type: none"> • Tromboembolismo pulmonar • Neumotórax • Neumonías • Mediastinitis aguda • Enfisema mediastínico • Broncoespasmo grave/traqueo-bronquitis • Pleuritis o derrame pleural • Hipertensión pulmonar • Tumores mediastínicos, pleuropulmonar o metástasis pleurales • Pleurodinia epidémica 	<ul style="list-style-type: none"> • Fracturas costales • Distenciones musculares • Cervicoartrosis/costocondritis • Hernias discales • Metástasis costales o vertebrales • Herpes Zóster - Neuralgia postherpética • Neuralgia cervicobraquial 	<ul style="list-style-type: none"> • Úlcus gastroduodenal • Distensión gástrica • Espasmos esofágicos • Rotura esofágica • Patología abdominal (colecistitis, pancreatitis, perforación...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Ansiedad • Simulación

*Diagnóstico tras exclusión de otras causas.

Tabla extraída y modificada de Martín Rebollo M, Reina Marfil N, Vera Sánchez MC, Fernández Aguirre C. Dolor torácico. En: Soto Campos G. Manual de diagnóstico y terapéutica en neumología. 4ª Ed. Sevilla: ERGON; 2022:231-238.

Diagnóstico

La actuación inicial debe ir dirigida a diferenciar las causas potencialmente graves que requieren un tratamiento inmediato (**Tabla 1**)¹⁻³ Realizamos una anamnesis y exploración física adecuada, determinando constantes vitales y saturación de oxígeno, junto a exploraciones complementarias básicas: Radiografía de tórax y electrocardiograma (ECG)^{1,2,5}.

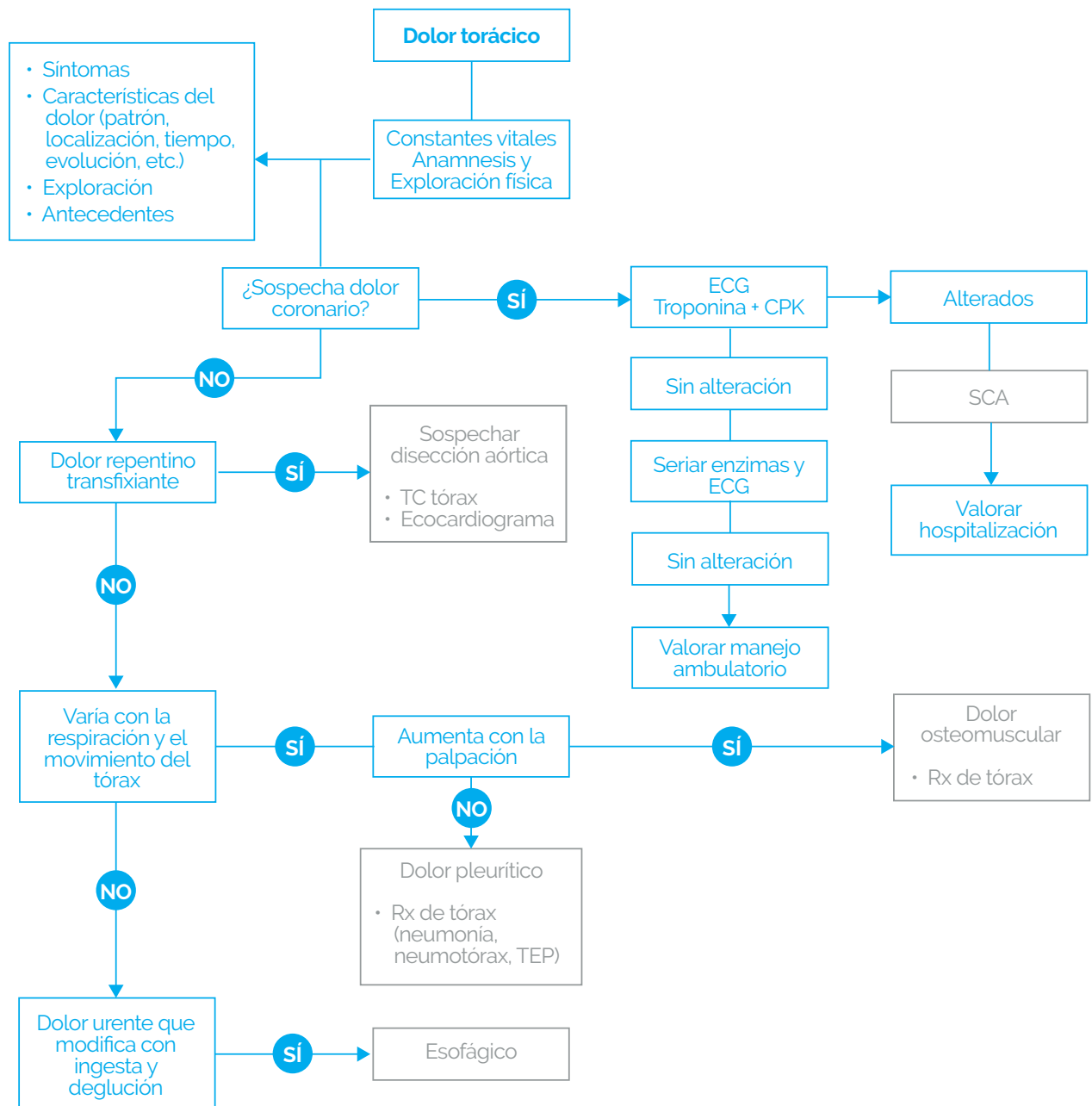
Los datos a recoger en la anamnesis son: Hábitos tóxicos (tabaquismo, consumo de otros tóxicos...), antecedentes familiares, presencia de factores de riesgo cardiovascular, características del dolor (cronología, duración, localización, irradiación, intensidad, factores desencadenantes o que lo modifican), síntomas acompañantes y respuesta a analgesia^{1,3-5}.

En función de la presencia de datos clínicos de alarma (disnea, taquipnea o cianosis; síncope o disminución del estado de consciencia, hipotensión arterial, síntomas vegetativos, signos de bajo gasto cardíaco, pulso arrítmico, ausencia de pulsos periféricos o signos de focalidad neurológica), los pacientes podrían clasificarse en dos categorías: Hemodinámicamente estables o inestables^{1,5}. En la **Figura 1** se expone el algoritmo diagnóstico del dolor torácico.

Características de los distintos tipos de dolor torácico^{1,3,5,6}

- **Coronario:** De localización retroesternal, con irradiación a cara anterior de tórax, cuello y miembros superiores, de tipo opresivo sin empeoramiento con cambios posturales y que mejora con el reposo o nitritos.
- **Disección aórtica:** De localización precordial o retroesternal, con irradiación a cuello y mandíbula, o a abdomen y miembros inferiores. De tipo desgarrante, pulsátil, migratorio al sentido de la disección. Empeora con los cambios de la presión torácica y mejora con el control de la hipertensión arterial y con morfina.
- **Pericárdico:** Precordial o retroesternal, con irradiación a cuello, espalda y hombro. De tipo punzante, que empeora con la inspiración y en decúbito supino y mejora con la sedestación, con salicilatos y antiinflamatorios no esteroideos.
- **Esofágico:** De localización retroesternal, con irradiación a la parte superior del tórax, cuello, hombro y brazo. Se produce con sensación de quemazón y es, a veces, opresivo. Mejora con inhibidores de la bomba de protones y, en el caso de espasmos, con nifedipino o con nitroglicerina.
- **Pulmonar o pleurítico:** De localización variable: en reborde costal, sentido ascendente hacia el cuello, retroesternal. De tipo punzante, a punta de dedo,

Figura 1. Algoritmo diagnóstico del dolor torácico.



CPK: creatinfosfoquinasa; ECG: electrocardiograma; Rx: rayos X; SCA: síndrome coronario agudo; TC: tomografía computarizada; TEP: tromboembolismo pulmonar.

Esquema adaptado y modificado de: Jiménez M, Mata A. Dolor torácico. En Guías de actuación en urgencias. Universidad de Navarra. 2018; Martín Rebollo M, Reina Marfil N, Vera Sánchez MC, *et al*. Dolor torácico. En: Soto Campos G. Manual de diagnóstico y terapéutica en neumología. 4a ed. Sevilla: ERGON; 2022.231-238.

sordo y constante. Empeora con la inspiración, la tos y los estornudos y mejora con la respiración superficial o en decúbito lateral del hemitórax afectado.

- **Osteomuscular:** De localización precordial es la más frecuente, de tipo punzante, que empeora con la inspiración, la tos y la palpación de la zona afectada, mejorando con reposo, calor y analgesia.

- **Psicológico o funcional:** De localización inframamaria, más frecuente en el lado izquierdo, con irradiación variable. Es de tipo punzante y mejora con medidas que disminuyen la ansiedad y el estrés. No empeora con ninguna maniobra.
- **Neurógeno:** De localización en función del nervio afectado y su metámera. De tipo urente o quemazón, que mejora con analgesia.

Hallazgos en las exploraciones complementarias según la patología^{1,3,5}

- **Cardiopatía isquémica:**
 - » ECG: Desviación del ST >1 mm. Onda T invertida >2 derivaciones.
 - » Rayos x (Rx) de tórax y gasometría arterial basal (GAB): Normales.
 - » Analítica: Aumento de creatinfosfoquinasa (CPK), troponina y lactato deshidrogenasa (LDH).
 - » Pruebas y enfoque: Coronariografía/valoración por cardiología/unidad de cuidados intensivos (UCI).
- **Pericarditis:**
 - » ECG: Elevación del punto J y segmentos ST con concavidad superior.
 - » Rx de tórax: Cardiomegalia en "tienda de campaña".
 - » GAB: Normal.
 - » Analítica: Normal o leucocitosis.
 - » Pruebas y enfoque: Valoración por cardiología.
- **Tromboembolismo pulmonar** (Capítulo 17):
 - » ECG: Bloqueo completo de rama derecha o patrón de sobrecarga del ventrículo derecho (VD) (S1Q3T3).
 - » Rx de tórax: Normal/infiltrado triangular de base pleural, atelectasias laminares o derrame pleural.
 - » GAB: Hipoxemia +/- hipo-normocapnia.
 - » Analítica: Aumento del dímero D.

- » Pruebas y enfoque: AngioTAC y valoración por neumología/UCI.
- **Neumonía** (Capítulo 8):
 - » ECG: Normal.
 - » Rx de tórax: Infiltrado alveolar.
 - » GAB: Normal o hipoxemia.
 - » Analítica: Leucocitosis.
 - » Pruebas y enfoque: Manejo domiciliario o ingreso. Escalas de gravedad (**Anexos**).
- **Neumotórax** (Capítulo 23):
 - » ECG: Normal.
 - » Rx de tórax: Línea pleural.
 - » GAB: Normal o hipoxemia.
 - » Analítica: Normal.
 - » Pruebas y enfoque: Radiografía. Valoración por neumología/cirugía de tórax según disponibilidad.
- **Neumomediastino:**
 - » ECG: Normal.
 - » Rx de tórax: Enfisema subcutáneo.
 - » GAB: Normal.
 - » Analítica: Normal.
 - » Pruebas y enfoque: Radiografía/tomografía computarizada (TC) de tórax. Valoración por neumología.
- **Diseción aórtica:**
 - » ECG: Normal.

- » Rx de tórax: Ensanchamiento mediastínico superior e incluso inferior.
- » GAB: Normal.
- » Analítica: Normal.
- » Pruebas y enfoque: Ecocardiografía y angioTAC. Valoración por cirugía cardiovascular.
- **Causas digestivas:**
 - » ECG: Normal.
 - » Rx de tórax: Normal/hernia de hiato/neumoperitoneo.
 - » GAB: Normal.
 - » Analítica: Normal.
 - » Pruebas y enfoque: Radiografía. Valoración por digestivo/cirugía digestiva.

Tratamiento

El tratamiento del dolor torácico dependerá de su origen. Más arriba se recogen las opciones de tratamiento y medidas a tomar en función de su etiología con control inmediato en los que requieran procedimiento o cirugía; anticoagulantes si tromboembolismo pulmonar; analgesia en la patología pleural, osteomuscular y pericárdica; control de síntomas digestivos (antiácidos, inhibidores de las bombas de protones o antihistamínicos H₂) o nitratos en el dolor de tipo anginoso^{1,2,4,5}.

En relación con la analgesia, es de utilidad la escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud⁷ clasificando el dolor en leve, moderado o grave. En función de la intensidad, se comienza en el primer escalón terapéutico (fármacos no opioides: paracetamol o metamizol, antiinflamatorios no esteroideos y salicilatos) progresando al segundo escalón con opioides débiles (codeína, dihidrocodeína, tramadol) y, si es preciso, al tercero (morfina o fentanilo) añadiendo fármacos coadyuvantes en caso necesario. En el Capítulo 27, sobre tratamiento paliativo, se expone con más detalle la escala analgésica.

Resumen



RECORDAR QUE

- El dolor torácico puede ser síntoma de patología mortal para el paciente.
- Son necesarias una anamnesis y pruebas básicas: ECG y radiografía de tórax.
- Hay que evaluar el riesgo y la gravedad.
- Es preciso estabilizar al paciente y tratar de forma inmediata la patología de riesgo vital.



QUÉ NO HACER

- Infravalorar la sintomatología acompañante.
- Diagnosticar de patología psicógena sin haber descartado otras causas. La patología psicógena es un diagnóstico de exclusión siempre.
- Olvidar un plan terapéutico en el manejo ambulatorio.

1. Martín Rebollo M, Reina Marfil N, Vera Sánchez M.C, Fernández Aguirre C. Dolor torácico. En: Soto Campos G. Manual de diagnóstico y terapéutica en neumología. 4ª ed. Sevilla: ERGON; 2022.231-238.
2. Durán Barata D, Raboso Moreno, B. Manual de Neumología para Residentes. Madrid: Mc Graw Hill; 2023.
3. Harrison. Principios de Medicina Interna. 20ª Ed. Madrid. Mc Graw Hill; 2021.
4. Villasante C. Enfermedades Respiratorias. 2ª Ed. Madrid. Grupo Aula Médica; 2009.
5. Molina Cano A, López Gabaldón E, García Castillo S. Manual de Urgencias Respiratorias SOCAMPAR. Byotic; 2016.
6. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Cap. 25 Dolor torácico. En Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 7ª ed. Madrid: Elsevier; 2023
7. WHO Guidelines for the Pharmacological and Radiotherapeutic Management of Cancer Pain in Adults and Adolescents. Geneva: World Health Organization; 2018. PMID: 30776210.