

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR DE PECHO AGUDO

	Síndrome coronario agudo	Síndrome aórtico agudo	Taponamiento cardíaco
<b>Semiología del dolor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Dolor opresivo / constrictivo</li> <li>→ Aumento progresivo de intensidad hasta el acmé</li> <li>→ Retroesternal / precordial / epigastralgia (IAM cara inferior)</li> <li>→ Puede irradiar hacia hombro y cara interna de brazo izquierdo, epigastrio, cuello, mandíbula, interescapular y dorso</li> <li>→ En IAM suele durar &gt;20 min, no cede con reposo y/o NTG; Angina estable suele durar &lt; 5 min, cede con reposo y/o NTG.</li> <li>→ Puede ser desencadenado por esfuerzo físico, estrés emocional, frío, comidas copiosas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Dolor lancinante, transfixiante, desgarrante.</li> <li>→ Súbito, como un latigazo, con intensidad máxima desde el inicio.</li> <li>→ Su localización depende del sitio de la lesión; precordial (Ao ascendente), interescapular (Ao descendente), puede irradiar a cuello, a espalda o abdomen; puede ser migratriz (dolor que migra e irradia mientras va evolucionando la lesión).</li> <li>→ Sin agravantes o atenuantes al EF; calma con opioides (morfina; fentanilo).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Dolor tipo opresivo</li> <li>→ Precordial / retroesternal</li> <li>→ Puede irradiar a zona interescapular, cuello, hombro y/o brazo izquierdo.</li> </ul>

## Examen físico/ Clínica acompañante

- Pueden estar presentes signos de IC/bajo gasto
  - o Hipotensión arterial (PAS >90 mmHg)
  - o Pulso débil
  - o Taquicardia
  - o Llenado capilar lento (>2-3 seg)
  - o Extremidades frías y húmedas (piel moteada o cianótica en casos graves)
  - o Sudoración fría
  - o Alteración del estado mental
  - o Oliguria
- Pueden estar presentes signos de congestión pulmonar (por falla de cavidades izquierdas)
  - o Disnea
  - o Ortopnea
  - o Crepitantes bibasales
  - o Sibilancias
  - o Tos húmeda
- Pueden estar presentes signos de congestión sistémica
  - o Ingurgitación yugular
  - o Hepatomegalia
  - o Edemas MMII
  - o Ascitis
- PARO CARDIORESPIRATORIO
  - o En todo paciente con PCR siempre pensar causa de origen cardiovascular, principalmente en INFARTO, en especial si no hay clínica de otra causa de paro evidente.

- TA: hipertenso o hipotenso; tomar en mmss y mmii.
- FC: aumentada
- FR: +/-
- SAT o2: +/-
- PULSOS: asimétricos +/-
- Neurovegetativos: +/-
- Alteración del sensorio: +/-
- Síntomas neurovegetativos:
  - o desasosiego, sensación de muerte inminente, sudoración fría, palidez, náuseas, vómitos, deseo defecatorio, palpitaciones)
- Síntomas asociados a complicaciones:
  - o Síntomas de insuficiencia aórtica; síntomas de bajo gasto / shock; síntomas de isquemia visceral; estos pueden faltar o pueden ser la única manifestación del cuadro.

## TRIADA DE BECK

- Ruidos cardiacos hipofonéticos
  - Hipotensión arterial
  - Ingurgitación yugular
- +/-: pulso paradójico (descenso mayor o igual a 10 mmhg de TA sistólica en inspiración); taquicardia; taquipnea; signos de hipoperfusión (extremidades frías, cianosis, palidez, frialdad), disnea, agitación, ansiedad, mareos/ sincope, dolor torácico opresivo.

<b>Estudios complementarios</b>	<p>→ ECG en los PRIMEROS 10 MINUTOS. SCA CEST vs SCA SEST.</p> <p>→ Laboratorio con enzimas marcadoras de lesión miocárdica // BIOMARCADORES: <u>Específicos</u>: troponinas. Son el Goldestándar. <u>Inespecíficos</u>: CPK, CPK MB, LDH.</p>	<p>Cada uno de estos vale 1 punto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>¿Paciente de riesgo?</b> Marfan, vasculitis sistémicas de grandes vasos, aorta bicúspide, traumatismo QX intravascular, traumatismo por desaceleración, valsalva, ejercicios esfuerzo isométrico, FRCV (&gt; 45 años, mujer &gt; 55 años, antecedentes de enfermedad vascular en otros territorios arteriales)</li> <li>- <b>¿Dolor de riesgo?</b> SUBITO, 10/10 desde el inicio, DESGARRANTE.</li> <li>- <b>¿Examen físico de riesgo?</b> Hipertensión; pulsos asimétricos, signos de hipoperfusión e isquemia (sistémicos o territorio afectado en específico)</li> </ul> <p>División:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◊ <b>0 PUNTOS</b>: descarto SAA</li> <li>◊ <b>1 PUNTO</b> : ECG, RX, Dímero D (ayudan a evaluar dx alternativos/otras causas de dolor torácico agudo)</li> <li>◊ <b>2-3 PUNTOS</b>: la angiotomografía de tórax es el gold estándar. El Ecocardiograma es una alternativa menos sensible y específica.</li> </ul>	<p>→ ECG: disminución de amplitud de los complejos; alternancia eléctrica.</p> <p>→ RX: silueta cardíaca aumentada de tamaño (signo del Botellón).</p> <p>→ ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO / TRANSESOFÁGICO: derrame pericárdico, colapso cavidades derechas, variación respiratoria del flujo transvalvular (signo dx).</p> <p>Es un cuadro de alta mortalidad que no suele dar tiempo, ante la fuerte sospecha está indicada la realización de la <b>PERICARDIOCENTESIS EVACUADORA.</b></p>
<b>¿Cuándo sospecharlo?</b>	<p>→ Pct con factores de riesgo cv: diabetes, hta, dislipemia, obesidad, tabaquismo, hombre &gt; 45 años, mujer &gt; 55 años, enfermedades crónicas inflamatorias sistémicas, paciente con antecedente de IAM</p>	<p>→ Paciente de riesgo: enfermedades del colágeno (Marfan,Ehlers-Danlos); estructurales (turner, coartación de la aorta, válvula aortica bicúspide), vasculitis sistémicas de grandes</p>	<p>→ Paciente con antecedente de trauma torácico (más riesgo si trauma torácico penetrante), antecedente de cirugía cardíaca, enfermedades autoinmunitarias, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal,</p>

	previo, paciente con antecedente de enfermedad arterial vascular en otros territorios, entre otros.	vasos; factores de riesgo cardiovasculares; antecedentes de intervenciones intravasculares, traumatismos por desaceleración, levantamiento de pesas (pesos máximos), entre otros.	paciente con clínica altamente sospechosa.
--	---	---	--

### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DOLOR DE PECHO AGUDO

	TEP	NEUMOTÓRAX A TENSIÓN	ROTURA ESOFÁGICA
<b>Semiología y examen físico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Disnea súbita + taquipnea y taquicardia.</li> <li>→ Dolor torácico tipo pleurítico (puntada de costado)</li> <li>→ Hipotensión, presíncope, síncope, shock, paro cardíaco. Inestabilidad hemodinámica (embolias centrales y/o extensas)</li> <li>→ Signos de TVP en MMII: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edema</li> <li>- Diferencia de perímetros entre ambas piernas</li> <li>- Signo de Homans (+): es un dolor en la pantorrilla que se produce a la dorsiflexión del pie.</li> <li>- Signo de Ollow: dolor causado a la opresión de los músculos de la pantorrilla contra el plano óseo</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Taquicardia, hipotensión arterial, taquipnea; signos de bajo gasto (acodamiento de las cavas → disminución del retorno venoso → disminución del volumen sistólico → disminución del volumen minuto cardíaco)</li> <li>→ Inspección: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Palidez</li> <li>- Sudoración</li> <li>- Cianosis</li> <li>- Ingurgitación yugular</li> </ul> </li> <li>→ Palpación: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abolición de VV</li> <li>- Disminución de expansión del pulmón afectado</li> <li>- Enfisema subcutáneo</li> </ul> </li> <li>→ Percusión: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipersonoridad</li> </ul> </li> <li>→ Auscultación: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución o Abolición de MV</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Triada de Gaillard:</b> disminución de la VV, timpanismo y disminución o abolición de MV.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Odinofagia o dolor cervical junto con enfisema subcutáneo.</li> <li>→ Shock desproporcionado a la aparente lesión</li> <li>→ Salida de contenido entérico por el avensamiento pleural o neumomediastino</li> <li>→ Neumotórax o hemotórax asociado.</li> </ul>

<p><b>Estudios complementarios</b></p>	<p><u>Estudios con los que contamos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Dosaje de dímero D: &gt; de 500 ng/ml. Sensible pero poco específico.</li> <li>→ Gold Estándar: angiotomografía computada (si reúne criterios escala de Wells/ Ginebra modificados)</li> <li>→ Ecocardiograma transtorácico/ transesofágico (signos indirectos de sobrecarga ventricular derecha)</li> <li>→ Ecocardiograma Doppler miembros inferiores/ ecografía por compresión: diagnóstico de TVP.</li> <li>→ ECG: taquicardia sinusal +/- patrón: S1, Q3, T3 (signos de sobrecarga derecha; POCO SENSIBLE)</li> <li>→ RX tórax: sirve para descartar otras causas de dolor torácico. Podría llegar a verse signo de la Joroba de Hampton (infarto pulmonar, cuña de base pleural, vértice hilar).</li> </ul> <p><u>Para decidir a qué estudio es candidato el paciente se realiza una puntuación según escala de Wells/ginebra modificados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ <i>Paciente con bajo/mediano riesgo de TEP:</i> solicito dímero D. Puedo realizar ecg y rx para descartar otras causas de dolor torácico potencialmente mortal a la brevedad</li> <li>→ <i>Paciente con alto riesgo de TEP:</i> se solicita angiotomografía.</li> </ul>	<p>→ Rx:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausencia de trama vascular del lado afectado □ característico</li> <li>- Pulmón colapsado y/o retraído hacia el hilio.</li> <li>- Desplazamiento del mediastino hacia el lado sano.</li> <li>- Hiperclaridad del lado de la lesión.</li> <li>- Diafragma aplanado o invertido del lado de la lesión.</li> <li>- +/- enfisema subcutáneo</li> </ul> <p>→ Punción pleural: muchas veces no llegamos a hacer una rx y hay que hacer una PP rápidamente</p>	<p>→ En rx:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfisema Mediastinal</li> <li>- Neumotórax</li> <li>- Derrame pleural</li> </ul>
--	---	---	---

	<p>Si el paciente esta inestable hemodinámicamente y no se puede trasladar a tomógrafo: Ecocardiograma bed side + eco de MMII para evaluar TVP</p> <p>Si la sospecha es alta y el paciente no tiene contraindicaciones INICIAR ANTICOAGULACION a la espera de los estudios.</p>		
<p><b>¿Cuándo sospecharlo?</b></p>	<p>→ Sospechar en inmovilizados, cirugías ortopédicas de mmii y grandes articulaciones (ej: cadera, rodilla) cáncer, puerperio, y otros estados de hipercoagulabilidad (congénitos vs adquiridos).</p>	<p>→ Sospechar ante un traumatismo o procedimiento médico torácico</p>	<p>→ La mayoría de veces son post traumáticos</p> <p>→ Puede ser espontaneo en esófagos muy dañados por radioterapia o post qx</p> <p>→ Sospechar ante un traumatismo con fuerte impacto en esternón o procedimientos invasivos endoscópicos</p> <p><b>Lo importante es una conducta quirúrgica rápida!!</b></p>

