

## Dolor en el pecho. Estrategia diagnóstica

Jorge M. Otero Morales,<sup>1</sup> Ana María Suárez Conejero<sup>2</sup> y Luis Céspedes Lantigua<sup>3</sup>

### RESUMEN

En este artículo se expone la estrategia diagnóstica a seguir ante un paciente con dolor en el pecho. Se hace énfasis en el diagnóstico semiográfico, anatómico y etiológico de este síntoma. En particular se expone la semiografía distintiva de los diferentes prototipos anátomo-clínicos de dolor en el pecho y el enfoque diagnóstico para resolver casos con dolor en el pecho de origen indeterminado. Por último, se hacen consideraciones éticas relacionadas con el manejo diagnóstico de este síntoma.

**Palabras clave:** Diagnóstico, dolor torácico, dolor en el pecho.

La mayoría de los textos de medicina dispensan un espacio al análisis diagnóstico del dolor en el pecho. Este hecho no solo está determinado por la frecuencia con que se presenta este síntoma en la práctica médica, sino también por la dificultad que entraña su manejo diagnóstico.

El análisis diagnóstico de un dolor en el pecho suele variar en relación con la especialidad que aborda el tema. Así, por ejemplo, cuando se revisa un texto de cardiología, el análisis del dolor suele estar más centrado en las afecciones cardiológicas que en otras. En tales casos es frecuente también que la estrategia se derive fundamentalmente al manejo de los medios diagnósticos de la especialidad. En este artículo se analiza el diagnóstico de un dolor en el pecho desde la óptica del Médico de Familia, el cual, dada su formación integral suele enfocar el diagnóstico del enfermo con una postura esencialmente clínica. Por ello, la mayor parte de la estrategia que aquí se expone está centrada en el análisis de la evidencia diagnóstica que aporta el interrogatorio y el examen clínico.

### DESARROLLO

#### Pasos de la estrategia

Al asistir con fines diagnósticos a un paciente con dolor en el pecho es preciso conocer *cómo* es el dolor, el órgano *dónde* se produce y *por qué* se presenta dicho dolor en el enfermo. *Cómo*, *dónde* y *por qué* son pues las interrogantes claves que habrá de solventar en su tarea diagnóstica todo médico que asista a un enfermo con dolor en el pecho. Se distinguen así en el manejo diagnóstico de un dolor en el pecho 3 pasos diagnósticos fundamentales:

- El diagnóstico semiográfico.
- El diagnóstico anatómico.
- El diagnóstico etiológico.

El primero de estos pasos se encargaría de solventar el *cómo*; el segundo, el *dónde*; y el tercero, el *por qué*.

### **Primer paso: el diagnóstico semiográfico.**<sup>1-4</sup>

En este paso diagnóstico el médico tiene como objetivo identificar la semiografía o el conjunto de caracteres semiológicos (o semióticos) que son propios o característicos del dolor en cuestión. En el anexo 1 se muestran cuáles son los caracteres fundamentales a identificar.

La realización de este paso diagnóstico es vital para los pasos subsecuentes, ya que por intermedio de la semiografía es que el médico logra conocer el órgano enfermo (diagnóstico anatómico) y la enfermedad causal (diagnóstico etiológico). Así, por ejemplo, el conocimiento de la localización, de la irradiación, de la extensión y de las manifestaciones asociadas al dolor suelen permitir al médico la realización del diagnóstico anatómico; por otra parte, el conocimiento de la intensidad, del modo de inicio, del tiempo de evolución, del curso del dolor y de otras características dependientes de la causa de la enfermedad, permiten con mucha frecuencia la realización del diagnóstico etiológico.

La ejecución de este paso diagnóstico se sustenta en el interrogatorio y el examen físico del paciente. El interrogatorio ha de estar orientado a conocer la historia de la enfermedad actual del paciente, y en particular, los datos semiológicos relacionados con el dolor. El examen físico ha de ser lo más sistémico posible, a fin de detectar hallazgos de interés diagnóstico de índole anatómico y etiológico.

### **Segundo paso: el diagnóstico anatómico.**

Una vez que se logra esclarecer la semiografía del dolor se procede a identificar el órgano que duele. Para la realización del diagnóstico anatómico por lo general suelen bastar los datos de orden clínico obtenidos mediante el interrogatorio y el examen físico en el paso diagnóstico anterior, ya que en lo esencial la tarea en este paso se circunscribe a definir, con estos datos, el prototipo de dolor anatómico que tiene el paciente:

### **DIAGNÓSTICO ANATÓMICO. PROTOTIPOS DE DOLOR**

- Dolor somático
- Dolor neurítico
- Dolor radiculítico
- Dolor diafragmático
- Dolor esofágico
- Dolor pleurítico
- Dolor pericárdico
- Dolor coronario
- Dolor psicógeno
- Dolor atípico (indeterminado)

Ahora bien, en este paso diagnóstico es factible también emplear medios diagnósticos instrumentales (exámenes paraclínicos) encaminados a corroborar el diagnóstico anatómico; de hecho, su uso es prácticamente obligado en los dolores de origen coronario, pericárdicos, pleuríticos y diafragmáticos. Sin embargo, el médico tendrá mucho cuidado en desvirtuar su diagnóstico clínico cuando los resultados obtenidos por

tales medios entren en contradicción con el juicio clínico, ya que muchos de los exámenes paraclínicos que se emplean con este propósito no son tan sensibles como muchos médicos creen, y con frecuencia suelen arrojar resultados falsos negativos. Por ejemplo, las alteraciones radiográficas de la neumonía neumocócica y el infarto pulmonar, 2 de las afecciones médicas que producen con más frecuencia dolor pleurítico, suelen aparecer horas después que se presenta el dolor. Otro tanto pudiera decirse de las alteraciones electrocardiográficas del propio infarto pulmonar y del infarto cardíaco, que con mucha frecuencia demoran horas en evidenciarse. En el infarto cardíaco, por demás, las alteraciones enzimáticas no se detectan hasta pasadas horas del comienzo del dolor. La angina de pecho es también un buen ejemplo para destacar el valor del diagnóstico clínico, dado que la sensibilidad diagnóstica del electrocardiograma en reposo y de esfuerzo no logran superar la sensibilidad del diagnóstico clínico.

Por otra parte, es justo señalar también que no siempre es posible distinguir en todos los pacientes el órgano afectado, ya que en algunos casos el dolor en el pecho carece de características distintivas que permitan su clasificación anatómica. Incluso, algunos estudios han demostrado que algunas enfermedades que se expresan por dolor en el pecho la atipicidad del dolor es más bien la regla que la excepción. En tales casos es preferible no forzar el diagnóstico anatómico y clasificar al enfermo como portador de un dolor en el pecho de origen anatómico indeterminado (dolor atípico). Ello, como veremos en el paso diagnóstico posterior, no impide llegar a un diagnóstico etiológico, pero sí previene al médico de continuar la investigación diagnóstica del paciente por un camino errado.

Por último queremos destacar que el diagnóstico anatómico es en esencia un diagnóstico que se supedita a la evidencia médica (sea clínica o paraclínica). En ningún momento el médico habrá de declinar su diagnóstico anatómico porque este contravenga las inferencias de orden estadístico o epidemiológico. Analicemos a continuación la semiografía distintiva de los diferentes prototipos anatómicos de dolor en el pecho.

***Dolor somático:*** es el dolor en general bien circunscrito (se localiza con un solo dedo), que suelen exacerbarse a los movimientos posturales, así como a la dígito presión de la zona afecta. Su calidad e intensidad depende de su etiología. Su identificación es clínica.<sup>4,5</sup>

***Dolor neurítico:*** se extiende difusamente por el trayecto de los nervios intercostales, por lo que se distribuye en el tórax en forma de hemicinturón. Suele ser urente, a menudo constantes o continuos, pero matizados con paroxismos intermitentes de dolor punzante por lo regular intensos. La zona adolorida suele ser sensible al tacto, y en particular suelen ser dolorosos los puntos de Valleix a la altura de la línea paraesternal (punto anterior), línea axilar (punto lateral) y línea paravertebral (punto posterior). Su duración depende de la etiología, pero por lo general se prolonga días o semanas. Su diagnóstico es clínico, es decir no requiere de exámenes paraclínicos.<sup>1,4,6</sup>

***Dolor radiculítico:*** es un dolor difuso que se localiza en el dermatoma correspondiente a la raíz nerviosa afectada. Por ello, si es bilateral puede tener una topografía en banda, y si es unilateral se localiza en el tórax en forma de hemicinturón. Puede ser continuo o intermitente, y por lo regular es intenso y lancinante, y se exagera con la tos, el

estornudo y la defecación. Los cambios posturales pueden afectar la intensidad del dolor. Puede existir dolor en el raquis que se exagera con la percusión. Atendiendo a su etiología más frecuente, suele prolongarse semanas y meses. Su diagnóstico es clínico. Los exámenes diagnósticos solo se utilizan en interés de la investigación etiológica.<sup>4</sup>

***Dolor diafragmático:*** es por excelencia un dolor torácico-abdominal que se localiza en forma difusa hacia la base del hemitórax, hipocondrio y flanco homónimo, y se irradia clásicamente al hombro, hueco supraclavicular y borde del trapecio. Sin embargo, con frecuencia puede distinguirse únicamente (o más) en la región torácica pudiendo alcanzar la región submamaria y el precordio. Se exagera con la tos y la inspiración profunda, por lo que se acompaña con frecuencia de polipnea antálgica. Suele ser intenso y lancinante, aunque en ocasiones se percibe como un dolor opresivo asociado con dificultad para inspirar a plena capacidad. Puede asociarse a hipo y tos superficial (tímida o abortiva) dependiendo de la etiología. Es por lo general un dolor de evolución aguda y continua. La digito presión de los puntos de Valleix para el nervio frénico (los cuales se localizan en la apófisis transversa de la 5ta vértebra cervical en el cuello; por encima de la clavícula y por dentro de la inserción del esternocleidomastoideo; por encima del 5to cartílago costal y en la 10ma costilla en el arco costal) suelen ser dolorosos. Su identificación diagnóstica es clínica. Las investigaciones imagenológicas solo son útiles para el diagnóstico etiológico.<sup>1,6-8</sup>

***Dolor esofágico:*** se reconocen 3 variantes semiológicas (el dolor esofágico espontáneo, la pirosis y la odinofagia).<sup>9-12</sup> El dolor *esofágico espontáneo* es en general un dolor difuso, retroesternal, de carácter urente o constrictivo o punzante, de breve duración e intermitente, que se exagera típicamente con la ingestión de alimentos fríos y calientes, el decúbito, al agacharse (signo del cordón de zapato), al aumentar la presión abdominal (maniobra de Vansalva), y que mejora con antiácidos, al sentarse o al pararse y a veces con la expulsión de gases (eructos). Puede ser fijo, o por el contrario irradiarse a cuello, miembros superiores y región interescapulovertebral. Se puede asociar a regurgitación, disfagia y tialismo. La *pirosis*, es en realidad una variante del dolor esofágico espontáneo que se distingue por su carácter urente o quemante, y por irradiar en sentido ascendente hacia la garganta; y la *odinofagia* es por el contrario un dolor esofágico provocado que aparece con o tras la deglución y cuyas características están muy influidas por la etiología. En algunos casos (por ejemplo, la esofagitis) el dolor es fijo, urente (algunos pacientes lo describen más bien como una sensación de “arañazo”), no se asocia a disfagia y dura solo unos pocos minutos. En otros casos (por ejemplo, espasmo esofágico agudo) el dolor es constrictivo, opresivo o punzante, y se irradia a la región interescapulovertebral, cuello y miembros superiores. Se asocia a disfagia de carácter espasmódica y puede durar hasta 1 h. El diagnóstico de un dolor esofágico es clínico. Las investigaciones (esofagograma, esofagoscopia) solo ayudan a identificar su etiología.

***Dolor pleurítico:*** se localiza en cualquier región del tórax, pero con más frecuencia hacia la base torácica. Puede irradiarse a la región superior del abdomen (punta de costado abdominal), es espontáneo, difuso, continuo, punzante (a tipo puñalada), y se exagera típicamente con la tos y la inspiración, lo que provoca un aumento de la frecuencia respiratoria al limitar el paciente la incursión inspiratoria (polipnea antálgica). La tos seca es frecuente. Atendiendo a sus causas suele tener una evolución aguda (días) o subaguda (semanas). El examen físico del aparato respiratorio puede apoyar al diagnóstico positivo de este tipo de dolor, al distinguir signos propios de

condensación pulmonar, de derrame pleural o de neumotórax. Por la misma razón la radiografía de tórax puede ser de utilidad también para corroborar el origen pleurítico del dolor.<sup>1,6</sup>

***Dolor pericárdico:*** casi siempre es precordial, aunque a veces puede ser retroesternal. Es difuso, suele ser constrictivo o punzante, y en caso que se asocie a derrame puede ser sordo; puede irradiar al hombro y borde del trapecio izquierdo, y muy raramente irradia al brazo. Es continuo y se exacerba con la inspiración, la tos y el decúbito lateral. Se alivia al inclinarse hacia delante o sentarse. Su duración depende de la etiología, pero por lo general suele durar unos pocos días. Se puede asociar a disnea. El signo clínico patognomónico es el frote o roce del pericardio que puede ser por demás inconstante. La electrocardiografía es útil para el diagnóstico positivo.<sup>13-16</sup>

***Dolor coronario:*** se distinguen 2 variantes: el dolor anginoso y el dolor de infarto.<sup>17-23</sup> El primero se localiza típicamente en la región retroesternal, aunque puede ser precordial. Es opresivo o gravativo, puede irradiar a miembro superior izquierdo, cuello, mandíbula, epigastrio, región posterior del tórax y brazo derecho (irradiación contralateral de Libman). A veces comienza en el miembro superior izquierdo y se irradia al pecho (irradiación inversa de Libman). Es difuso, y clásicamente un dolor episódico que aparece al esfuerzo físico o su equivalente (emoción, frío, digestión), y cede con el reposo o a la nitroglicerina en pocos minutos (5 a 15 min). Se asocia a sudoración, frialdad, vahído, palidez y sensación de muerte inminente. En algunos casos puede aparecer espontáneamente (angina de reposo). En muchos pacientes la angina es un dolor crítico de larga evolución (angina crónica). Su diagnóstico es clínico aunque el electrocardiograma puede ser de ayuda diagnóstica si se hace al momento del dolor. Por su parte, el infarto se expresa igual que la angina de pecho, pero el dolor es espontáneo, más prolongado (de 30 min a 1 h) y no cede con la nitroglicerina, ni con el reposo. Puede acompañarse de vómitos y náuseas. La astenia o el decaimiento es queja frecuente una vez que termina el período crítico. Su diagnóstico es clínico solo en las primeras horas de su evolución. El electrocardiograma y los estudios enzimáticos son indispensables para el diagnóstico definitivo.

***Dolor psicógeno:*** es un dolor espontáneo que se localiza con frecuencia en la región submamaria. Es por lo general circunscrito (se localiza con un dedo), punzante, breve (segundos), intermitente y tiende a recurrir con frecuencia. Su diagnóstico es clínico.<sup>6</sup>

***Dolor atípico:*** dolor espontáneo, casi siempre precordial, fijo (no tiene irradiación), difuso, sin relación con el esfuerzo y que no se agrava con esfuerzo físico, decúbito, deglución, inspiración, movimientos físicos, ni dígito presión de la zona dolorosa. Carece de síntomas acompañantes que delaten su origen. Su intensidad y frecuencia guardan relación con la causa que lo origina.

### **Tercer paso: el diagnóstico etiológico.**

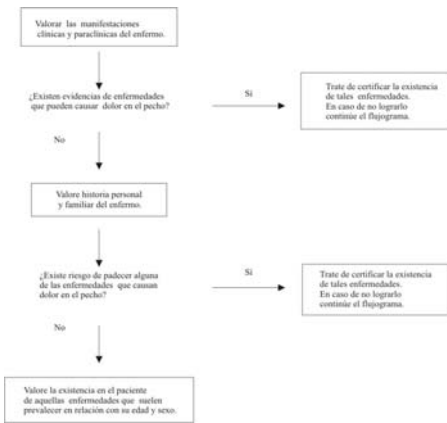
Una vez realizado el diagnóstico anatómico es posible realizar entonces el diagnóstico etiológico, el cual tiene como objetivo fundamental descubrir la entidad que causa dolor en el enfermo. En este paso ya se ve con claridad que la estrategia en el manejo diagnóstico de un dolor en el pecho consiste en reducir las probabilidades diagnósticas a las entidades o procesos que guardan relación etiológica con el prototipo de dolor que tiene el paciente (anexo 2).

En la práctica, el diagnóstico etiológico se realiza realmente en 2 etapas sucesivas: en una, la primera, solo se logra presumir la enfermedad que pudiera estar determinando dolor en el enfermo (diagnóstico hipotético o presuntivo); y en otra, la segunda, es donde ya se logra certificar la existencia de dicha enfermedad (diagnóstico de certeza).

Para la realización correcta del diagnóstico presuntivo, se deben valorar, en primer lugar, *todas las manifestaciones clínicas y paraclínicas* que se presentan en el paciente a consecuencia de la enfermedad. De este modo, la historia del proceso de enfermedad, los hallazgos del examen físico y el resultado de los exámenes paraclínicos realizados, habrán de acaparar en este momento la máxima atención del médico. En segundo lugar se deberá valorar *la historia del sujeto enfermo (tanto personal como familiar)*, a fin de conocer todos aquellos hechos biológicos, psicológicos y sociales que resulten de interés para el diagnóstico. Aquí es donde el médico habrá de precisar los antecedentes patológicos personales y familiares del enfermo, la profesión del paciente, los lugares donde este ha habitado, sus relaciones vecinales, laborales y familiares, la actividad física que realiza, sus hábitos alimentarios y un sinnúmero de aspectos más que habrán de permitir al médico determinar, con el menor grado de incertidumbre posible, el riesgo que tiene el paciente para padecer determinadas enfermedades. En esta etapa es donde también el médico tiene en cuenta la edad y el sexo del enfermo, a fin de establecer adecuadamente el riesgo de enfermedad que este tiene.

El diagnóstico presuntivo consiste pues en establecer una hipótesis diagnóstica plausible sobre la base, en primer lugar, de la evidencia médica, y en segundo lugar, del riesgo de enfermedad que tiene el paciente. Una vez efectuado el diagnóstico presuntivo se procede a realizar el diagnóstico de certeza. La tarea en este paso se reduce a la búsqueda de nuevas evidencias, ya sean clínicas o paraclínicas, que permitan certificar la enfermedad que se sospecha. En algunos casos puede resultar suficiente reevaluar o repetir el interrogatorio y el examen físico centrado en la búsqueda de datos específicos. En otros casos puede que sea necesario la realización de exámenes diagnósticos para lograr certeza diagnóstica. De cualquier manera, el diagnóstico de certeza a diferencia del presuntivo se supedita solamente a la evidencia médica (ya sea clínica o paraclínica).

Esta estrategia en relación con el diagnóstico etiológico de un dolor en el pecho es la que suelen emplear la mayoría de los médicos, si bien no todos tienen explícitamente conciencia de los modos de actuación. La estrategia expuesta resulta mucho más evidente en el manejo diagnóstico de un dolor en el pecho de origen anatómico indeterminado (dolor atípico), es decir, de aquel dolor cuyo perfil semiográfico no posibilita al médico realizar un diagnóstico anatómico adecuado (figura).



**FIG.** Flujograma diagnóstico. Manejo diagnóstico del dolor de origen indeterminado.

Supongamos, por ejemplo, que se asiste a un paciente hipertenso arterial de 50 años con un dolor en el pecho, de carácter lancinante, que comenzó en forma brusca y espontánea hace 30 min, que no se irradia, ni se modifica con los movimientos respiratorios ni posturales. El examen físico del enfermo, por demás, solo muestra cifras tensionales ligeramente elevadas. Es obvio que con estos datos el médico no puede definir con exactitud qué prototipo anatómico de dolor en el pecho tiene el paciente, sin embargo cuando se tiene en cuenta el riesgo de enfermedad que este tiene, es factible entonces establecer 2 diagnósticos presuntivos: el de infarto cardiaco agudo y el de disección aórtica aguda. Sustentándose en estas hipótesis diagnósticas es que el médico orienta sus acciones a la búsqueda de evidencias clínicas o paraclínicas que permitan certificar o descartar la existencia de estas afecciones médicas.

El diagnóstico etiológico no es una tarea sencilla, pero por lo general el médico logra descubrir el origen del dolor en la mayoría de los enfermos. En algunos casos, sin embargo, puede resultar imposible conocer con certeza el origen del dolor, incluso en algunas situaciones puede que el médico no logre ni tan siquiera realizar un diagnóstico presuntivo apropiado. En tales casos es donde resulta aconsejable el seguimiento al enfermo en espera de que la propia evolución de la enfermedad ofrezca nuevas evidencias que permitan identificar el proceso causal.

Por último debemos aclarar que la etiología es más bien un proceso causal en el que concurren o se concatenan una constelación de causas. El diagnóstico de cualquiera de las entidades expuestas en el anexo 2 solo representa un punto de partida en la investigación del proceso causal. Así, por ejemplo, ante la identificación de un herpes zóster en un paciente de 50 años el médico está obligado a descartar la existencia de una neoplasia como factor causal de dicha entidad. Otro tanto pudiera decirse del diagnóstico de una pleuresía, de una neumonía o de una pericarditis aguda, procesos que tienen a su vez disímiles causas en las que el médico ha de urgar hasta donde le sea posible. Por ello, el proceso de investigación diagnóstica en relación con el diagnóstico etiológico es más bien un proceso iterativo que culmina solo cuando el médico logra identificar en toda su dimensión el proceso causal que ha originado el dolor del enfermo.

## Concepciones éticas de la estrategia

El manejo diagnóstico de un dolor en el pecho se ha de adscribir necesariamente a los principios éticos de autonomía, beneficencia y justicia. En aras de estos principios el médico ha de actuar no solo con pericia, sino también con diligencia y prudencia.

Ser diligente significa ser oportuno y exacto en la atención del paciente. En la práctica, en los casos graves sobre todo, no siempre se hace posible seguir paso a paso la estrategia, en tales casos en donde, guiado esencialmente por la experiencia, el médico podrá utilizar “atajos” diagnósticos que le permitan establecer con prontitud una hipótesis diagnóstica.

Ser prudente en la circunstancia de la investigación diagnóstica consiste en:

- Realizar al paciente en primer lugar los procedimientos más inocuos (principio de la inocuidad).
- Someter a riesgo al enfermo solo cuando ello entrañe beneficios (principio riesgo/beneficio).
- Auxiliarse de la evidencia científica para establecer las hipótesis diagnósticas.
- Centrarse en la evidencia médica el diagnóstico de certeza.
- Dar prioridad siempre al diagnóstico que entrañe beneficio para el enfermo.
- Realizar los procedimientos diagnósticos en forma escalonada.
- Ceñirse al método siempre que se encuentre ante un dilema diagnóstico.

Por último no se debe olvidar que el principio de justicia consiste en dispensar al paciente lo que necesita. Evite dilapidar los recursos diagnósticos, y tome en consideración el principio costo/ beneficio cuando indique un examen diagnóstico.

### Anexo 1. Diagnóstico semiográfico.

| Caracteres a identificar              | Variantes  |
|---------------------------------------|--|
| Localización                          | Retroesternal / paraesternal / precordial / submamario.  |
| Irradiación                           | Miembros superiores (brazos, hombros, etc.) / región interescapulovertebral / cuello / mandíbula / epigastrio.             |
| Extensión                             | Difuso / circunscrito.   |
| Calidad                               | Gravativo / opresivo (constrictivo) / pulsátil / urente (quemante) / punzante (lancinante) / pungitivo (pinchazo) / sordo. |
| Intensidad                            | Intenso/ moderado/ ligero.   |
| Tiempo de evolución                   | Agudo (segundos, minutos, horas).<br>Subagudo (días, semanas).<br>Crónico (meses, años).                                   |
| Forma de presentación                 | Espontáneo/ provocado.   |
| Modo de comienzo                      | Brusco / lento (progresivo).   |
| Curso                                 | Intermitente (periódico o crítico)/ continuo (constante).  |
| Duración de las crisis                | Breve (s, min, h)/ prolongado (días, semanas, meses).  |
| Factores desencadenantes o agravantes | Esfuerzo físico, decúbito, deglución,  |



|                           |  |
|---------------------------|--|
|                           | inspiración, movimientos físicos, digitopresión de la zona dolorosa, etcétera.   |
| Factores que lo alivian   | Reposo/ medicamentos (analgésicos, nitritos, antiácidos)/ posturas corporales, etcétera.   |
| Manifestaciones asociadas | Disnea, fatiga, lipotimia, sudoración, frialdad, vómitos, fiebre, tos, expectoración, hemoptisis, sensación de muerte inminente, hipotensión, arritmias, etcétera. |

## Anexo 2. Diagnóstico etiológico

|   |  |
|---|--|
| Prototipo de dolor                                      | Etiología  |
| Dolor somático  | Traumas torácicos (fracturas costales, contusiones) Condritis esternocostal (Síndrome de Tietze)<br>Mialgias (dolor del escribiente)   |
| Dolor neurítico   | Herpes zóster, neuropatía diabética  |
| Dolor radiculítico                                      | Espóndiloartrosis dorsal<br>Neoplasias primitiva o metastásica del raquis dorsal   |
| Dolor diafragmático                                     | Pleuresía diafragmática, absceso subfrénico Neumoperitoneo, síndrome del globo gástrico<br>Síndrome del ángulo esplénico del colon<br>Mediastinitis  |
| Dolor esofágico   | Esofagitis por reflujo, Acalasia<br>Espasmo esofágico agudo, úlcera péptica esofágica Neoplasia de esófago, hernia hiatal  |
| Dolor pleurítico  | Neumonía, neumotórax, pleuresía<br>Infarto pulmonar, pleurodinia epidémica<br>Mediastinitis  |
| Dolor pericárdico                                       | Pericarditis aguda, neumopericardio<br>Mediastinitis   |
| Dolor coronario   | Ateroesclerosis coronaria, Espasmo coronario Valvulopatías (estenosis e insuficiencia aórtica y mitral)<br>Arritmias cardíacas, miocardiopatía hipertrófica obstructiva<br>Aneurisma aórtico, disección aórtica<br>Vasculitis, s índrome X |
| Dolor psicógeno   | Trastornos somatomorfos (desórdenes de somatización, hipocondriasis, trastornos de conversión, síndrome de Dacosta, etc.)  |
| Dolor de origen anatómico indeterminado (dolor atípico) | Trastornos esofágicos, síndrome del globo gástrico Cardiopatía isquémica, síndrome del ángulo esplénico del colon, Aneurisma aórtico, Disección aórtica Trastornos somatomorfos, Síndrome de Munchausen                                    |

## SUMMARY

### Chest pain. Diagnostic strategy

The diagnostic strategy to be followed with a patient suffering from chest pain is exposed in this article. Emphasis is made on the semiographic, anatomical and etiological diagnosis of this symptom. In particular, the distinctive semiography of the different anatomicoclinical prototypes of chest pain and the diagnostic approach to resolve cases with chest pain of unknown origin are exposed. Finally, ethical considerations related to the diagnostic management of this symptom are made.

**Key words:** Diagnosis , thoracic pain, chest pain.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Piñeros Corpas J. Clínica semiológica. 2da ed. La Habana : Edición Revolucionaria;1972: 35-6.
2. Llanio Navarro R. Propedéutica y fisiopatología. t 1. La Habana : Editorial Pueblo y Educación; 1982: 224-8.
3. Braunwald E. The History . In: Braunwald : Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 6th ed: W. B. Saunders; 2001: 30-5. Disponible en URL: <http://home.mdconsult.com/das/book/28632890/view/924>
4. Murray JF, Gebhart GF. Chest Pain. In: Murray & Nadel: textbook of respiratory medicine, 3rd ed. W. B. Saunders; 2000: 567-84. Disponible en URL: <http://home.mdconsult.com/das/book/28632890/view/919>
5. Goldman L. Enfermedades músculo-esqueléticas In: Goldman: Cecil textbook of medicine, 21st ed.: W. B. Saunders Company; 2000: 160-1. Disponible en URL: <http://home.mdconsult.com/das/book/28632890/view/882>
6. Llanio Navarro R. Propedéutica y fisiopatología. t 1. La Habana: Editorial Pueblo y Educación. 1982: 155-8.
7. Farreras P. Enfermedades del diafragma. En: Pedro Pons A. Patología y clínica médica. 3ra edición. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1967:1083-100.
8. Roth JL. Meteorismo gastrointestinal. En: Bockus HL. Gastroenterología. 3ra ed.t 4 La Habana : Editorial Científico Técnica; 1984: 689-717.
9. Bennett J. Oesophagus: atypical chest pain and motility disorders . BMJ 2001; 323:791-4. Disponible en URL: <http://bmj.com/cgi/reprint/323/7316/791>
10. Goldman L. Esofagitis. In: Goldman.Cecil textbook of medicine, 21st ed.W. B. Saunders Company; 2000: 160-1. Disponible en URL: <http://home.mdconsult.com /das/book/28632890/view/882>
11. Richter JE. Dysphagia, odynophagia, heartburn and other esophageal symptoms. In: Feldman: Sleisenger & Fordtran's gastrointestinal and liver disease. 7th ed . Elsevier, 2002: 93-8. Disponible en URL <http://home.mdconsult.com/das/book/28632890/view/1051>
12. Richter JE. Dysphagia, odynophagia, heartburn and other esophageal symptoms. In:Feldman: Sleisenger & Fordtran's gastrointestinal and liver disease. 7th ed. Elsevier, 2002: 93-8. Disponible en URL <http://home.mdconsult.com/das/book/28632890/view/1051>
13. Goldman L. Pericarditis. In: Goldman: Cecil textbook of medicine, 21st ed. W. B. Saunders; 2000: 160-1. Disponible en URL: <http://home.mdconsult.com/das/book/28632890/view/882>
14. Rivera Varona MM. Pericarditis aguda. En: Rodríguez Silva HM y Pérez Caballero D. Editores. Manual de diagnóstico y tratamiento en especialidades

- clínicas. La Habana: Editora Política; 2002: 40. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/libros/manual\\_diagnostico/cap1.pdf](http://bvs.sld.cu/libros/manual_diagnostico/cap1.pdf)
15. Roca Goderich R. Temas de medicina interna. 4ta ed.t 1. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;2002: 479. Disponible en : [http://bvs.sld.cu/libros\\_texto/medicina\\_internai/capitulo%2039.html](http://bvs.sld.cu/libros_texto/medicina_internai/capitulo%2039.html) [Consultado 12 de abril de 2003].
  16. Spodick DH. Pericardial disease. In: Braunwald: heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 6th ed . W. B. Saunders; 2001: 1833-6. Disponible en URL: <http://home.mdconsult.com/das/book/view/28170710/924/151.html/top>
  17. Bass C, Mayou R . Chest pain. BMJ. 2002;325:588-91. Disponible en: URL <http://bmj.com/cgi/reprint/325/7364/588.pdf>
  18. Gersh BJ, Braunwald E, Bonow RO. Chronic coronary artery disease. In: Braunwald: heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 6th ed . W. B. Saunders; 2001: 1272-7. Disponible en: URL <http://home.mdconsult.com/das/book/view/28170710/924/108.html/top>
  19. Gersh BJ, Braunwald E, Bonow RO. Acute myocardial infarction. In: Braunwald: heart disease: a textbook of cardiovascular medicine, 6th ed . W. B. Saunders; 2001: 1127-35. Disponible en: URL <http://home.mdconsult.com/das/book/view/28170710/924/97.html/top>
  20. Goldman L. Approach to the patient with possible cardiovascular disease In: Goldman: Cecil textbook of medicine, 21st ed. W. B. Saunders; 2000: 160-1. Disponible en: URL <http://home.mdconsult.com/das/book/28632890/view/882>
  21. Goldman L. Acute myocardial infarction. In: Goldman:Cecil textbook of medicine, 21st ed. W. B. Saunders; 2000: 160-1. Disponible en: URL <http://home.mdconsult.com/das/book/28632890/view/882>
  22. Roselló Silva N. Cardiopatía isquémica. Angina estable crónica. En: Rodríguez Silva HM y Pérez Caballero D. Editores. Manual de diagnóstico y tratamiento en especialidades clínicas. La Habana: Editora Política; 2002: 38-9. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/libros/manual\\_diagnostico/cap1.pdf](http://bvs.sld.cu/libros/manual_diagnostico/cap1.pdf)
  23. Roca Goderich R. Temas de Medicina Interna. 4ta ed.t 1. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002: 392-418. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/libros\\_texto/medicina\\_internai/capitulo%2031.html](http://bvs.sld.cu/libros_texto/medicina_internai/capitulo%2031.html) [Consultado 12 de abril de 2003].

Recibido: 22 de junio de 2005. Aprobado: 4 de agosto de 2005.

Dr. *Jorge M. Otero Morales*. Calle 218 A # 2124, Atabey, municipio Playa, Ciudad de La Habana, Cuba. E mail: [jmotero@infomed.sld.cu](mailto:jmotero@infomed.sld.cu)

<sup>1</sup>Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar del ISCM de La Habana. Jefe del Departamento de Medicina General Integral de la Facultad de Ciencias Médicas "Finlay-Albarrán".

<sup>2</sup>Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesora Asistente del ISCM de La Habana. Jefa de Sala del Hospital "Carlos J. Finlay".

<sup>3</sup>Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar del ISCM de La Habana. Facultad "Finlay-Albarrán".