

DOLOR TORÁCICO AGUDO, MÁS ALLÁ DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR Y LA PATOLOGÍA AÓRTICA

María Aguilar Picapiedra, Aurea Díez Tascón, Milagros Martí De García, María Luz Parra Gordo, Silvia Ossaba Velez, Ignacio De Garcillan De la Joya, Laura Tello Arnas, Jorge Rey Porras, Jorge Guisández Martín.

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

OBJETIVOS

- ❖ Revisar causas alternativas de dolor torácico agudo en el TC, sus hallazgos de imagen y los principales diagnósticos diferenciales.
- ❖ Definir la necesidad de un abordaje estandarizado para la aproximación e interpretación de los estudios de TC torácicos, para asegurar no omitir patología relevante.
- ❖ Mostrar diferentes casos presentados en nuestro centro.

ANTECEDENTES

El dolor torácico es una causa frecuente de presentación en la urgencia y en este contexto es frecuente la realización de un TC de tórax para descartar tromboembolismo pulmonar y síndrome aórtico agudo, sin embargo, las tasas de diagnóstico de estas entidades son de menos del 10% en el caso del tromboembolismo y menores aún para la patología aórtica.

Esto hace importante buscar causas alternativas de dolor torácico que pueden pasar desapercibidas. Para este propósito hemos revisado los TC de pacientes con dolor torácico presentados en la urgencia en nuestro centro en los últimos cinco años, buscando causas alternativas y hemos clasificado la patología en ocho subgrupos:

- Pulmonar
- Pleural y pericárdica
- Miocárdica
- Mediastínica
- Esofágica
- Aórtica
- Músculo-esquelética
- Abdomen superior.

RESULTADOS

PATOLOGÍA PULMONAR

El dolor pleurítico es una manifestación frecuente de la patología pulmonar y consiste en un dolor agudo que se agrava con la inspiración.

Algunas entidades frecuentes que podemos encontrarnos en el TC de tórax incluyen procesos infecciosos tales como neumonía, bronquitis, absceso pulmonar; procesos neoplásicos o bien otras entidades menos frecuentes como embolia grasa o el síndrome torácico agudo.

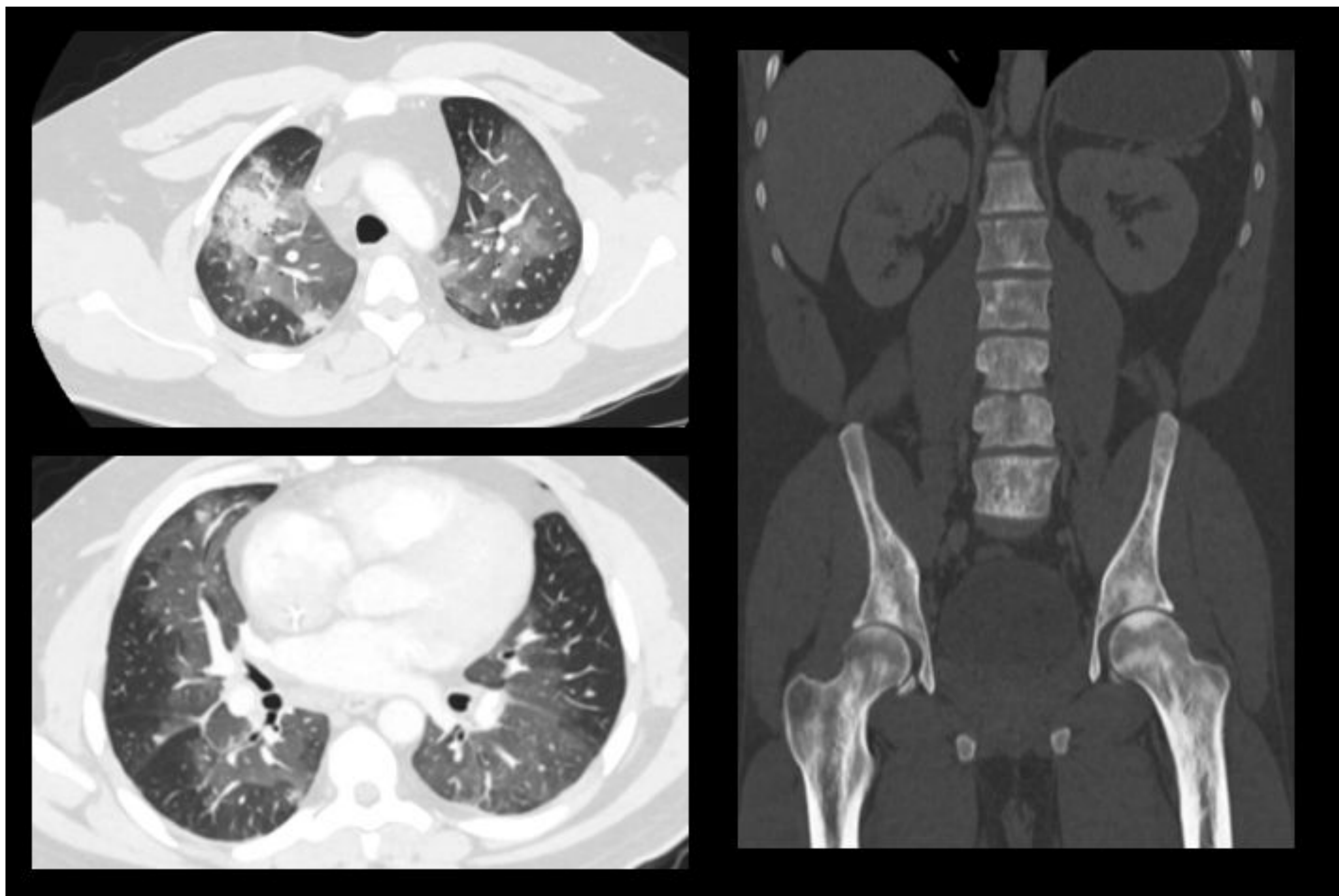
CASO 1: SÍNDROME TORÁCICO AGUDO

Paciente con antecedentes de enfermedad de células falciformes, que acude a urgencias por dolor torácico agudo y disnea y en la TC muestra opacidades pulmonares difusas bilaterales. También podemos ver alteración de la densidad ósea sugestiva de infartos óseos y autoesplenectomía. El síndrome torácico agudo es la primera causa de muerte aguda y la segunda causa de ingreso en pacientes con anemia falciforme; es potencialmente mortal y su principal diagnóstico diferencial es la neumonía bilateral.

RESULTADOS

PATOLOGÍA PULMONAR

CASO 1: SÍNDROME TORÁCICO AGUDO



RESULTADOS

PLEURA Y PERICARDIO

La pleura es una serosa, que se encuentran formada por dos hojas: la pleuca visceral y la pleura parietal, que en condiciones de normalidad se encuentran en íntimo contacto. El pericardio es una fibroserosa y al igual que la pleura, su porción serosa se encuentra formada por dos hojas.

La patología pleural y pericárdica generalmente se manifiesta en la TC como engrosamiento y/o nodularidad, realce y derrame.

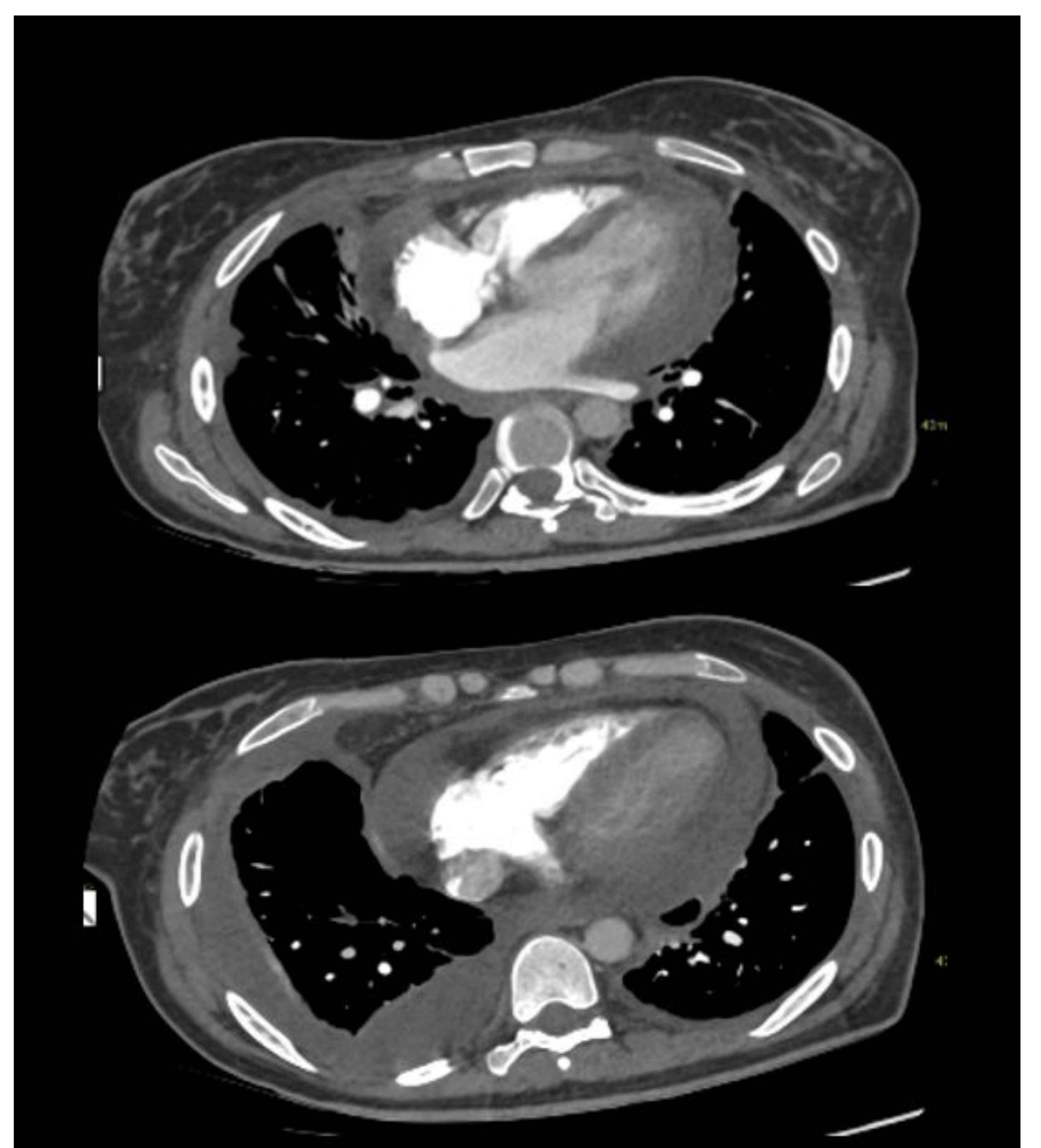
El realce de ambas hojas pleurales puede dar lugar al signo del split pleura.

CASO 2: PLEUROPERICARDITIS AUTOINMUNE

Paciente diagnosticado de síndrome de Sjögren, que acude a urgencias por dolor torácico agudo y fiebre.

Se le realizó una TC, en la que podemos ver realce del pericardio, que se encuentra engrosado, derrame pericárdico severo y derrame pleural de predominio el hemitórax derecho.

La pericardiocentesis confirmó pleuropericarditis autoinmune.

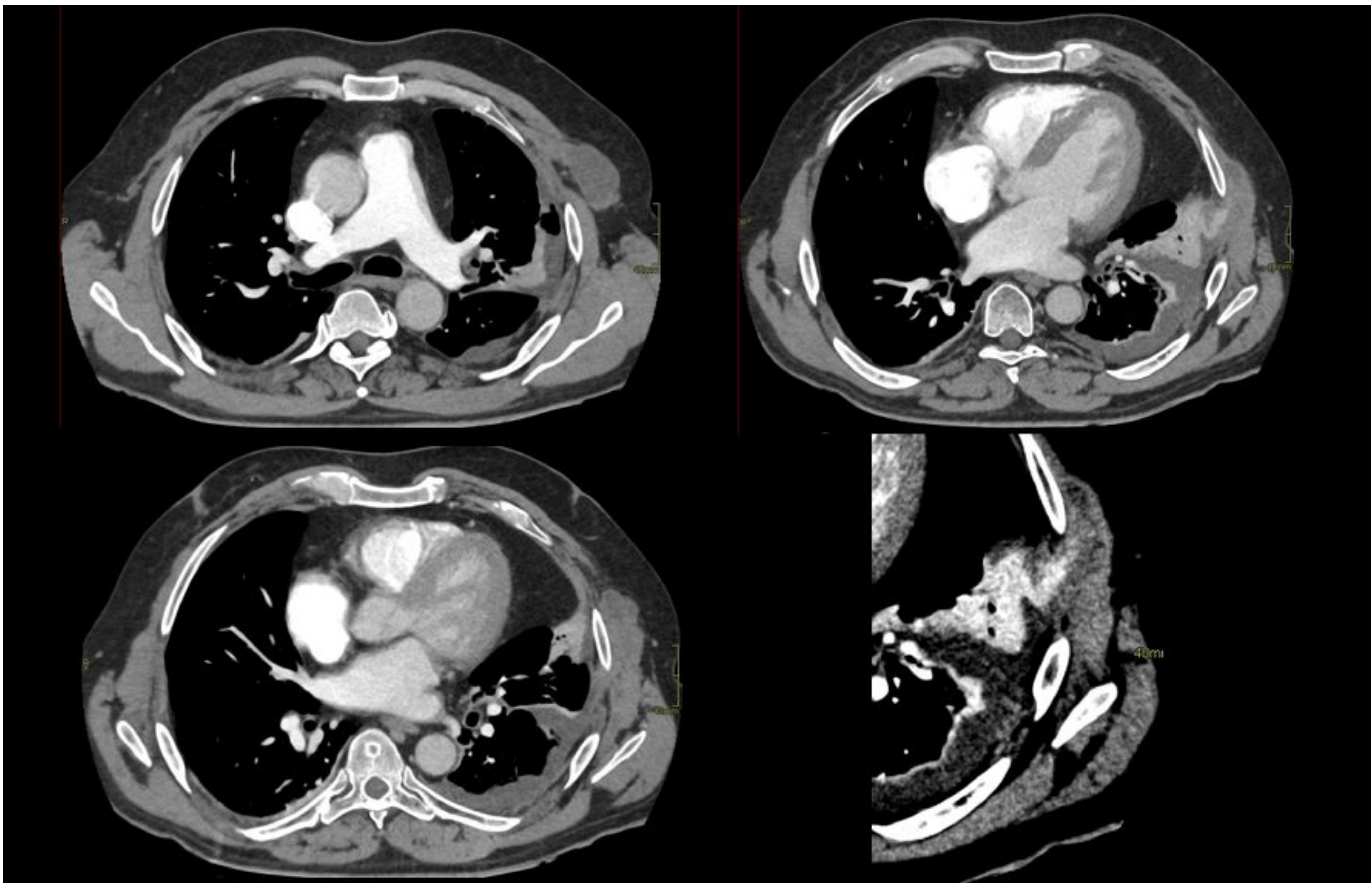


RESULTADOS

PLEURA Y PERICÁRDIO

CASO 3: EMPIEMA NECESSITATIS

Varón de 55 años, VIH positivo, con disnea aguda, taquicardia y desaturación. La radiografía simple muestra derrame pleural y una opacidad en el lóbulo inferior del pulmón izquierdo. Se realizó un angioTC pulmonar para descartar tromboembolismo pulmonar, en el que se observa un derrame pleural localizado, con derrame pleural, y extensión del empiema fuera del espacio pleural.



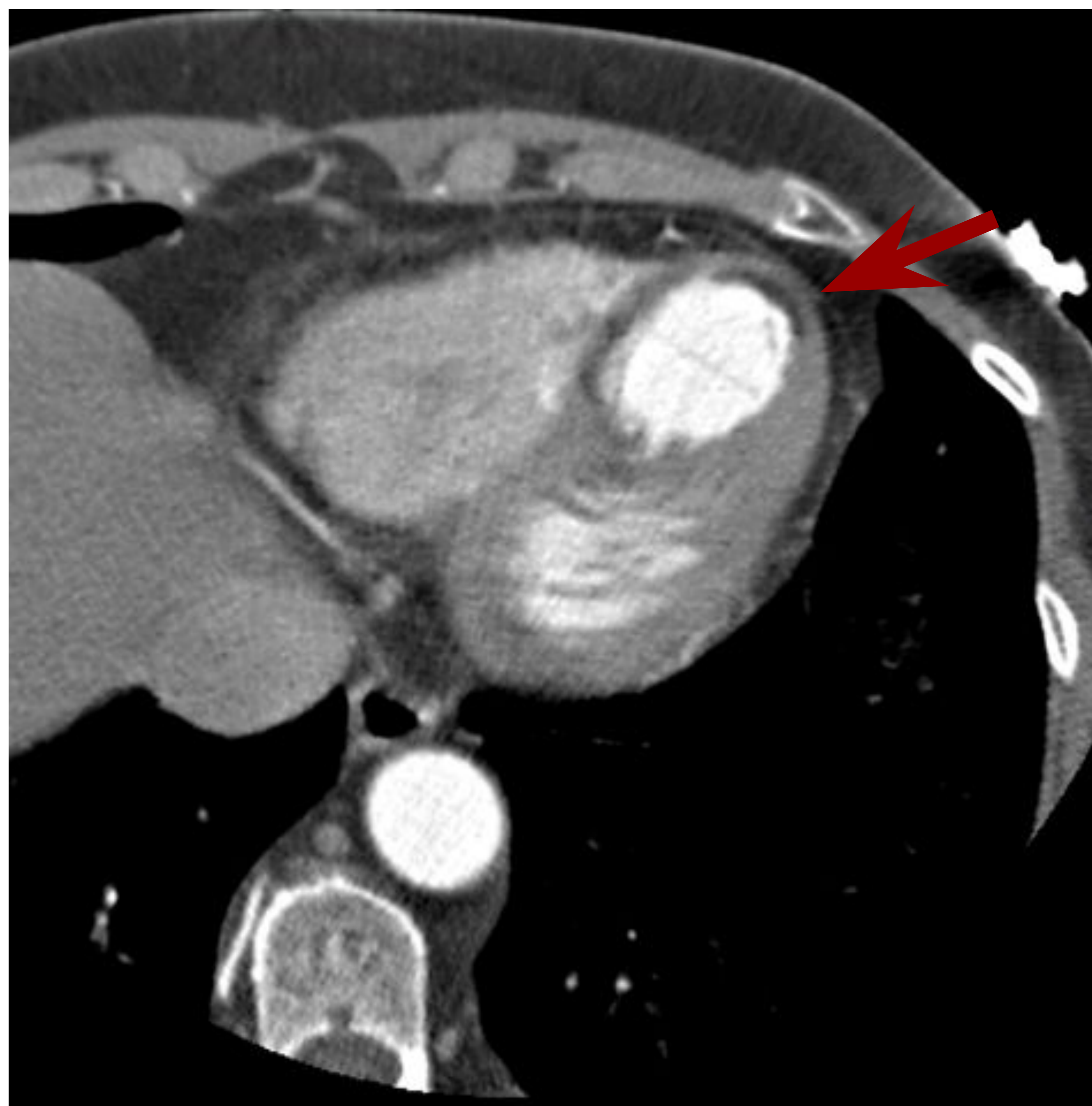
RESULTADOS

MIOCARDIO

Es importante tener en cuenta las causas del dolor torácico relacionadas con la patología del miocardio, como la miocarditis, el taponamiento cardíaco, los infartos epicárdicos y la insuficiencia cardíaca.

CASO 4: SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Paciente con dolor torácico atípico y elevación no segmentaria del ST. La TC muestra hiporrealce del miocardio subendocárdico debido a un infarto miocárdico.



RESULTADOS

MEDIASTINO

El mediastino es el espacio comprendido entre ambos pulmones y contiene la mayor parte de las vísceras del tórax. Clásicamente su división anatómica ha consistido en cuatro compartimentos:

- ❖ Superior: timo y grandes vasos.
- ❖ Inferior:
 - Anterior: espacio retroesternal; mitad inferior del timo.
 - Medio: corazón y pericardio.
 - Posterior: esófago y aorta descendente.

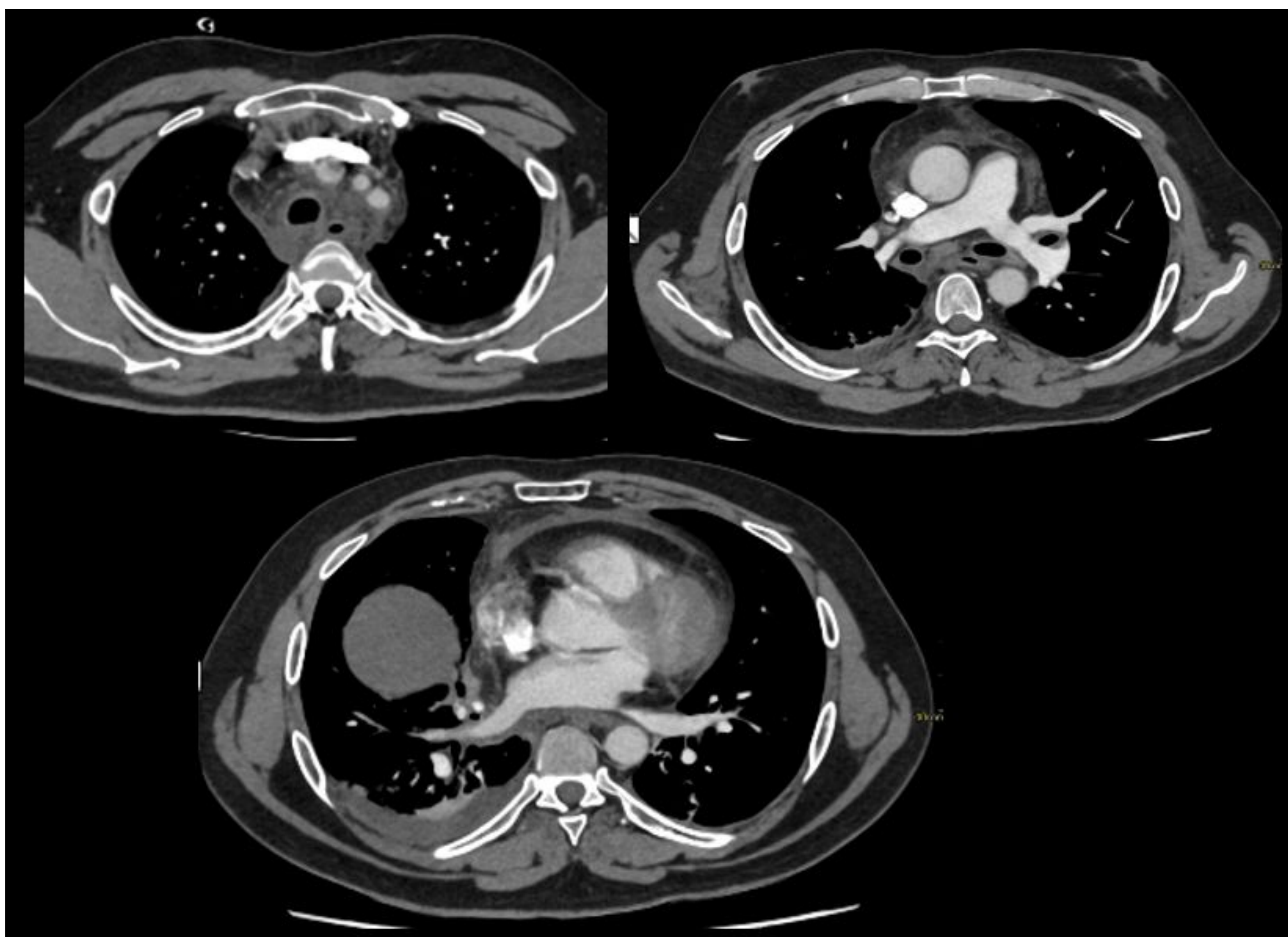
Existen múltiples causas de dolor torácico de origen mediastínico, incluyendo patologías tales como el neumomediastino espontáneo en pacientes jóvenes asmáticos, la mediastinitis aguda que puede ser secundaria a infecciones pulmonares o del tracto aerodigestivo superior, las masas mediastínicas de origen neoplásico o los hematomas mediastínicos.

RESULTADOS

MEDIASTINO

CASO 5: MEDIASTINITIS AGUDA

Varón de 39 años que consultó por fiebre y dolor torácico severo, sin antecedentes médicos significativos. La TC muestra trabeculación de la grasa mediastínica, edema y derrame mediastínico, con realce mural, compatible con mediastinitis aguda. Asocia neumonía y empiema pleural.



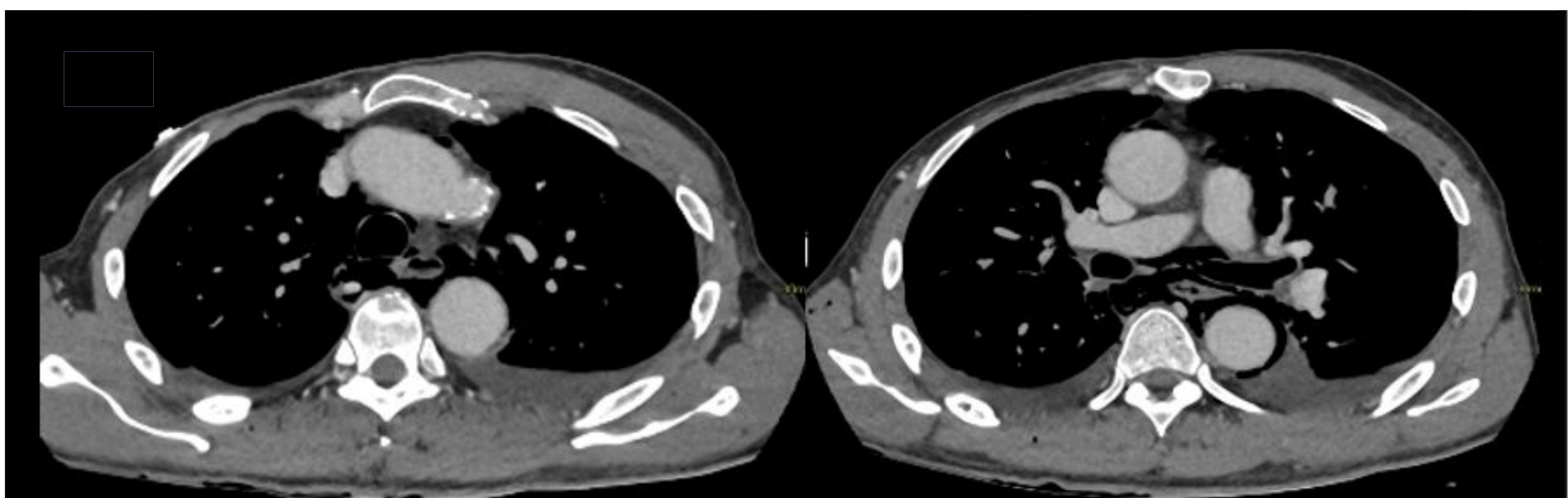
RESULTADOS

ESÓFAGO

La patología del tracto digestivo superior puede manifestarse como dolor torácico. Especialmente el reflujo gastroesofágico, la hernia hiatal, la impactación de cuerpos extraños, el espasmo esofágico o las neoplasias esofágicas son entidades comunes que pueden causar dolor torácico agudo.

CASO 7: SÍNDROME DE BOERHAAVE

Paciente con dolor torácico intenso tras un episodio de vómitos. La TC muestra neumomediastino, neumotórax y derrame pleural izquierdo, compatible con rotura esofágica.

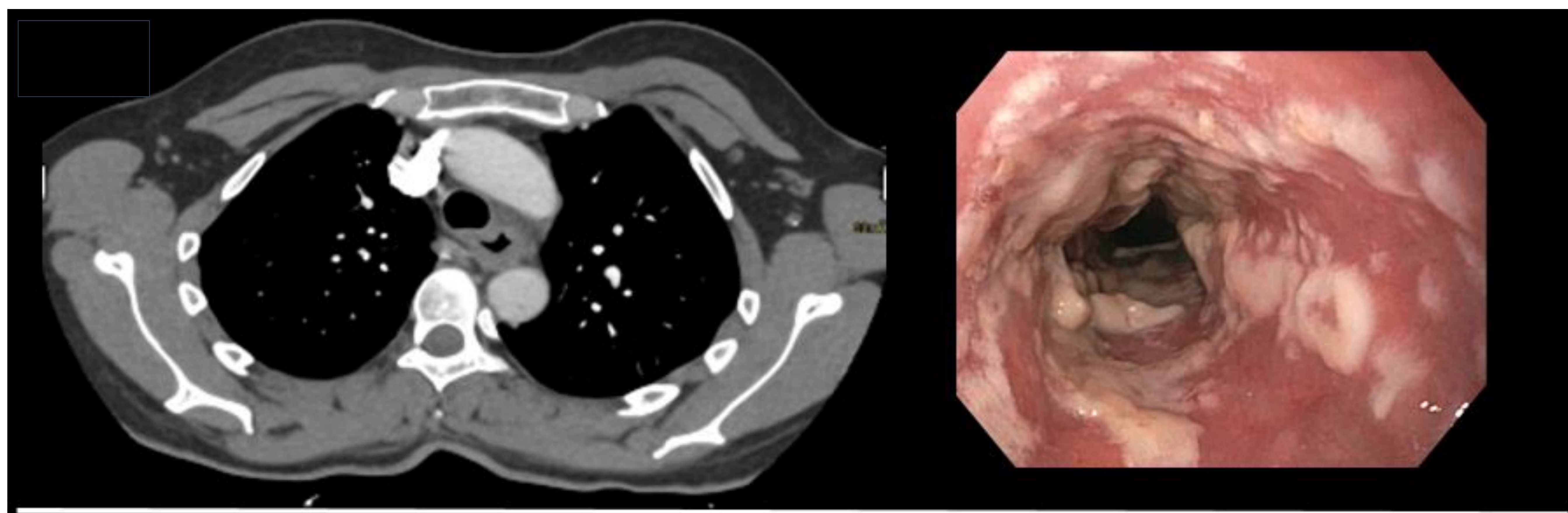


RESULTADOS

ESÓFAGO

CASO 8: ESOFAGITIS

Mujer de 39 años que consulta por dolor torácico y disfagia. La tomografía computarizada muestra engrosamiento mural circunferencial del esófago, con mucosa realzada y edema mural. La endoscopia realizada en la misma paciente revela esofagitis por cándida.



RESULTADOS

AORTA

Es importante tener en cuenta las causas aórticas del dolor torácico más allá del síndrome aórtico agudo. Algunos ejemplos pueden ser aortitis inflamatoria que se manifiesta como engrosamiento irregular y realce de las paredes aórticas, con trabeculación de la grasa periférica. Otro ejemplo es el pseudoaneurisma aórtico crónico en pacientes con antecedentes de trauma grave, generalmente por mecanismos de desaceleración brusca como pueden ser los accidentes de tráfico.

RESULTADOS

MÚSCULO-ESQUELÉTICO

Las entidades musculoesqueléticas son una causa común de dolor torácico y a menudo son infradiagnosticadas en la TC si no se realiza una revisión sistemática, especialmente en casos en los que no existe una adecuada orientación clínica que haga sospecharla. Debemos considerar entidades como fracturas costales que no refieren trauma significativo o entidades tales como la artritis torácica o la costochondritis.



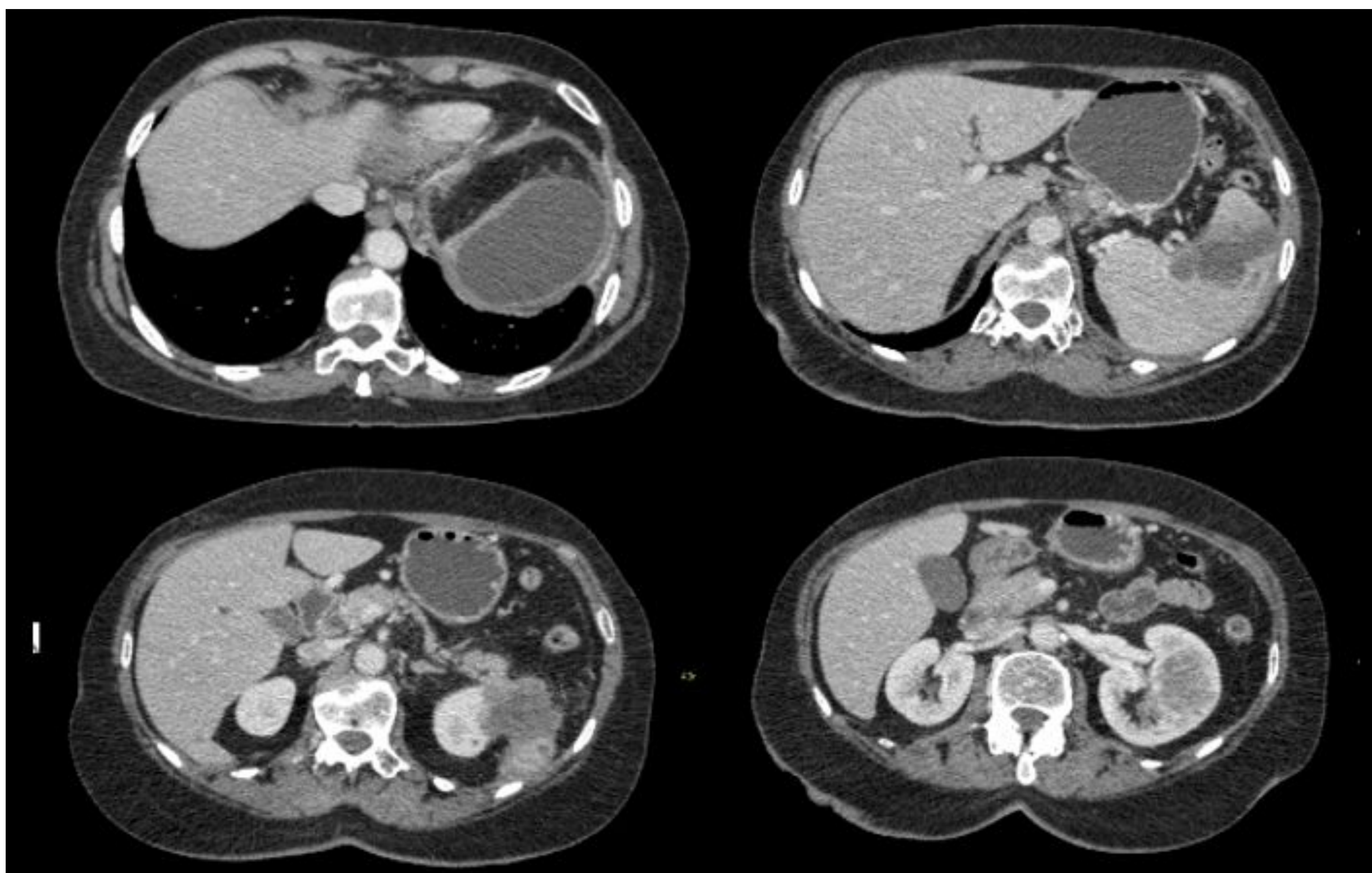
RESULTADOS

ABDOMEN SUPERIOR

Es común que la patología del abdomen superior curse con dolor torácico que dificulta el diagnóstico, y es importante tener en cuenta entidades como pancreatitis aguda, colecistitis, peritonitis o incluso perforación gástrica.

CASO 9: SEPSIS ABDOMINAL

Paciente ingresado con dolor torácico y abdominal, fiebre y criterios de sepsis. La tomografía computarizada muestra un absceso esplénico debido a endocarditis infecciosa, con extensión al espacio subfrénico que causa dolor torácico. También se extiende a la cola pancreática y al riñón izquierdo.



CONCLUSIONES

El dolor torácico es una causa muy común de presentación en urgencias y en los últimos años ha aumentado el número de tomografías computarizadas realizadas en este contexto.

La revisión sistemática de estos estudios utilizando un enfoque estructurado puede ser beneficiosa para disminuir el riesgo de pasar por alto entidades clínicamente relevantes y proteger contra errores diagnósticos tanto al profesional como al paciente.

BIBLIOGRAFÍA

Dempsey PJ, Yates A, Power JW, Murphy MC, Ko JP, et al. PE MIMICS: a structured approach for the emergency radiologist in the evaluation of chest pain. *Emerg Radiol.* 2022;29:585-93.

Knockaert DC, Buntinx F, Stoens N, Bruyninckx R, Delooz H. Chest pain in the emergency department: the broad spectrum of causes. *Eur J Emerg Med.* 2002;9:25-30.

Hammer S, Kroft LJ, Hidalgo AL, Leta R, de Roos A. Chest CT examinations in patients presenting with acute chest pain: a pictorial review. *Insights Imaging.* 2015;6:719-28.

Yoo SM, Chun EJ, Lee HY, Min D, White CS. Computed Tomography Diagnosis of Nonspecific Acute Chest Pain in the Emergency Department: From Typical Acute Coronary Syndrome to Various Unusual Mimics. *J Thorac Imaging.* 2017;32:26-35.

Expert Panel on Thoracic Imaging; Stowell JT, Walker CM, Chung JH, Bang TJ, Carter BW, et al. ACR Appropriateness Criteria® Nontraumatic Chest Wall Pain. *J Am Coll Radiol.* 2021;18:S394-S405.

Rushton S, Carman MJ. Chest Pain: If It Is Not the Heart, What Is It? *Nurs Clin North Am.* 2018;53:421-31.

Masarapu V, Xia E, Son H. Esophageal emergencies: another important cause of acute chest pain. *Insights Imaging.* 2020 9;11:109.

Katabathina VS, Restrepo CS, Martinez-Jimenez S, Riascos RF. Nonvascular, nontraumatic mediastinal emergencies in adults: a comprehensive review of imaging findings. *Radiographics.* 2011;31:1141-60.