

SEMIOLOGÍA EN CARDIOLOGÍA

AUTORES: DR.F.RICARD.D.O. PhD.

P.ESCRIBÁ. MD.D.O.Pt

Víctor Manuel Fuentes Álvarez FT. DO.

Escuela de
Osteopatía
de Madrid
Internacional



LOS SÍNTOMAS CARDINALES EN CARDIOLOGÍA

- Dolor torácico.
- Disnea.
- Palpitaciones.
- Síncope.



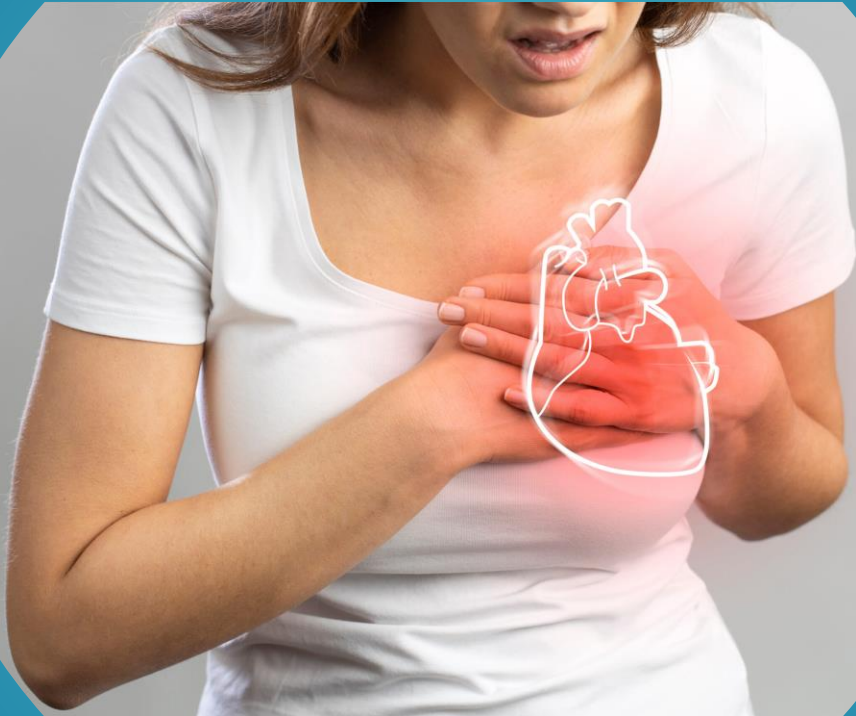
DOLOR TORÁCICO EN CARDIOLOGÍA

Diagnóstico Diferencial

AUTORES: DR.F.RICARD.D.O. PhD.

P.ESCRIBÁ. MD.D.O.Pt

Víctor Manuel Fuentes Álvarez FT. DO.



DOLOR TORÁCICO

- Causa pleuropulmonar.
- Causa cardiovascular.
- Patologías parietales.
- Patologías digestivas.



MECANISMOS DEL DOLOR

- Ni la pleura visceral ni el parénquima pulmonar presentan terminaciones nociceptivas, **el dolor proviene de la pleura parietal.**
- La innervación de la pleura parietal pasa por los **nervios intercostales**: el dolor correspondiente está localizado en la pared torácica.
- La innervación de la pleura mediastínica y del hemidiafragma utiliza el trayecto del **nervio frénico**: el dolor correspondiente se manifiesta en hombro y cuello.
- Los dolores torácicos están determinados por: Una afectación de la pared (músculo, huesos...). Del corazón y de los grandes vasos (pericardio, aorta, miocardio)



DOLOR DE ORIGEN PLEURAL

- Dolor paxísitico, en puñalada, durante un esfuerzo en paciente joven sin antecedentes: neumotórax.
- Dolor laterotorácico, tipo puñalada costal, aumentado en inspiración, disnea /polipnea de algunos minutos hasta algunas horas, trombosis, hemoptisis: embolia pulmonar.
- Dolor asociado a hipertermia, disnea, crepitaciones y soplo tubárico: neumonía.
- Dolor sordo, basitorácico, irradiado, disnea, aumentado por inspiración profunda y tos, RX típica: pleuresía.



DOLOR DE ORIGEN TRAQUEOBRONQUIAL

- Dolor retro-esternal.
- Descrito como una quemadura:
 - En la inspiración profunda.
 - En la tos.
- Sin irradiación.
- Significado:
 - Infección viral o bacteriana.
 - Inhalación de productos o vapores irritantes.



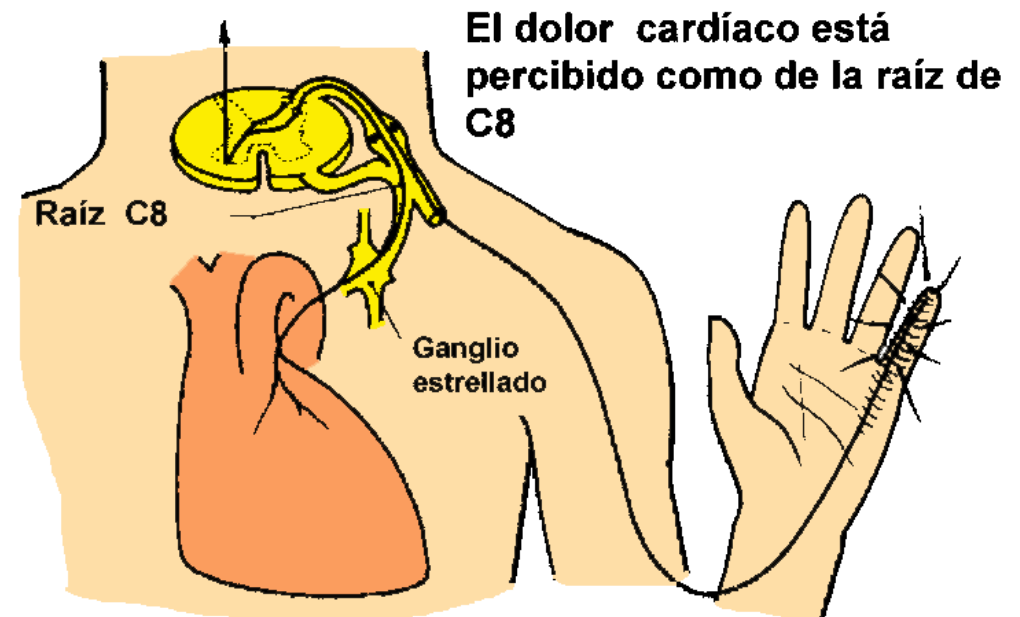
DOLOR TORÁCICO

- 50% de los dolores torácicos simulan o son de origen cardiovascular.
- Importancia reconocerlos sobre el plano semiológico.
- Cuando el origen es cardiovascular: las etiologías son (de más a menos frecuente):
 - Insuficiencia coronaria (angor o infarto de miocardio).
 - Pericarditis aguda.
 - Embolia pulmonar.
 - Disección aórtica.
 - Algunos trastornos del ritmo experimentados como dolorosos.



MECANISMOS DEL DOLOR

- En la enfermedad coronaria permanece mal aclarada.
- Está admitido que las sustancias liberadas en la isquemia estimulan las terminaciones nerviosas nociceptivas.



DOLOR CORONARIO: ANGOR VS INFARTO

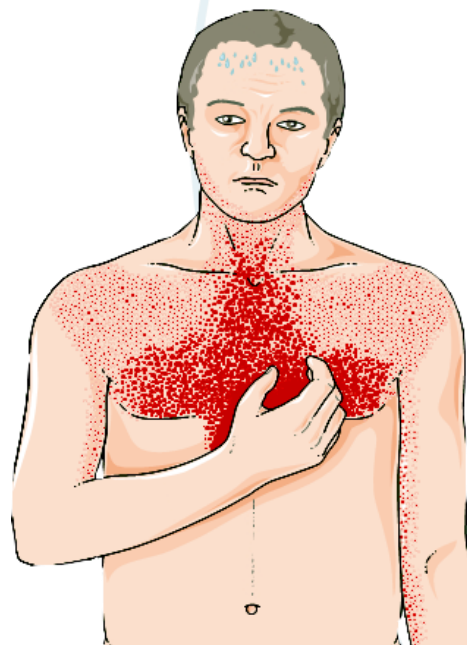
ANGOR: Dolor constrictivo-quemante, retroesternal de corta duración, irradiado hacia el cuello, el hombro izquierdo más frecuentemente que el derecho, la cara interna del brazo izquierdo (más frecuente que el derecho) y los ángulos de la mandíbula. < 15 minutos, desencadenado por esfuerzos, frío, viento, emoción, cediendo tras el reposo. Aliviado por los derivados nitrados.

INFARTO: Dolor idéntico a la del angor, de intensidad a menudo intolerable, angustia, sensación de muerte inminente. Amplia difusión-irradiaciones múltiples y puede durar varias horas.

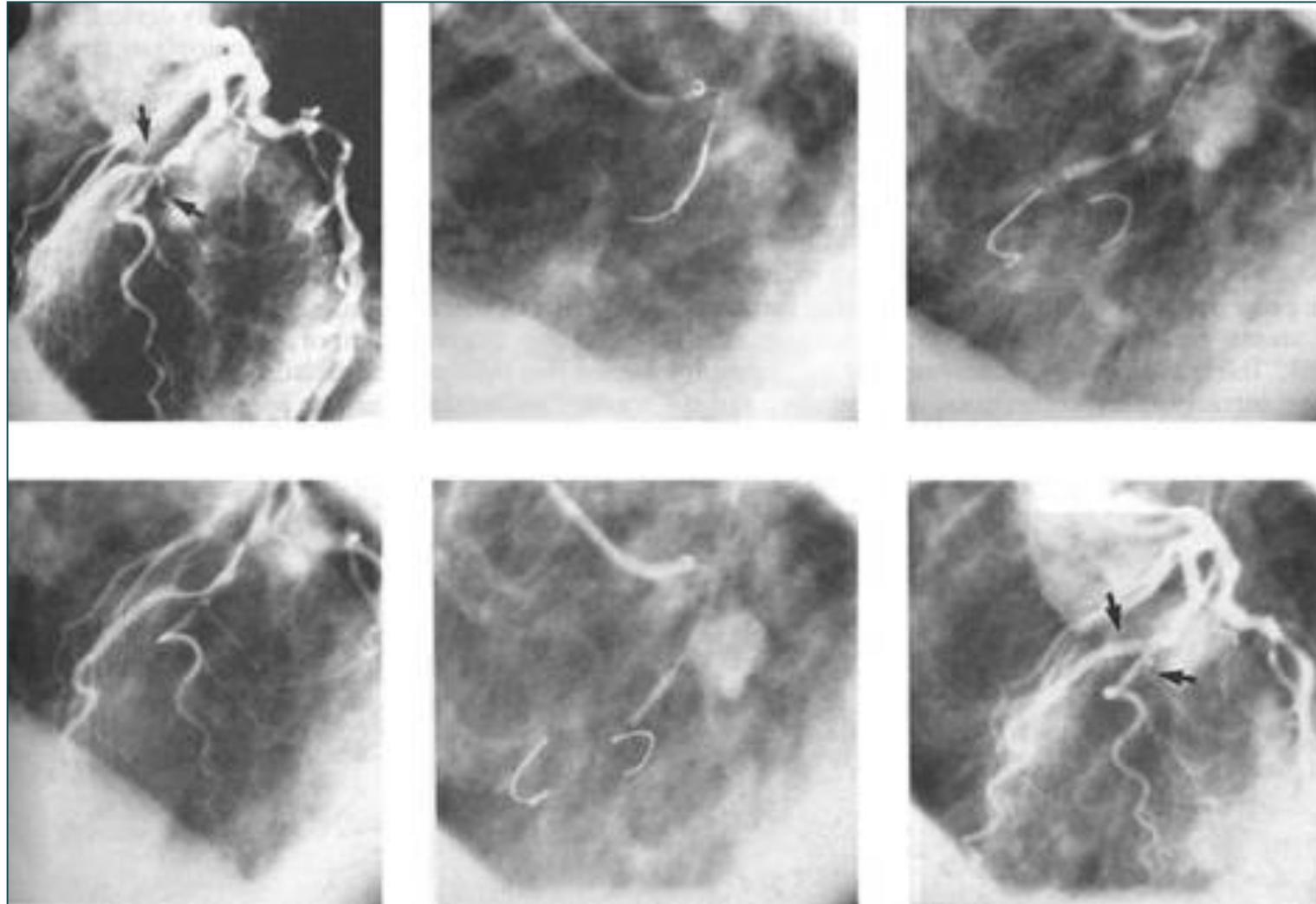
- No se alivia por el reposo.
- No se alivia por los derivados nitrados.
- Necesidad de hospitalización.



Si el paciente muestra uno de estos tres gestos la probabilidad de que el dolor sea de origen cardiaco es del 77 %.



CORONOGRAFIA



OTROS DOLORES CARDIOVASCULARES

Pericarditis aguda: dolor permanente con paroxismos retroesternal, sin irradiación, en puñalada, con fiebre, calmado por aspirina, aumentado por: inspiración profunda, cambios de posición, en posición tumbada.

Calmado en sedestación y anteflexión.

Signos de frotamiento pericárdico y de Insuficiencia Ventricular Derecha:

- Ruido seco, agudo sisto-diastólico.

Mecanismo: Los receptores nociceptivos están localizados en la parte diafragmática del pericardio parietal.

Las fibras sensitivas pasan por el frénico, lo que explica dolores frecuentes a nivel del músculo trapecio.



Discción aórtica: paroxística, siendo en ocasiones la complicación de un infarto del miocardio.

- Sensación de desgarro irradiando en la espalda, hasta las lumbares, a veces migrante sin posición antálgica.
- Antecedentes de HTA.
- Soplo diastólico, soplo de insuficiencia aórtica.
- Asimetría tensional > 25 mmHg.
- Arritmias, asimetría de los pulsos.
- A veces notado como un dolor anginoso sin palpitaciones si la red coronaria está normal.



DOLORES TORÁCICOS NO CARDIOVASCULARES

Algias precordiales de origen nervioso

- Extremadamente frecuentes: motivo de consulta.
- Localización variable, a menudo puntiforme.
- Si hay irradiación existe una sensación de entumecimiento u hormigueo.
- Contexto neurotónico, sujeto angustiado.
- Ninguna relación con el esfuerzo.
- A veces muy antiguo con duración muy variable.

Dolores cervico-braquiales

- No influidos por caminar, desencadenados por un movimiento de la cabeza o del brazo.
- En relación con una patología vertebral o una patología de hombro.
- A veces con distribución troncular o radicular.



Dolor del hombro

- Puede tener un origen torácico.
- Síndrome de Pancoast-Tobias debido a un cáncer del ápex del pulmón.
- Síndrome del desfiladero cervico-torácico.
- No olvidar fracturas costales, herpes, síndrome de Tietze, artritis costal...

Dolores de origen digestivo y hepático

- Los dolores de origen biliar, gástrico o pancreático pueden irradiar al tórax.
- Pueden simular, y a veces también desencadenar, un dolor anginoso.



- Tipo particular de la hepatalgia de esfuerzo: encontrada en la insuficiencia ventricular derecha, simula a veces un angor de esfuerzo.
- Dolor esofágico:
 - Puede evocar un dolor coronario.
 - Típicamente retro-esternal.
 - A veces aliviado por los derivados nitrados.
 - Pero puede existir pirosis y disfagia.
- Afectación subdiafragmática:
 - Colecistitis.
 - Úlcera gastro-duodenal.
 - Pancreatitis.



RETRO-ESTERNAL

Dolor isquémico miocárdico
Péridcarditis
Dolor esofágico
Diseción aortica
Lesiones mediastinales
Embolia pulmonar

HOMBRO

Dolor isquémico miocárdico
Péridcarditis
Absceso subdiafragmático
Pleuresia diafragmática
Enfermedad del raquis cervical
Dolor músculo-esquelético agudo
Síndrome de los desfiladeros escapulo-tóracos

INTERESCAPULAR

Dolor isquémico miocárdico
Dolor músculo-esquelético
Dolor vesicular
Dolor pancreático

BRAZO

Dolor isquémico miocárdico
Dolor del raquis cervical/dorsal
Síndrome de los desfiladeros escapulo-tóracos

PARTE BAJA ANTERIOR DERECHA DEL THORAX

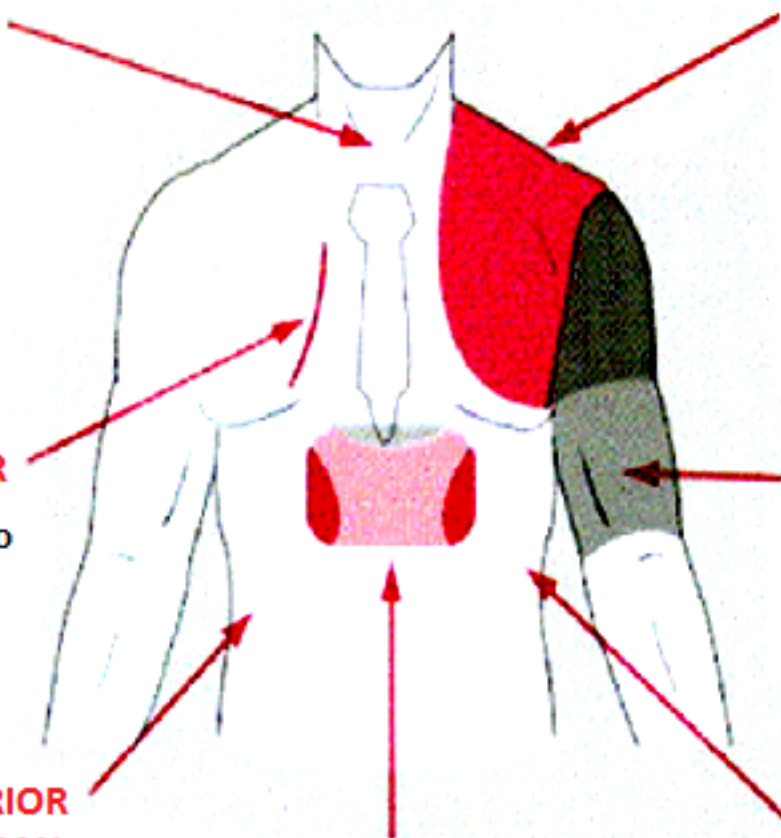
Dolor vesicular
Distensión del hígado
Absceso subdiafragmático
Neumonía/pleuresia
Úlcera duodenal o gástrica
Embolia pulmonar
Miositis aguda
Heridas

EPIGÁSTRICO

Dolor isquémico miocárdico
Dolor pericardial
Dolor esofágico
Dolor gástrico/duodenal
Dolor pancreático
Dolor vésicular
Distensión del hígado
pleursia diafragmática
Neumonía

PARTE BAJA ANTERIOR IZQUIERDA DEL TÓRAX

Neuralgia intercostal
Embolia pulmonar
Miositis
Neumonía/pleuresia
Infarto esplénico
Síndrome de flexión esplénica
Absceso subdiafragmático
Síndrome de anclamiento precordial
Herridas



DOLOR DE LOS MIEMBROS INFERIORES DE ORIGEN VASCULAR

Arteritis

Claudicación intermitente dolorosa :clínica de la isquemia muscular de esfuerzo.

Calambres, pesadez al andar, desapareciendo al reposo (2-3 minutos). Distancia más o menos constante al andar.

Territorio: Dependiendo de la afectación los territorios variarán, pudiendo aparecer signos como la disfunción eréctil en caso de afectación aorto-ilíaca

Diagnostico diferencial: claudicación intermitente neurológica que es indolora.

Dolor de reposo

- Persiste después de 1 hora o más en posición tumbada.
- Cede a veces en sedestación.

La isquemia aguda

- Dolor de reposo, intolerable, sin posición antálgica, exacerbado al contacto.
- Miembro blanco y frío.
- Hipoestesia dolorosa al tacto.
- Urgencia diagnóstica y terapéutica.



Patología venosa

Trombosis venosa profunda: elevado riesgo de embolia pulmonar. Dolor (inconstante) espontáneo en el territorio de oclusión, acentuado por la presión y la actividad física, de aparición inesperada e intensa.

Trombosis venosa superficial: Dolor vivo a nivel de un trayecto venoso o espontáneamente, o después un traumatismo mínimo. A veces aumentado al andar. Tratamiento por estrógenos,...

Insuficiencia venosa crónica, enfermedad varicosa: Pesadez, fatigabilidad, aumentado por la posición de pie, el calor, reducido al andar o en decúbito.



Aneurisma de la aorta abdominal

Sintomático si es de gran tamaño, si existen émbolos, ruptura o disección.

1.Ruptura: Dolor continuo, intenso, periumbilical, pudiendo irradiar en la ingle o la región lumbosacra. Si hay ruptura intraperitoneal inmediatamente se produce un estado de shock.

2.Disección de la aorta abdominal (con o sin aneurisma): mismo dolor/shock

Carácter migratorio del dolor con la progresión de la disección.



Isquemia mesentérica

Aguda: calambre, intensa, situada en región umbilical o fosa ilíaca derecha, que se convierte en permanente (infartamiento), existiendo agitación. En primer lugar existe un Hiperperistaltismo que en un segundo tiempo deriva a una oclusión.

Crónica: calambre, situada en región periumbilical, apareciendo a los 15-30 minutos post-prandiales (angor mesentérico).
Presenta temor a comer con adelgazamiento progresivo.

