SOCIEDAD URUGUAYA DE CARDIOLOGIA

EMCC

EMC en Cardiología
SUC 2024
SEMINARIO TALLER

Dolor torácico

Evaluación diagnóstica y toma de decisiones en distintos escenarios

Casos Clínicos

COMERO IAMPP

Formación Continua | Hospital de Rocha

asse
Administración de los Servicios de Salud del Estado

Seminario taller

Dolor torácico. Evaluación diagnóstica y toma de decisiones en distintos escenarios

Sábado 16 de marzo de 2024
Horario: de 08:30 a 13:20
COMERO. Policlínico del Este.
2° piso, Salón Azul.
General Artigas 254. Rocha.
PRESENCIAL

ORGANIZAN:

Comisión de Educación Médica Continua de la SUC
COMERO IAMPP
Hospital de Rocha - ASSE

Coordinadores:
Dra. Dayana Acosta
Dr. Fabián Martínez

Expositores:
Dr. Oscar Bazzino
Dra. Lucía Florio

Panelistas:
Dr. Oscar Bazzino
Dr. Julio Corrales
Dra. Lucía Florio
Dr. Rafael Pérez
Dra. Lorena Viñole

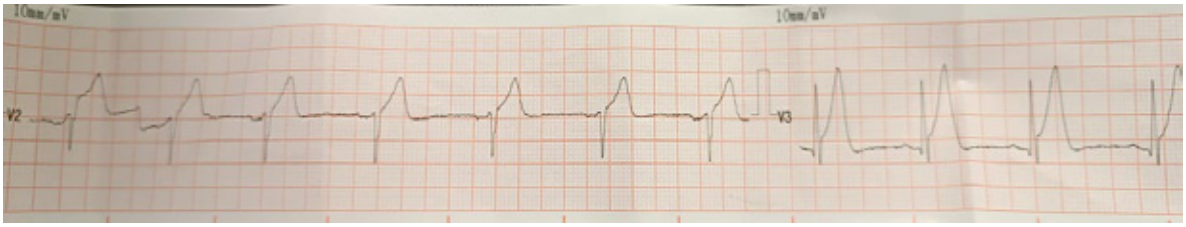
Moderadores:
Dr. Andrés Cebey
Dr. Nicolás Corbo
Dra. Camila Ramos
Dra. Laura Teti

CASOS CLÍNICOS

Caso Clínico 1

Paciente de sexo masculino, 52 años, sin factores de riesgo vascular conocidos. Realiza actividad física recreativa de moderada intensidad sin presentar síntomas cardiovasculares.
A las 2 de la mañana lo despierta un dolor en región retroesternal opresivo acompañado de parestesias en MMSS y SNV.
Es asistido en UEMPH en Salinas dónde realizan ECG y nitroglicerina sublingual con lo que calma el dolor.

ECG:



Es trasladado a Montevideo; no reitera dolor torácico y los ECGs seriados se mantienen incambiados.

PREGUNTA 1

¿Cuál sería su primer planteo diagnóstico?

a. Se trata de un paciente de baja probabilidad de enfermedad arterial coronaria (EAC) por lo que el primer planteo es que se trata de una pericarditis aguda
b. Se trata de un paciente de riesgo intermedio de EAC con un DT posiblemente isquémico
c. Dado que es un paciente con alta probabilidad de EAC, se plantea un SCA sin ST de alto riesgo

PREGUNTA 2

¿Qué conducta tomaría si recibe al paciente en Montevideo?

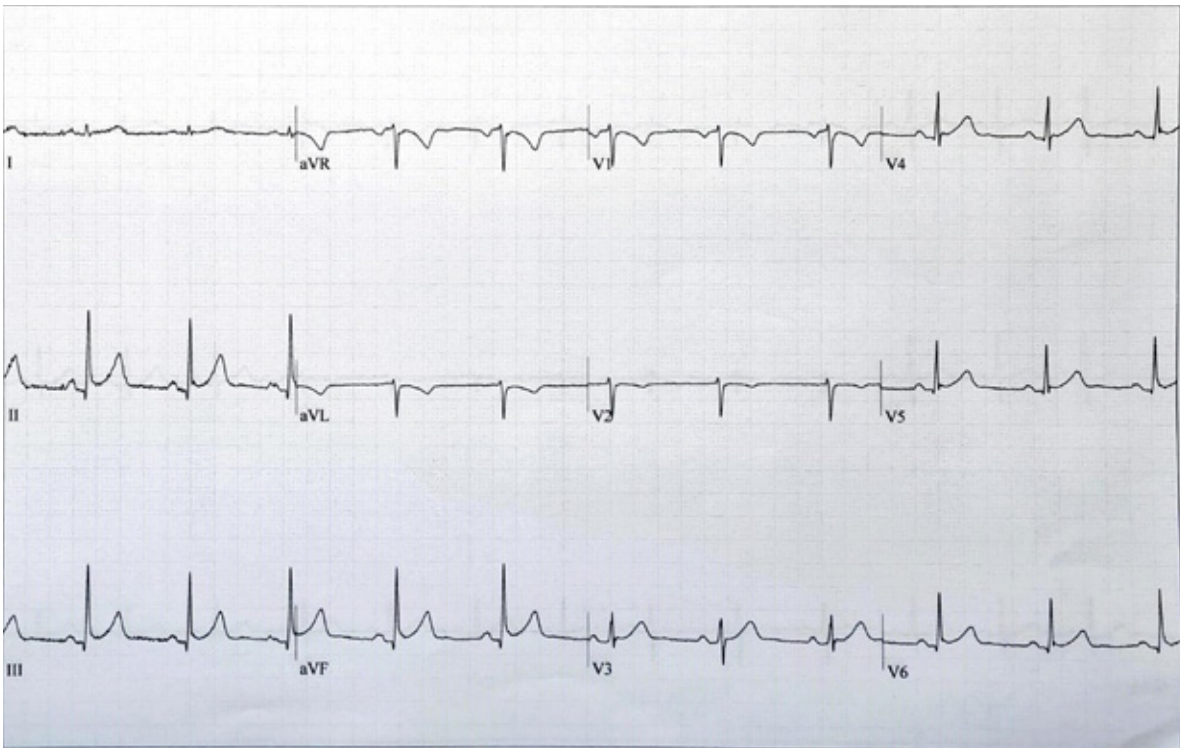
a. Es un síndrome coronario agudo sin supradesnivel ST de alto riesgo por lo que solicito CACG de urgencia
b. Es un síndrome coronario agudo con supradesnivel ST por lo que solicito CACG de urgencia
c. Es un síndrome coronario agudo sin supradesnivel ST, pido curva de troponinas para estratificación de riesgo
d. Si las primeras troponinas (a las 3 horas del inicio del dolor) son negativas, le otorgo el alta

Caso Clínico 2

Paciente de sexo masculino, 55 años. HTA en tratamiento con losartan 50 mg/día. Dislipemia en tratamiento con atorvastatina 10 mg/día. Sedentario.
Consulta en emergencia por dolor torácico retroesternal tipo puntada, irradiado a cuello, dorso y hombro izquierdo. Aumenta con la inspiración y el decúbito. No disnea o manifestaciones neuromediadas. No fiebre.
Se administra conducil s/l sin cambios.
Examen Físico:
Lúcido. Eupneico. Saturación de O_2 97% al aire. PA 175/90 mmHg. Normocoloreado.
Temperatura axilar 36,4 °C. Resto del examen general normal.
PP: MAV presente bilateralmente, sin estertores.
CV: RR de 78 cpm. Ruidos bien golpeados. Sin soplos. No roce pericárdico. No IY ni RHY. Pulsos presentes en los 4 miembros, simétricos.
ABD: blando, depresible e indoloro.

Radiografía de tórax

ECG:



PREGUNTA 1

¿Cuál(es) de las siguientes afirmaciones es (son) correcta(s)?

a. Se trata de un paciente con moderada probabilidad de EAC con dolor torácico (DT) de baja o intermedia probabilidad de ser por isquemia miocárdica
b. Se trata de un paciente con baja probabilidad de EAC con DT de alta probabilidad de ser por isquemia miocárdica
c. Se trata de un paciente con DT sugestivo de síndrome aórtico agudo
d. Se trata de un paciente cursando un SCA con sobreelevación del ST

PREGUNTA 2

¿Qué paraclínica solicitaría a continuación?

a. Angio-TC de tórax
b. Biomarcadores de injuria miocárdica y, de ser normales, Angio-TC coronaria
c. Biomarcadores de injuria miocárdica y, de ser normales, estudio funcional de isquemia
d. Biomarcadores de injuria miocárdica y Ecocardiograma transtorácico

Paraclínica:
Hemograma y función renal normales
Troponina I, 2 tomas < a 10 pg/ml (normal: <30 pg/ml)
Ecocardiograma transtorácico normal

PREGUNTA 3

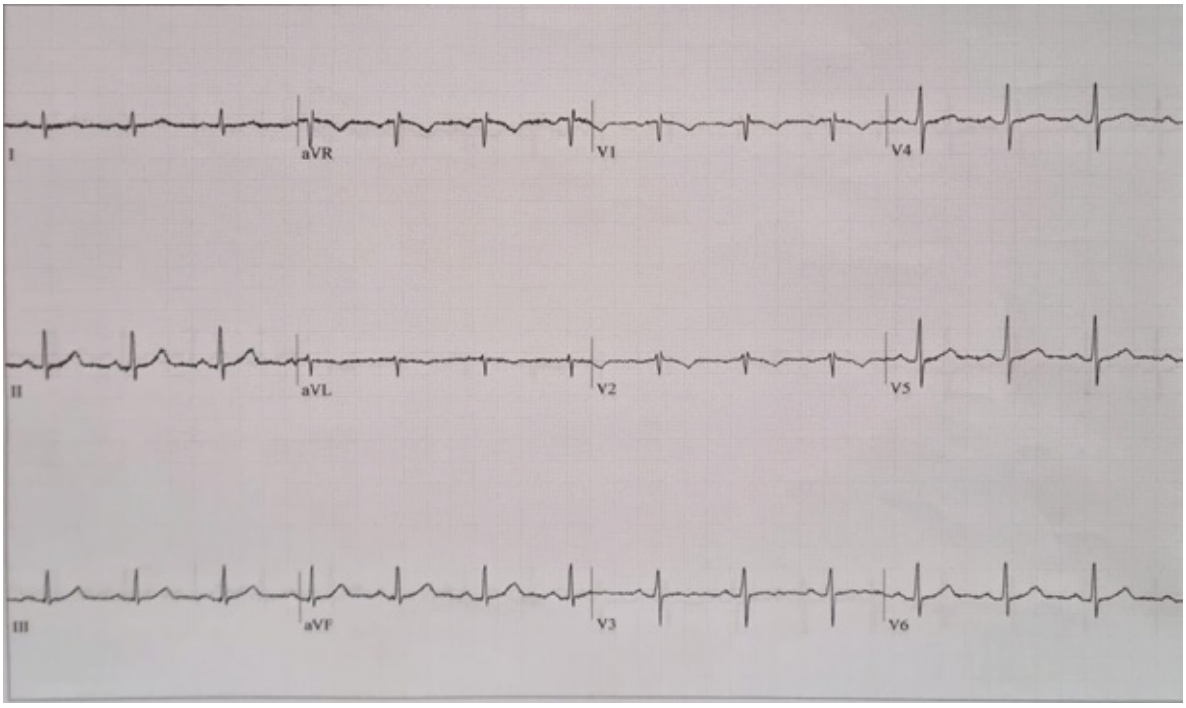
¿Qué conducta adoptaría con el paciente?

a. Alta a domicilio con tratamiento farmacológico y 3 a 6 meses de reposo relativo
b. Internación para completar valoración y tratamiento
c. Ergometría ambulatoria para evaluación de riesgo isquémico y control en policlínica de cardiología
d. Resonancia cardíaca

Caso Clínico 3

SM, 57 años. AF de cardiopatía isquémica (padre y hermano con infarto de miocardio antes de los 50 años). Fumador intenso. Sedentario.
Historia de dolor torácico retroesternal de leve intensidad al caminar 3 cuadras. Alivia con disminución de la marcha y reposo. Empeora en la última semana.
Consulta en emergencia por dolor torácico de mayor intensidad que aparece a menores esfuerzos; alivia rápidamente con el reposo. No presentó disnea o manifestaciones neuromediadas.
Examen físico:
Lúcido. Eupneico. Saturación de O_2 99% al aire. PA 130/70 mmHg. Normocoloreado. Apirético.
Resto del examen general normal.
PP: MAV presente bilateralmente, sin estertores.
CV: RR de 81 cpm. Ruidos bien golpeados. Sin soplos. No roce pericárdico. No IY ni RHY. Pulsos presentes en los 4 miembros, simétricos.
ABD: blando, depresible e indoloro.
Paraclínica:
Hemograma, función renal normal e ionograma normales.
Troponina I: 1ª muestra 23 pg/ml; 2ª muestra 26 pg/dl (<30 pg/ml)
Radiografía de tórax normal.

ECG:



PREGUNTA 1

En cuanto a la evaluación de riesgo de DT agudo, Ud. diría que:

a. Es de bajo riesgo
b. Es de riesgo moderado
c. Es de alto riesgo

PREGUNTA 2

Con respecto a las troponinas, Ud. diría que:

a. Los valores de troponina descartan injuria miocárdica, bajan el riesgo y permiten continuar la evaluación en forma ambulatoria
b. Se deberían complementar con CK MB
c. El coeficiente de variación de las troponinas se considera criterio de injuria miocárdica aguda
d. Es necesario completar la valoración con estudios adicionales

PREGUNTA 3

¿Cuál sería la mejor conducta a seguir?

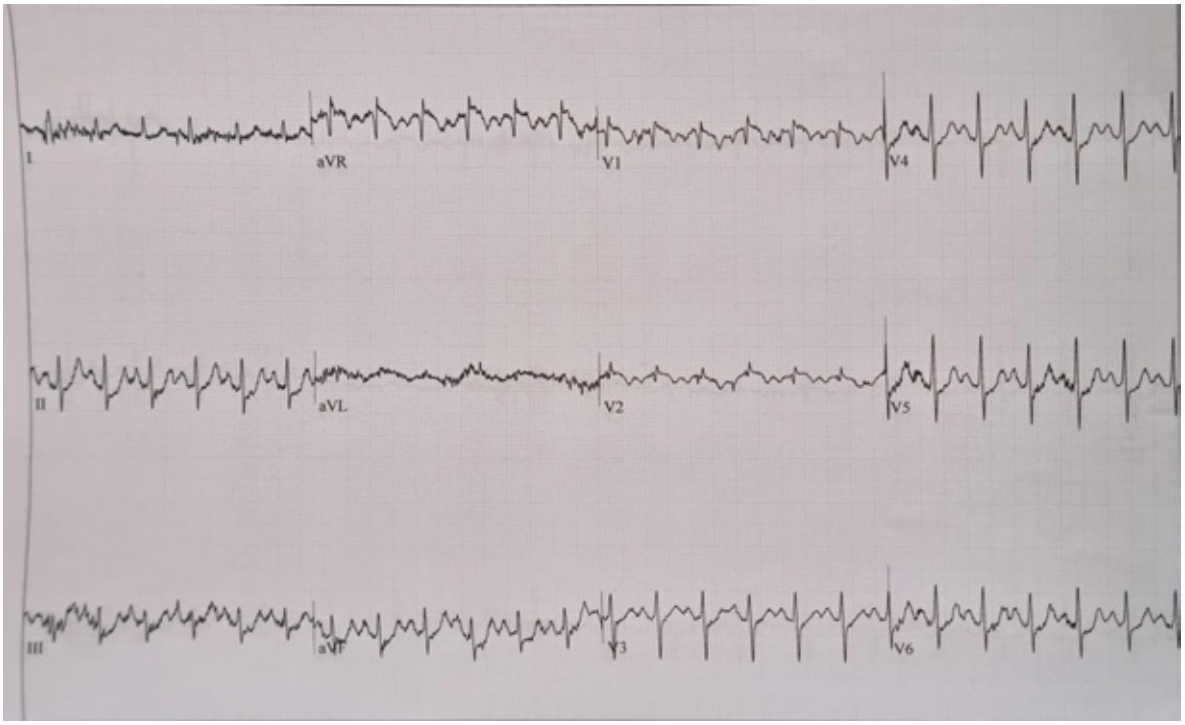
a. La presencia de un ECG normal, y de troponinas seriadas normales nos habilitan a otorgar el alta en forma segura
b. Solicitaría Angio TC coronaria
c. Solicitaría un estudio funcional de isquemia
d. Solicitaría una CACG

ECO ESTRÉS CON EJERCICIO:

Ecocardiograma basal normal.

Al esfuerzo:

- Trazado: infradesnivel del ST máximo de 1 mm en derivadas inferiores y 0,5 mm en precordiales V1-V2. Alcanzó el 86% de la FCMT y presentó ángor.
  Realizó 7,5 METS, CF IC



- Ecocardiograma: se observó disquinesia ánteroseptal, anterior y anterolateral medio y apical. La relación E/é no presentó cambios con respecto al basal. No se observaron líneas B pulmonares.

PREGUNTA 4

Con respecto a la conducta a seguir:

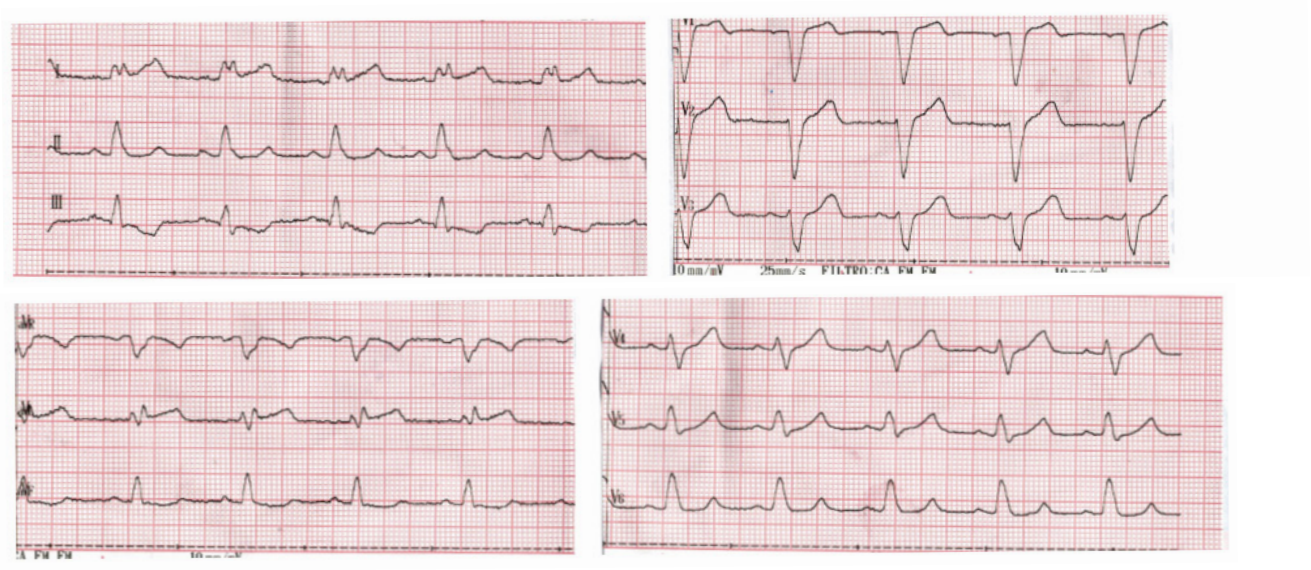
a. Inicia tratamiento médico completo y continúa seguimiento ambulatorio
b. Inicia tratamiento médico completo de prevención secundaria y antianginoso, y solicita CACG de urgencia
c. Solicita una Angio TC coronaria
d. Tratamiento médico completo y lo ingresa para completar valoración

Caso Clínico 4

Paciente de sexo femenino, 60 años. FRCV: DM2 diagnosticado hace 2 años. HTA de larga data con mal control de cifras. Sedentaria. Obesa (IMC de 31). Medicada con diaformina y valsartan. Consulta por dolor torácico tipo puntada retroesternal que aparece en reposo, irradiado a hombro izquierdo y dorso, sin relación con la respiración. Duró aproximadamente 3 h y alivió parcialmente, persistiendo con disconfort hasta el momento de consulta. Se acompañó de disnea. No SNV o síncope.
Actualmente lleva 12 h del dolor.
Examen físico:
Lúcida. PA 200/110 mmHg. Eupneica. Saturación de O_2 de 99% al aire.
CV: RR de 78 cpm. Ruidos bien golpeados, silencios libres. No IY ni RHY. Pulsos presentes y simétricos en los 4 miembros.
PP: normal.
Radiografía de tórax normal.
Paraclínica normal.

Primeras troponinas negativas, segundas troponinas también negativas (3 h)
(Valoración semicuantitativa: negativo <40 ng/l, 40-100 ng/l dudoso, >100 ng/l positivo)

ECG



PREGUNTA 1

Con respecto a la presentación clínica, ¿qué término define mejor el cuadro clínico?

a. Ángor típico
b. Ángor atípico
c. Dolor torácico no cardíaco
d. Dolor torácico posiblemente cardíaco

PREGUNTA 2

¿Cuál o cuáles de las siguientes afirmaciones son correctas?

a. Es un trazado típico de bloqueo de rama derecha
b. Es un trazado típico de bloqueo de rama izquierda
c. La presencia de BRI condiciona la realización de una conducta invasiva
d. El trastorno de la conducción dificulta la interpretación ECG de isquemia

PREGUNTA 3

Respecto a la determinación de troponinas, marque la o las afirmaciones correctas:

a. Una sola determinación de troponinas semicuantitativa negativa a las 3 h del dolor permite descartar con relativa seguridad la presencia de injuria miocárdica
b. Se recomienda el uso de troponinas de alta sensibilidad en todos los casos
c. El uso de troponinas semicuantitativas requiere una determinación seriada a las 6 y a las 12 h del inicio del dolor torácico
d. Se recomienda estar familiarizado con los valores de referencia de troponinas cardíacas en cada institución, así como los valores máximos de referencia considerados normales (Percentil 99)

PREGUNTA 4

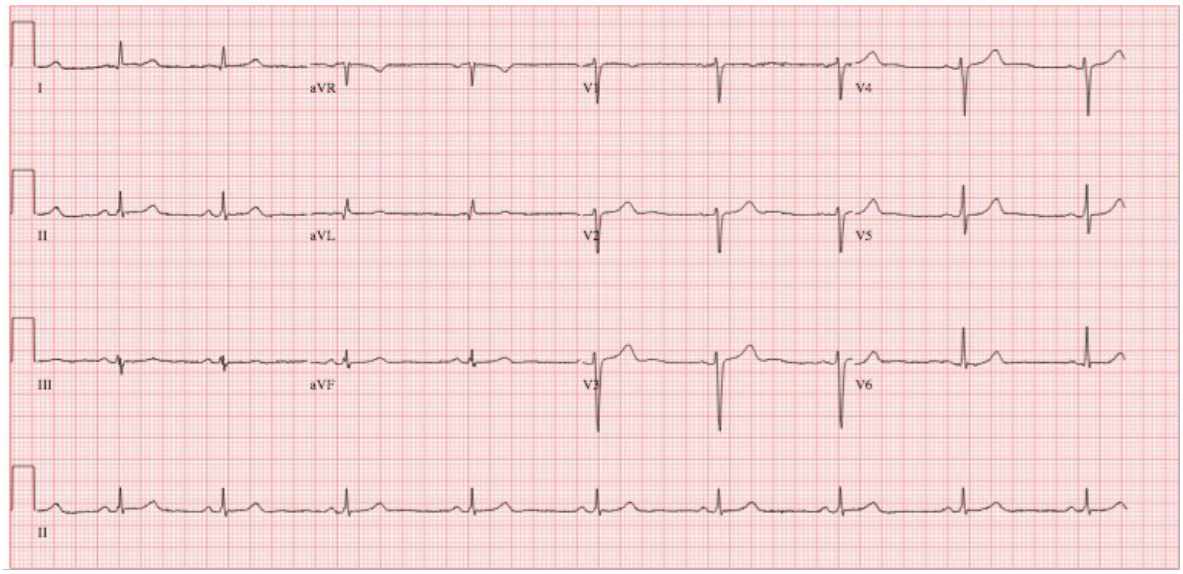
¿Cuál o cuáles opciones le parece correcta con respecto a la conducta a seguir?

a. Solicitaría un centellograma de perfusión miocárdica sensibilizado con dipiridamol
b. Solicitaría una angio TC coronaria
c. Solicitaría un score de calcio coronario
d. Solicitaría un ecocardiograma de estrés

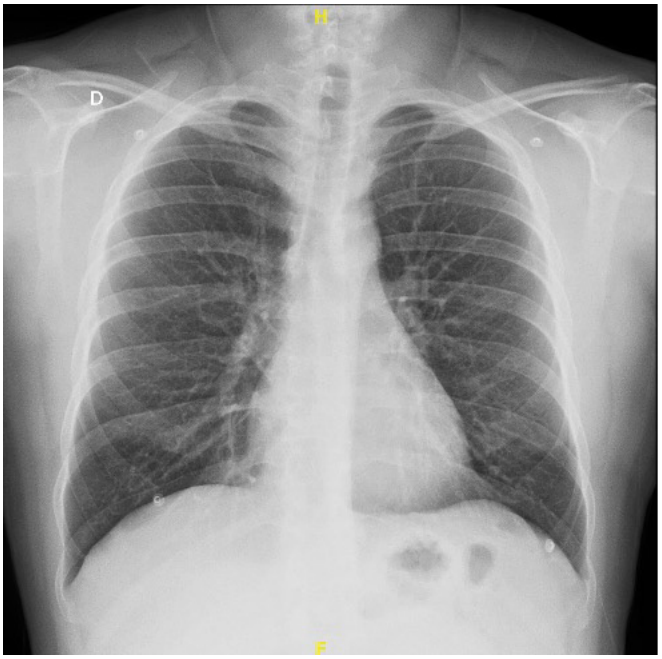
Caso Clínico 5

Paciente de sexo masculino, 46 años. Dislipémico en tratamiento con rosuvastatina 10 mg/día. Sedentario.
Consulta en emergencia por disconfort torácico en precordio y hombro izquierdos de una semana de evolución. Los episodios son autolimitados y no tienen relación con el esfuerzo.
El día de la consulta presentó un episodio de dolor precordial de similares características, pero de mayor duración (30 min). Sin síntomas acompañantes. Consulta a las 4 h de haber presentado el dolor torácico.
Examen físico:
Lúcido. Eupneico. PA 160/90 mmHg. Normocoloreado. Temperatura axilar de 36,7 °C.
Resto del examen general normal.
PP: MAV presente bilateralmente; sin estertores.
CV: RR de 88 cpm. Ruidos bien golpeados. Sin soplos. No IY ni RHY. Pulsos presentes en los 4 miembros, simétricos.
ABD: blando, depresible e indoloro.

ECG



Radiografía de tórax



PREGUNTA 1

Con respecto a las características del dolor torácico, el mismo es:

a. Atípico
b. Típico
c. Cardíaco
d. Posiblemente cardíaco
e. No cardíaco

PREGUNTA 2

¿Qué estudios realizaría?

a. Troponinas, repetir ECG, ETT
b. Troponinas, CK con fracción MB y mioglobina
c. Troponinas, CK con fracción MB
d. Repetir ECG, test de troponinas

PREGUNTA 3

Con respecto a la estratificación de riesgo, el paciente es:

a. De riesgo alto
b. De moderado riesgo
c. De bajo riesgo

Paraclínica:
Hb 14,5. g/dl, Plaquetas y GB normales. Azoemia 23 mg/dl, Creatininemia 0,83 mg/dl; Na 140 mEq/l, K 3,9 mEq/l, Cl 105 mEq/l.
Troponina I menor a 10 pg/ml (N<30 pg/ml; Valor de detección <10 pg/ml)

PREGUNTA 4

Con respecto a la conducta a seguir:

a. Se puede otorgar el alta en forma segura
b. Solicitaría estudio funcional de isquemia
c. Solicitaría angio TC coronaria
d. Solicitaría angio TC de tórax

EVALUACIÓN

PREGUNTA 1

Respecto al dolor torácico, señale la opción correcta:

a. Es motivo de consulta infrecuente en el primer nivel de asistencia
b. La mayoría de los que se presentan en la Emergencia, obedecen a patologías potencialmente graves
c. Es el síntoma predominante reportado por la mujer en la que se hace diagnóstico de SCA
d. La causa más frecuente de dolor torácico en mayores de 80 años es la enfermedad arterial coronaria

PREGUNTA 2

Con respecto al dolor torácico en la mujer. Señale la(s) opción(es) correcta(s):

a. Presentan mayor riesgo de ser subdiagnosticado por lo que se debe considerar posibles causas cardíacas
b. Cursan con más síntomas acompañantes que en el hombre
c. A diferencia del hombre, en el SCA en mujeres predominan los síntomas atípicos sobre el dolor torácico
d. Presentan menor probabilidad de SCA que el hombre. Ante dolor torácico con ECG normal, una estrategia segura es continuar valoración ambulatoria

PREGUNTA 3

En relación al ECG, señale la opción correcta:

a. Un ECG completamente normal descarta un SCA
b. El hallazgo más específico de etiología isquémica es la inversión de la onda T
c. Frente a una historia clínica típica de SCA, un ECG normal permite continuar la evaluación diagnóstica en forma ambulatoria
d. 6% de los ECG normales en el contexto de la evaluación de un dolor torácico, terminan cursando un SCA

PREGUNTA 4

Con respecto al ECG, señale la opción correcta:

a. La presencia de infradesnivel del ST es un signo sensible y específico de isquemia
b. La mayoría de los pacientes con sospecha de SCA e infradesnivel del ST isquémico cursan un infarto
c. El síndrome de Wellens se caracteriza por ondas T bifásicas o invertidas en precordiales anteriores que aparecen una vez que la isquemia se resolvió y traducen una lesión suboclusiva proximal de la arteria descendente posterior
d. La presencia de un BRI presumiblemente nuevo se considera equivalente de infarto

PREGUNTA 5

Ante sospecha de SCA, ¿qué probabilidad se toma para considerar a un paciente de bajo riesgo de IAM o eventos cardíacos mayores? Señale la opción correcta:

a. < 3% al año
b. < 1% a los 30 días
c. < 2% a los 30 días
d. Entre 3 y 5% a los 6 meses

PREGUNTA 6

Ante la sospecha de Síndrome Aórtico Agudo, señale la(s) opción(es) correcta(s):

a. La AngioTC de Tórax, Abdomen y Pelvis es el estudio de elección para el diagnóstico y planificar el tratamiento
b. El ETE es el estudio de elección para el diagnóstico y planificar el tratamiento
c. En pacientes con dolor torácico agudo, se debe considerar realizar ETE en caso de que exista contraindicación o no haya disponibilidad de Angio TC de aorta
d. La presencia de todos los pulsos y una radiografía de tórax normal descarta la sospecha de disección aórtica

PREGUNTA 7

Paciente de 51 años, sexo masculino. Antecedentes personales de HTA en tratamiento con beta bloqueantes e IECA. Dislipemia en tratamiento dietético.
Comienza hace dos semanas con molestia retroesternal urente que aparece al deambular 2-3 cuadras y cede con el reposo. En los últimos 3 a 4 días presentó la misma sintomatología al bañarse y al realizar tareas domésticas livianas. No ha presentado episodios de más de 15 minutos de duración, ni episodios en reposo. Niega fenómenos acompañantes.
Consulta en policlínica de medicina.
Examen físico: Eupneico, normocoloreado, bien perfundido. PA 135/80 mmHg. RR 80 cpm, sin soplos. PP normal.
ECG: RS. P y PR normales. HVI. T bifásicas en V5-V6.

¿Qué diagnóstico plantearía? Señale la opción correcta:

a. Dolor torácico no anginoso
b. Ángor inestable, definido por angina de reciente comienzo, progresiva, con baja clase funcional
c. Ángor típico, pero sin episodios en reposo ni prolongados, situación que garantiza un bajo riesgo de IAM
d. Ángor atípico, pero sin episodios en reposo ni prolongados, situación que garantiza un bajo riesgo de IAM

PREGUNTA 8

¿Qué exámenes considera para definir la conducta inicial? Señale la opción correcta:

a. Rx de tórax y ECG
b. Ecocardiograma, ECG y enzimas cardiacas
c. ECG y test de troponinas
d. Centellograma de perfusión miocárdica

PREGUNTA 9

Respecto al paciente anterior.

El médico de policlínica le envía el paciente a Emergencia con diagnóstico de ángor inestable.

¿Qué conducta adoptaría? Señale la (s) opción (es) correcta (s):

a. Solicita ECG y troponinas al ingreso. Si los resultados son normales, solicita ecocardiograma y estudio funcional de isquemia
b. Solicita ECG y troponinas al ingreso. Si los resultados son normales, solicita score de calcio coronario
c. Solicita ECG y troponinas al ingreso. Si los resultados son normales, solicita Angio TC coronaria
d. Solicita CACG

PREGUNTA 10

Mujer, 67 años. HTA. Hipotiroidea. Poliartritis reumatoide crónica. Depresión en tratamiento. 45 minutos previo al ingreso consulta UEMPH por episodio de dolor torácico opresivo precordial izquierdo sin irradiaciones de 10 minutos de duración, que aparece luego de bañarse y cede espontáneamente. Se acompaña de sudoración, náuseas y sensación de fatiga. Sin disnea. Examen físico: sobrepeso; normocoloreada, bien perfundida. CV: RR de 72 cpm, RBG, no soplos, no roce pericárdico. PA 145/85. PP: no estertores. ECG intra-dolor: RS de 75 cpm, elementos sugestivos de sobrecarga AI, ventriculograma y repolarización normales.
Llega a emergencia asintomática, donde se repite el ECG que no tiene cambios con respecto al previo.

¿Cuál(es) de la(s) siguiente(es) afirmación(es) es(son) correcta(s)?:

a. Tiene ECG normal sin cambios dinámicos por lo que con una única determinación de troponinas de alta sensibilidad por debajo del percentil 99 (P99) es seguro otorgar el alta y continuar los estudios en forma ambulatoria
b. La troponina de alta sensibilidad hora 0 es menor al P99 (2 ng/ml) y la troponina a las 3 horas es de 6 ng/ml. Score HEART de 5 puntos clasifica a la paciente de riesgo intermedio y se recomienda realizar estudio funcional previo al alta
c. Se recomienda dosificar Troponinas, CK y Mb en la evaluación del dolor torácico
d. Si la dosificación de troponinas de alta sensibilidad es mayor al P99 clasifica a la paciente en el grupo de síndromes coronarios agudos

PREGUNTA 11

Con respecto a las troponinas de alta sensibilidad señale la afirmación INCORRECTA:

a. Se considera normal un valor de troponinas por debajo del percentil 99

b. Se recomienda que los clínicos estén familiarizados con el ensayo de troponinas de cada institución y el valor superior de referencia (percentil 99) que define injuria miocárdica

c. Las troponinas de alta sensibilidad son más sensibles y precisas que sus precursoras

d. Estudios de cohortes han demostrado que las troponinas de alta sensibilidad representan un continuo de riesgo, ya que las concentraciones menores al P99 están asociadas a cardiopatía estructural, peor pronóstico cardiovascular, y aumento de la mortalidad

Sociedad Uruguaya de Cardiología
Av. Garibaldi 2593 - C.P. 11600 - Montevideo, Uruguay
Teléfono: (0598) 2480 65 67 - 2487 25 65
Whatsapp: +598 92 684 779
suc@adinet.com.uy - www.suc.org.uy
Horario: de 14 a 21 horas

Sociedad Uruguaya de Cardiología
Av. Garibaldi 2593 - C.P. 11600
Montevideo, Uruguay
Teléfono: (0598) 2480 65 67 - 2487 25 65
Whatsapp: +598 92 684 779
suc@adinet.com.uy - www.suc.org.uy