



GUÍA CLÍNICA 2021 · AHA / ACC / ASE / CHEST / SAEM / SCCT / SCMR

Evaluación y Diagnóstico del Dolor Torácico

Leandro Tosoni

Residente de 1° año de la Carrera de Cardiología

Agosto 2026

¿Qué entendemos por dolor torácico?



Definición: toda sensación desagradable —dolor, opresión, quemazón— percibida en la cara anterior del tórax, capaz de irradiar a hombros, brazos, cuello, espalda, epigastrio o mandíbula, y que motiva la consulta por su potencial origen cardíaco.

Agudo

Nuevo inicio, o cambio en el patrón, la intensidad o la duración respecto a episodios previos en un paciente con síntomas recurrentes.

Estable

Síntomas crónicos, asociados a desencadenantes constantes y reproducibles, como el esfuerzo físico o el estrés emocional.

Fisiopatología: por qué el dolor se “refiere” lejos de su origen

El dolor torácico visceral nace en receptores nociceptivos del corazón, la aorta, el pericardio, la pleura, el esófago y el mediastino. Sus fibras aferentes convergen en la médula espinal sobre los mismos segmentos (T1-T5) que reciben la sensibilidad de la piel y los músculos de la pared torácica y el brazo — el sustrato anatómico del dolor irradiado, característico de la angina.

Por esa misma convergencia, vísceras abdominales altas con aferencias compartidas —diafragma, vesícula biliar, estómago, páncreas— también pueden manifestarse como dolor torácico o epigástrico, lo que amplía el espectro de diagnósticos diferenciales a considerar.

Redefiniendo cómo describimos el dolor torácico

La guía abandona el binomio “típico / atípico” por ser ambiguo y potencialmente engañoso.

Antes

“Típico” vs. “Atípico”

El término atípico se usaba para indicar angina sin síntomas clásicos, pero en la práctica terminó usándose para decir “no es cardíaco” — llevando a errores diagnósticos.

Ahora

Cardíaco / Posiblemente cardíaco / No cardíaco

Términos más específicos que orientan directamente sobre la probable causa subyacente y reducen la ambigüedad clínica.

Clave clínica

El dolor visceral es difuso y gradual

La molestia isquémica es profunda, difícil de localizar, se instala en minutos y puede irradiar a brazo, cuello, mandíbula o espalda. El dolor punzante y posicional reduce la probabilidad de isquemia.

Semiología: un continuo, no una etiqueta binaria

Cada característica del dolor desplaza la probabilidad de origen isquémico hacia arriba o hacia abajo; ningún descriptor aislado es definitivo.



MENOR PROBABILIDAD DE ISQUEMIA

MAYOR PROBABILIDAD DE ISQUEMIA



Poco sugestivo

- Punzante o agudo, tipo “puntada”
- Relacionado con la inspiración (pleurítico) o la posición
- Fugaz, de pocos segundos de duración
- Muy localizado — el paciente lo señala con un dedo
- Reproducible con la palpación de la pared torácica



Probabilidad intermedia

- Presenta algunas, pero no todas, las características clásicas
- Localización o irradiación poco habitual
- Alivio parcial e inconsistente con nitroglicerina
- Síntomas asociados leves o inespecíficos
- Antecedentes de riesgo cardiovascular presentes



Clásico / anginoso

- Opresivo, tipo presión, pesadez o constricción
- Retroesternal, de instalación gradual (minutos)
- Desencadenado por esfuerzo físico o estrés emocional
- Irradia a brazo izquierdo, cuello o mandíbula
- Se acompaña de disnea, diaforesis o náuseas

Historia clínica: naturaleza, inicio y localización

Naturaleza

Sugiere isquemia: opresión, pesadez, presión retroesternal, constricción o “peso” en el pecho.

Diferencial / alarma: dolor agudo, punzante, que aumenta con la inspiración y el decúbito — orienta a pericarditis.

Inicio y duración

Sugiere isquemia: se instala gradualmente, en el curso de varios minutos.

Diferencial / alarma: inicio súbito, desgarrante, con irradiación a la espalda — sugiere síndrome aórtico agudo; dolor fugaz de segundos rara vez es isquémico.

Localización e irradiación

Sugiere isquemia: irradia a brazo izquierdo, cuello, mandíbula o espalda interescapular.

Diferencial / alarma: dolor muy circunscripto (el paciente lo señala con un dedo) o que irradia por debajo del ombligo o la cadera — poco probable que sea isquémico.

Historia clínica: severidad, factores y síntomas acompañantes

Severidad

Sugiere isquemia: el dolor de la isquemia rara vez se describe como “el peor dolor de mi vida”.

Diferencial / alarma: dolor desgarrante, súbito, en paciente hipertenso o con válvula aórtica bicúspide/dilatación aórtica conocida — alta sospecha de disección aórtica.

Factores desencadenantes y de alivio

Sugiere isquemia: esfuerzo físico o estrés emocional como gatillo; el reposo o mínimo esfuerzo sugiere SCA.

Diferencial / alarma: el dolor posicional suele ser musculoesquelético; el alivio con nitroglicerina NO es diagnóstico de isquemia (el espasmo esofágico también responde).

Síntomas acompañantes

Sugiere isquemia: disnea, palpitaciones, diaforesis, presíncope o síncope, dolor epigástrico o náuseas.

Diferencial / alarma: más frecuentes — y a veces predominantes — en mujeres, personas con diabetes y adultos mayores; no deben subestimarse.

El diagnóstico diferencial cambia con la edad

La prevalencia relativa de cada causa de dolor torácico en Urgencias varía según el grupo etario.

< 40 años

Predominan causas benignas

- Musculoesquelético / costocondritis
- Ansiedad y causas psicógenas
- Gastrointestinal (ERGE, espasmo esofágico)
- SCA infrecuente salvo factores de riesgo (cocaína, historia familiar precoz)

40–65 años

Zona de mayor incertidumbre diagnóstica

- Aumenta proporcionalmente la enfermedad coronaria
- Persisten causas musculoesqueléticas y digestivas
- Mayor peso de factores de riesgo metabólicos
- Es el grupo donde más rinden los CDP estructurados

> 65 años

El origen cardiovascular gana peso relativo

- SCA y otras causas cardiovasculares más prevalentes
- Mayor probabilidad de presentaciones sin dolor típico
- Comorbilidades que complican la interpretación
- Considerar también disección aórtica y TEP

Diagnóstico diferencial por sistema de origen

Causas cardiovasculares y pulmonares — organizadas como en la semiología clásica del dolor torácico



CARDIOVASCULAR

Isquémica

- Síndrome coronario agudo (angina estable, inestable, IAM con o sin EST)
- Isquemia sin obstrucción coronaria (INOCA) / infarto sin obstrucción (MINOCA)

No isquémica

- Pericarditis y miocarditis
- Disección aórtica / síndrome aórtico agudo



PULMONAR

- Embolia pulmonar
- Neumotórax (espontáneo o a tensión)
- Neumonía / pleuritis
- Hipertensión pulmonar
- Neoplasia pulmonar o mediastínica

Pista semiológica: el dolor pleurítico —agudo, punzante, que aumenta con la inspiración— es el hilo conductor de casi todo este grupo.

Diagnóstico diferencial por sistema de origen

DIGESTIVO

- ERGE y espasmo esofágico difuso
- Rotura esofágica (síndrome de Boerhaave)
- Úlcera péptica / gastritis
- Colecistitis / cólico biliar
- Pancreatitis aguda

MUSCULOESQUELÉTICO

- Costocondritis (síndrome de Tietze)
- Fractura costal / contusión
- Distensión muscular
- Radiculopatía cervical
- Síndrome del opérculo torácico

PSICÓGENO Y OTRAS

- Trastorno de pánico / ansiedad
- Síndrome de hiperventilación
- Herpes zóster (fase preeruptiva)
- Patología mamaria
- Crisis vasooclusiva (drepanocitosis)



El dolor torácico en la mujer

Riesgo de subdiagnóstico que debe corregirse activamente

El dolor torácico sigue siendo el síntoma predominante en mujeres con SCA, con una frecuencia similar a la de los hombres — pero suelen sumarse otros síntomas.

- Estudio PROMISE (n=10.003): las mujeres presentan más palpitaciones, dolor mandibular/cervical y dorsal, además de más factores de riesgo cardiovascular.
- Estudio VIRGO (≤ 55 años): 61,9% de las mujeres reportó ≥ 3 síntomas asociados, frente a 54,8% de los hombres ($p < 0,001$).
- Las herramientas de puntaje de riesgo tradicionales suelen subestimar el riesgo en mujeres y clasificarlas erróneamente como dolor no isquémico.

Recomendación: al tomar la historia, indagar activamente síntomas acompañantes (náuseas, fatiga, disnea) en mujeres.

Adultos mayores y poblaciones diversas



Pacientes > 75 años

Representan el 33% de todos los casos de SCA, pero en ellos siguen siendo más frecuentes los diagnósticos alternativos que el cardíaco.

COR 1 • LOE C-LD: considerar SCA cuando aparecen disnea, síncope, delirio agudo o una caída inexplicada, incluso sin dolor torácico franco.

Examen físico: reconociendo las causas de emergencia

COR 1 · LOE C-EO — Un examen cardiovascular focalizado ayuda a identificar o excluir causas potencialmente letales

Síndrome coronario agudo

Diaforesis, taquipnea, taquicardia, hipotensión, crepitantes, R3, soplo de insuficiencia mitral. El examen puede ser normal en casos no complicados.

Embolia pulmonar

Taquicardia + disnea en >90% de los pacientes; dolor que empeora con la inspiración.

Disección aórtica

Antecedente de enfermedad del tejido conectivo (Marfan); diferencia de pulsos entre miembros (30%, más frecuente en tipo A); dolor súbito + diferencia de pulsos + ensanchamiento mediastínico en Rx $\approx$ >80% de probabilidad; síncope >10%; insuficiencia aórtica en 40–75% de los tipo A.

Rotura esofágica

Vómitos previos, enfisema subcutáneo, neumotórax (20% de los casos), hipoventilación unilateral.

Examen físico: otras causas cardíacas y no cardíacas

Hallazgos específicos que orientan el diagnóstico diferencial una vez descartadas las emergencias

Valvulopatía / MCH

Soplo sistólico y pulso carotídeo “tardus-parvus” (EAo); soplo diastólico con ascenso carotídeo rápido (IAo); impulso apical prominente y onda “a” yugular (MCH).

Pericarditis

Fiebre, dolor pleurítico que aumenta en decúbito, frote pericárdico.

Miocarditis

Fiebre, dolor torácico, signos de insuficiencia cardíaca, R3.

Causas gastrointestinales

Dolor epigástrico (esofagitis, úlcera péptica); signo de Murphy en hipocondrio derecho (colecistitis).

Neumonía

Fiebre, dolor localizado pleurítico, frote, matidez a la percusión, egofonía.

Neumotórax

Disnea y dolor con la inspiración; ausencia unilateral del murmullo vesicular.

Costocondritis / Sd. de Tietze

Dolor reproducible a la palpación de las articulaciones condrocostales.

Herpes zóster

Dolor en distribución dermatomal que se desencadena al tacto; rash característico unilateral.

El ECG: la pieza central de la evaluación inicial

Momento, prioridad y triage inicial

10 MINUTOS

Tiempo máximo (COR 1 · LOE C-LD) para obtener e interpretar el ECG desde la llegada, en todo paciente con dolor torácico agudo, sin importar el ámbito de atención.

El ECG de 12 derivaciones triagea al paciente en 3 vías:

- ① Elevación del ST → tratar según guía STEMI (reperusión urgente).
- ② Depresión del ST / otros cambios isquémicos → guía NSTEMI-ACS.
- ③ ECG no diagnóstico o normal → no excluye SCA; continuar con troponina y ECG seriados.



Por qué es central: es rápido, económico, está disponible en casi todo punto de atención y es el único estudio capaz de identificar de inmediato al paciente con STEMI, cuyo pronóstico depende de minutos. También puede sugerir causas no isquémicas (pericarditis, miocarditis, arritmias, hipertrofia ventricular, patrones de repolarización) que reorientan el diagnóstico diferencial desde el primer contacto.



1

ECG seriados

COR 1 · LOE C-EO. Si el ECG inicial no es diagnóstico, debe repetirse cuando la sospecha clínica sea alta, los síntomas persistan o la condición del paciente empeore.

2

Derivaciones posteriores V7-V9

COR 2a · LOE B-NR. Razonables ante sospecha intermedia-alta con ECG inicial no diagnóstico, para no pasar por alto un infarto posterior (oclusión circunfleja o coronaria derecha), que suele ser “eléctricamente silente”.

3

Un ECG normal NO descarta SCA

Hasta 6% de los síndromes coronarios en evolución se dan de alta con un ECG normal. La hipertrofia ventricular izquierda, el bloqueo de rama y el ritmo de marcapaseo pueden enmascarar signos de isquemia.

4

Causas no isquémicas de cambios en el ECG

Pericarditis, miocarditis, arritmias, alteraciones electrolíticas, ritmo de marcapaseo, miocardiopatía hipertrófica, hipertensión pulmonar, QT largo congénito o simplemente una variante normal.

Biomarcadores: la troponina de alta sensibilidad



1

hs-cTn es el biomarcador preferido

Mayor sensibilidad y especificidad para el tejido miocárdico; permite detectar o excluir daño miocárdico más rápido que los ensayos convencionales (COR 1 · LOE B-NR).

2

Se interpreta como patrón, no como valor único

Lo relevante es el ascenso o descenso seriado (delta) y el valor por encima del percentil 99, específico de cada ensayo.

3

CK-MB y mioglobina ya no aportan valor

Con troponina disponible, agregarlas no mejora el diagnóstico de daño miocárdico agudo (Clase 3: sin beneficio · LOE B-NR).

Pruebas cardíacas: ¿anatómicas o funcionales?

La pregunta clínica define la prueba: ¿diagnosticar la presencia de placa/estenosis, o cuantificar isquemia?

PRUEBAS ANATÓMICAS

Angio-TC coronaria (CCTA)

Visualiza placa obstructiva y no obstructiva; dosis de radiación baja (3–5 mSv). Excelente para excluir enfermedad.

Angiografía coronaria invasiva (ICA)

Estándar para definir estenosis de alto grado y guiar revascularización; permite medir FFR/IFR. Radiación 4–10 mSv.

FFR-CT (complemento a CCTA)

Estima la isquemia específica de cada vaso en estenosis del 40–90% sin estudios adicionales.

PRUEBAS FUNCIONALES

ECG de esfuerzo

La opción de menor costo; requiere ECG basal interpretable y capacidad de alcanzar ≥ 5 METs.

Ecocardiograma de estrés / PET-SPECT

Evalúan isquemia mediante motilidad parietal o perfusión. Radiación: PET ≈ 3 mSv, SPECT ≈ 10 mSv; ecocardiograma sin radiación.

Resonancia magnética cardíaca de estrés

Alta sensibilidad y especificidad; sin radiación; útil también para diagnósticos alternativos (miocarditis).

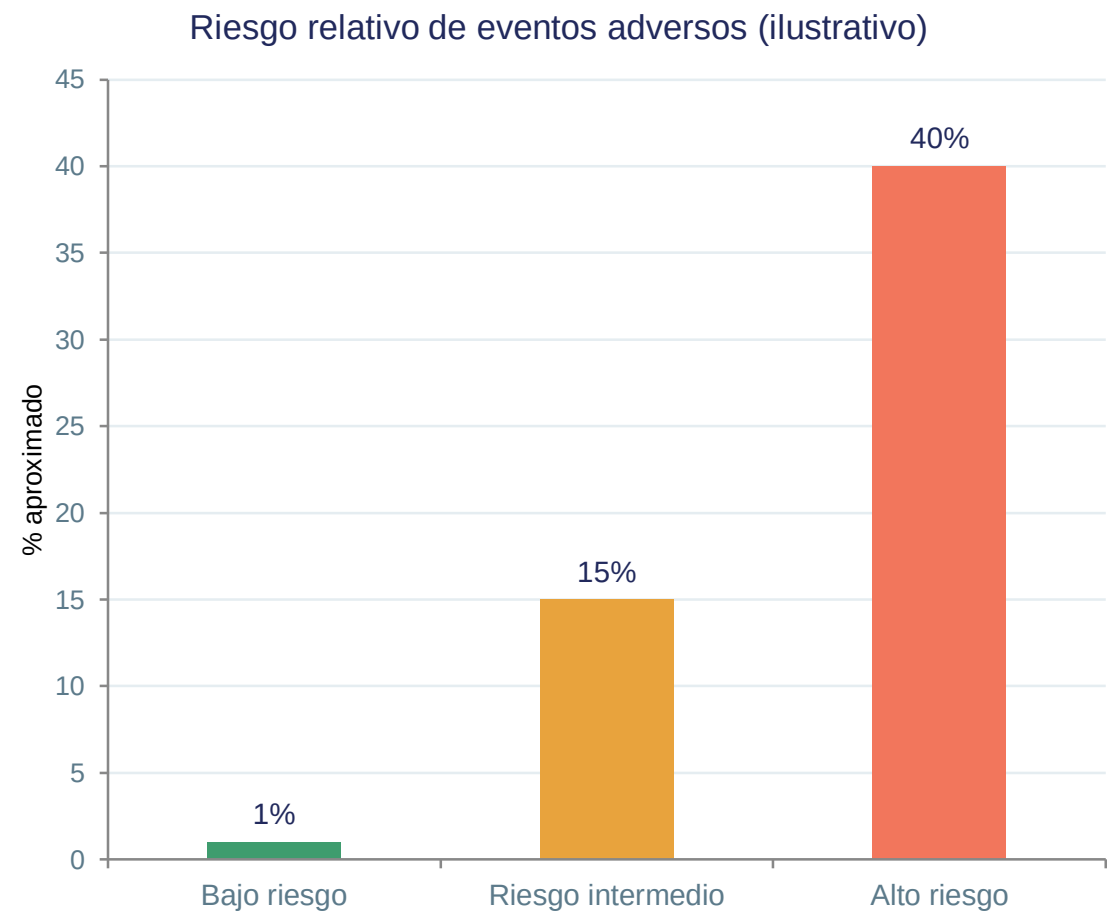
Eligiendo la prueba correcta: seguridad ante todo

La disponibilidad y experiencia local importan, pero las contraindicaciones son las que descartan una opción (Tabla 5 / Figura 6 de la guía)

ECG de esfuerzo	Cambios isquémicos en el ECG basal, BRI, WPW, ritmo de marcapaseo, o incapacidad de alcanzar ≥ 5 METs.
Estrés con vasodilatador (SPECT/PET/CMR)	Broncoespasmo activo o EPOC significativo; uso reciente de metilxantinas o cafeína (<12 h); hipotensión.
Estrés con dobutamina (eco/CMR)	Arritmias significativas, estenosis aórtica crítica, hipertensión no controlada ($\geq 200/110$ mmHg).
Angio-TC coronaria (CCTA)	Alergia a contraste yodado, filtrado glomerular muy reducido, imposibilidad de controlar la frecuencia cardíaca.
Dosis de radiación aproximadas: CCTA 3–5 mSv · ICA 4–10 mSv · PET ≈ 3 mSv · SPECT ≈ 10 mSv · Ecocardiograma y CMR: sin radiación ionizante.	

Vías de decisión clínica (CDP) y estratificación de riesgo

COR 1 · LOE B-NR — Toda institución debería implementar un protocolo estructurado (HEART, EDACS, ADAPT, ESC 0/1h, entre otros)



Bajo riesgo

<1% a 30 días

Historia + ECG no isquémico + troponina negativa (única o seriada).



Riesgo intermedio

Sin evidencia de daño agudo

No cumple criterios de bajo ni alto riesgo; candidato a estudios adicionales.



Alto riesgo

Cambios isquémicos, daño confirmado

ECG isquémico nuevo, troponina positiva, FEVI<40%, isquemia moderada-severa o inestabilidad hemodinámica.

Riesgo bajo: menos es más

Probabilidad <1% de muerte o eventos cardiovasculares mayores (MACE) a 30 días

- Historia y examen físico compatibles con bajo riesgo, ECG no isquémico o sin cambios respecto al previo.
- Troponina de alta sensibilidad: una sola determinación por debajo del límite de detección (si los síntomas llevan ≥ 3 h) o seriada, con resultados negativos.
- COR 2a · LOE B-R: es razonable dar el alta sin internación ni pruebas cardíacas urgentes.
- No existe evidencia de que la prueba de esfuerzo o las imágenes dentro de los 30 días mejoren los resultados en este grupo — cambio respecto a guías previas.

Sí debe organizarse seguimiento ambulatorio para el manejo de los factores de riesgo cardiovascular.

Riesgo intermedio: el terreno de la decisión compartida

Sin evidencia de daño miocárdico agudo, pero sin criterios de bajo riesgo

- COR 1 · LOE C-EO: ecocardiograma transtorácico (TTE) precoz junto a la cama para evaluar función ventricular, valvular y derrame pericárdico.
- COR 2a · LOE A: el manejo en una unidad de observación es razonable — acorta la estadía y reduce costos frente a la internación.
- Sin coronariopatía conocida: angio-TC coronaria (CCTA) útil para excluir placa y enfermedad obstructiva; alternatively, prueba de esfuerzo/imagen funcional.
- Con coronariopatía conocida: primero optimizar el tratamiento médico dirigido por guías (GDMT) antes de sumar más estudios.

Riesgo alto: no demorar la angiografía

Cambios isquémicos nuevos, daño miocárdico confirmado o inestabilidad

- Criterios: cambios isquémicos nuevos en el ECG, troponina positiva, disfunción ventricular nueva (FEVI <40%), isquemia moderada-severa nueva, inestabilidad hemodinámica o puntaje de riesgo alto.
- COR 1 · LOE C-EO: se recomienda angiografía coronaria invasiva (ICA).
- COR 2a · LOE B-NR: si la troponina es positiva pero la CCTA/ICA excluye enfermedad obstructiva, la resonancia cardíaca o el ecocardiograma ayudan a buscar diagnósticos alternativos (miocarditis, MINOCA).
- Aproximadamente 6–15% de los síndromes coronarios con troponina positiva ocurren sin coronariopatía obstructiva evidente.

Y el dolor torácico estable, ¿cambia el enfoque?



La misma lógica de riesgo, aplicada de forma electiva. En pacientes sin coronariopatía conocida, la probabilidad pretest (edad, sexo, síntomas, factores de riesgo) determina la necesidad de estudios funcionales o anatómicos. En riesgo bajo, no se requieren pruebas adicionales; en riesgo intermedio-alto, CCTA o prueba de estrés según disponibilidad local.

Sin CAD conocida

La probabilidad pretest guía la elección entre prueba de estrés funcional o anatómica (CCTA).

CAD obstructiva conocida

Los cambios en frecuencia o intensidad de síntomas orientan hacia angiografía o imagen de estrés.

CAD no obstructiva conocida

CCTA de seguimiento para valorar progresión de la placa aterosclerótica.

Isquemia sin CAD obstructiva (INOCA)

Reconocida como entidad propia; requiere una evaluación diagnóstica específica.

Mensajes para llevar a la práctica



La semiología orienta, no confirma ni descarta

Ubique cada característica del dolor en el continuo de sospecha isquémica; ningún descriptor aislado es diagnóstico.



Escuche más allá del “dolor”

Disnea, fatiga o molestia en brazo/mandíbula pueden ser equivalentes anginosos, sobre todo en mujeres, diabéticos y adultos mayores.



El examen físico acota el diagnóstico diferencial

Un hallazgo dirigido (frote, soplo, asimetría de pulsos) puede reorientar todo el algoritmo diagnóstico.



El ECG es el primer y más rápido filtro

En 10 minutos define 3 caminos; si no es diagnóstico, repítalo y considere derivaciones posteriores.



Confíe en la troponina de alta sensibilidad, interpretada como patrón

Es el eje del diagnóstico rápido de daño miocárdico; el valor aislado no alcanza.



Elija la prueba complementaria según la pregunta clínica

Anatómica para descartar enfermedad; funcional para cuantificar isquemia — respetando las contraindicaciones de cada una.

Los 10 mensajes clave

Parte 1 de 2

1

Dolor torácico es más que dolor en el pecho

Presión, opresión, molestia en hombros, brazos, cuello, espalda, epigastrio o mandíbula, y también disnea o fatiga, se consideran equivalentes anginosos.

2

Se prefiere la troponina de alta sensibilidad

Es el estándar para el diagnóstico bioquímico de infarto, con mayor sensibilidad para detectar o excluir daño miocárdico.

3

Atención temprana ante síntomas agudos

Ante dolor torácico agudo, se recomienda llamar al servicio de emergencias de inmediato; la mayoría no tendrá causa cardíaca, pero deben excluirse primero las causas letales.

4

Decisión compartida con el paciente

En pacientes estables, se debe informar sobre riesgos, radiación, costos y alternativas para decidir juntos los próximos pasos.

5

No se necesitan pruebas urgentes en bajo riesgo

En dolor agudo o estable de bajo riesgo, no está indicado el estudio diagnóstico urgente para descartar coronariopatía.

Los 10 mensajes clave

Parte 2 de 2

6

Usar vías de decisión clínica (CDP)

Los protocolos estructurados para dolor torácico deben usarse de rutina en Urgencias y en consultorio.

7

Los síntomas acompañantes importan

El dolor torácico predomina en ambos sexos con SCA; las mujeres pueden presentar con más frecuencia náuseas y disnea.

8

Identificar quién se beneficia de más estudios

Los pacientes de riesgo intermedio (agudo) o riesgo pretest intermedio-alto (estable) son quienes más se benefician de imágenes cardíacas.

9

Fuera lo “atípico”, dentro lo “no cardíaco”

“Atípico” es un término engañoso; se recomienda describir el dolor como cardíaco, posiblemente cardíaco o no cardíaco.

10

Evaluación de riesgo estructurada

El riesgo de coronariopatía y de eventos adversos debe estimarse con protocolos diagnósticos basados en evidencia.