



# La Angustia: un Dolor Precordial

**Autora:** Psicóloga Virginia Ramírez Rioja. Adscrita al Servicio de Clínica del Dolor del CNCTD como Asesora Técnica en Padecimientos Psicosomáticos.



El dolor torácico es un motivo de consulta relativamente frecuente que suele generar gran ansiedad. La mayoría de los casos corresponde a un proceso benigno, aunque no siempre fácilmente identificable. El principal reto del médico consiste en descartar las patologías que precisen tratamiento inmediato y las que, a pesar de que en ese momento no requieran terapia de urgencia, por su gravedad pueden comprometer en un futuro la vida del paciente.

Las causas más comunes de dolor torácico son: dolor de origen musculoesquelético, dolor psicógeno, dolor idiopático o de origen desconocido, tos, infecciones respiratorias (catarro de vías altas, traqueítis, bronquitis, neumonía), asma y reflujo gastroesofágico. El factor cardíaco es muy poco frecuente, pero por su potencial letalidad siempre debe descartarse cuidadosamente. A continuación se enumeran los principales agentes responsables de dolor torácico (no cardíaco).

## 1. Torácico

- Musculoesquelético
- Dolor mamario
- Árbol respiratorio, diafragma y pleura
- Tumores mediastínicos
- Herpes zoster

## 2. Gastrointestinal

- Reflujo gastroesofágico, esofagitis, cuerpo extraño en esófago, espasmo esofágico, distensión gástrica.

## 3. Dolor idiopático o de origen desconocido

- Dolor torácico ⇄

## Bibliografía

1. Mark Hlatky. Evaluation of chest pain in the emergency department. *N.Engl.J.Med.* 1997;337:1687-89.
2. Schochet A, Hamm C, Scholz C, et al. Prehospital troponin T test in patients with suspected acute myocardial infarction. *Am. Coll. Cardiol.* 1997;29, Suppl A:273-A (abstract).
3. Luscher M, Ravkilde K, Thygesen L, et al. Concordance between troponin T and troponin I values in 491 patients with unstable coronary syndrome: a TRIM substudy. *Am. Coll. Cardiol.* 1997;29, Suppl. A:234-A (abstract).
4. Olatidoye A, Feng Y, Wu A. Do troponin T and I have equal prognostic significance in the same population of unstable angina patients? *Circulation* 1997;96, Suppl. 1:1-333 (abstract).
5. Goldmann B, Heeschen C, Hamm C. Troponins in Acute myocardial infarction: A comparison of troponin I and troponin T. *Circulation* 1997;96, Suppl. 1:1-333 (abstract).
6. Awan A, Guillam L, Goldman R, et al. Dobutamine stress echocardiography for risk stratification of patients with unstable angina. *J. Am. Coll. Cardiol.* 1997;29, Suppl. A:273-A.
7. Lewis W, Amsterdam E, Timpsed S, et al. Utility and safety of immediate exercise testing of low risk patients with coronary artery disease presenting to the emergency department with chest pain. *Circulation* 1997;96, Suppl. 1:1-270 (abstract).
8. Geard A, Parmar R, Zhad D, et al. Stress testing markedly underestimates the prevalence of coronary artery disease in a low risk chest pain unit: results of a prospective randomized trial. *Circulation* 1997;96, Suppl. 1:1-272 (abstract).

#### 4. *Psicógeno*

- Tensión nerviosa, crisis de angustia, síndrome de hiperventilación, trastorno somatomorfo.

El tema que nos ocupa en este artículo es el último punto, el psicógeno. La ansiedad, en todas sus definiciones, puede reducirse a tres condiciones fundamentales:

1. Sensación de un peligro inminente, totalmente indeterminado, no cristalizado todavía, que suele acompañarse de la elaboración de fantasías trágicas y que adjudica a todas las imágenes proporciones de drama.
2. Actitud expectante ante el peligro, verdadero estado de alerta que invade enteramente al sujeto y lo impulsa de manera irremediable hacia otra catástrofe inmediata.
3. Confusión producto de un sentimiento de impotencia y sensación de desorganización y aniquilamiento ante el peligro.

Este estado afectivo lleva consigo una serie de reacciones neurovegetativas: trastornos respiratorios y cardíacos, disnea, bradicardia o taquicardia, palidez, relajamiento de la musculatura facial o, por el contrario, contracciones violentas de los frontales o del cutáneo del cuello (semblante huraño, boca entreabierta, descenso de las comisuras bucales, sequedad de la boca, sudoración). Tales características son comunes a las originadas por emociones espontáneas y justificadas, y que los autores americanos denominan estrés.

Un conflicto familiar, una dificultad económica o la ruptura de una relación afectiva, por mencionar las situaciones más comunes, se acompañan de ansiedad, la cual cumple la función de adaptación. La ansiedad patológica es, en cambio, una respuesta desmesurada a estímulos no bien definidos o de una magnitud que no guarda relación con la respuesta. El tipo de casos que se presentan frecuente-

mente en la clínica constituye un desafío constante que merece reflexión y que condiciona nuestra reacción clínica y terapéutica.

El paciente con un síndrome de ansiedad que consulta al cardiólogo plantea, en términos generales, dos interrogantes que intentaremos descifrar. La primera pregunta que nos hacemos los especialistas en esa circunstancia es si los síntomas que se refieren son: 1) la manifestación de un trastorno de ansiedad que se expresa con síntomas atribuibles al sistema cardiovascular, o 2) el resultado de una enfermedad cardíaca acompañada de ansiedad. En 1864 Hartshone lo llamó agotamiento cardíaco y Da Costa, en 1871, síndrome de irritación cardíaca. Posteriormente dicho fenómeno recibió numerosas denominaciones tales como corazón de soldado y astenia neurocirculatoria.

La llave fundamental que ayudará a esclarecer el caso es el interrogatorio. El motivo de consulta más común suele ser la disnea, síntoma generalmente referido a situaciones particulares, sin relación con el esfuerzo o el reposo, y que aparece en circunstancias muy diversas. Usualmente el paciente refiere como disnea la percepción de tener que inspirar profundamente (suspirar) en ciertas ocasiones o que actividades físicas habituales le desencadenan disnea.

Si la ansiedad es más intensa existe hiperventilación, en tanto que las parestesias por hipocapnia son un síntoma asociado y pueden acompañarse de contracción tetánica, mareos, inestabilidad y transpiración profusa. Otras manifestaciones frecuentes son aquellas vinculadas con la percepción de la presencia de la actividad cardíaca: palpitaciones, latidos fuertes o rápidos, o predominio nocturno favorecido por el reposo y el silencio.

En resumen, el paciente expresa en el sistema cardiovascular un aumento del tono adrenér-

gico y fija su atención en el área cardíaca. También puede ser causa de consulta la existencia de dolor torácico, ya sea de tipo punzada o peso, o de opresión en el área torácica o aun irradiado a ambos brazos o solamente al izquierdo. El dolor precordial referido por el paciente puede estar relacionado con esfuerzo o reposo, suele acompañarse de fatiga y su duración es variable. La irradiación de este dolor al epigastrio es un hallazgo común. En estos pacientes el interrogatorio cuidadoso revela la presencia de un suceso desencadenante (dificultad laboral o personal, pérdida de un ser querido, la enfermedad cardíaca de un pariente cercano) o de una situación similar previa.

Al examinar físicamente al paciente suele detectarse un aumento de la frecuencia cardíaca. También ha sido descrita la arritmia auricular o ventricular asociada con este síndrome, y no es inusual que haya valores de tensión arterial en el límite de lo normal. El hecho de que síntomas similares pueden ser reproducidos con isoproterenol o bloqueados con propanolol han llevado a Frolhich que la interpretación fisiopatológica de este síndrome y sus síntomas están fundamentalmente relacionados con un aumento del tono beta adrenérgico (síndrome de estado hiperdinámico beta-adrenérgico).

La historia natural de estos pacientes muestra, en un considerable porcentaje, que los mismos síntomas se han presentado previamente, observándose episodios de remisión o exacerbación en el curso de los años. En algunos de ellos la recuperación y la remisión son totales. El pronóstico del cuadro tiene que ver con: a) el hecho de que éste sea el primer episodio y con la intensidad del factor desencadenante y/o b) que el mismo sea resultado de una personalidad neurótica previa.

La terapéutica con medicación beta bloqueante está dirigida a tratar la repercusión

sintomático-periférica (taquicardia, palpitaciones), aunque de ser utilizados no deben prescindir del tratamiento de fondo, el cual articula la psicoterapia (dinámica o cognitivo-comportamental) y el abordaje psicofarmacológico comúnmente a base de benzodiazepinas (entre las cuales el alprazolam tiene ventajas de uso indudables como sugiere el *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Panic Disorder* APA, 1998) que permiten mejorar la calidad de vida y la remisión sintomática, y que actualmente representan la conducta terapéutica aceptada.

La consulta de una persona que sufre un trastorno de pánico constituye un capítulo especial de estas situaciones clínicas. Acosado por una crisis de angustia que se le presenta súbita e inesperadamente, el paciente llega a nuestro encuentro con una ansiedad que domina e invade la situación. El paciente ejerce sobre el médico una presión muy intensa. Es habitual que el enfermo arribe, cargado con todo su historial, angustiado después de recorrer numerosos facultativos de diferentes especialidades, los cuales no han encontrado una respuesta adecuada, y portando un sinnúmero de estudios (*holters*, ergometrías, tomografías computadas, exámenes metabólicos diversos). En esta clase de pacientes dos síntomas son los más usuales: a) crisis de taquicardia que han sido registradas en numerosas situaciones aunque no se han comprobado arritmias, y que son todas descritas como taquicardia sinusal, y b) crisis de disnea que suelen acompañarse de síntomas agregados como parestesias, sudoración profusa, mareos e incluso pérdida del conocimiento.

Los antecedentes de estos pacientes refieren episodios semejantes en los últimos años que, en algunos casos, se remontan a la adolescencia. No es raro que hayan sido tratados con fármacos antiarrítmicos en virtud de un diagnóstico diferencial de taquicardia paroxística (sin comprobación electrocardiográfica). Ante ➔

tales enfermos la menor sospecha de patología cardíaca, por ejemplo un prolapso mitral mínimo, aparece como argumento suficiente para justificar la prolongación de esa larga serie de consultas y tratamientos, bajo la rotulación de *enfermo cardíaco*. La resolución de estos casos no suele ser fácil debido al temor que infunde al cardiólogo la suspicacia de la presencia de una patología somática que no debe pasar por alto, al tiempo que dicha preocupación hace más complejo el diagnóstico, pues limita el enfoque de la situación.

El diagnóstico diferencial correcto surge de un minucioso interrogatorio, incluyendo a los familiares que conviven con el paciente. La percepción de la angustia familiar y la multiplicidad de procedimientos diagnósticos efectuados, entre ellos la coronariografía, apoyan la certeza de la ausencia de patología cardiovascular. El pronóstico de estos pacientes es bueno si se inicia una psicoterapia adecuada con tratamiento farmacológico inicial. De no poner en práctica dichos cuidados, la repetición de los síntomas y de las consultas múltiples será una constante en su evolución con el riesgo de que la sintomatología ansiosa se retroalimente y se agrave, repercutiendo negativamente sobre la calidad de vida del paciente y de su entorno, sumado todo ello a grandes e inútiles gastos en atención médica.

Otra posibilidad es la del individuo que presenta una enfermedad cardíaca conocida y tratada, y cuyo motivo de consulta incluye la ansiedad que su padecimiento le produce. Para las diversas patologías se han descrito diferentes formas de expresión psicológica. La ansiedad que acompaña a un infarto de miocardio tiene varias maneras de expresarse, por ejemplo, el paciente suele agigantar su enfermedad atribuyéndole una gravedad excesiva o negándola.

Es importante señalar que la información que proveen los medios de comunicación sobre las

enfermedades cardiovasculares, reinterpretadas por el enfermo desde su subjetividad, pueden generar fantasías de gravedad y de futuro ominoso muy negativas. Por ello, es recomendable explicar claramente al paciente y a su familia la magnitud de la afección que padece y plantear las posibilidades a largo plazo, despejando las incógnitas que pueden emanar de las fantasías de muerte o de incapacidad.

Lo más conveniente es dar una visión optimista dentro de un marco de sensatez acorde a cada caso de la patología coronaria reforzando los aspectos favorables. Una conducta similar se debe tomar ante la posibilidad de una intervención quirúrgica o de una angioplastia coronaria. Asimismo, resulta útil tratar farmacológicamente la ansiedad que genera el episodio coronario. Recordemos que es frecuente observar un recrudecimiento de otras expresiones de una patología psiquiátrica preexistente como son las fobias, la depresión o los ataques de pánico. En esa eventualidad los grupos de rehabilitación cardiovascular cumplen una ayuda primordial para los pacientes, ya que ayudan a compartir, en un contexto terapéutico continente, la enfermedad, las fantasías y los temores.

El plan terapéutico ante la angustia no será el mismo que el prescrito para la ansiedad crónica. A menudo ocurre que la neurosis de angustia está ligada a dificultades actuales de orden sexual (*coitus interruptus*), sadismo o masoquismo inconsciente (de uno de los cónyuges o de los dos) o aun a dificultades socioprofesionales.

En conclusión, es necesario que el médico siempre tome en cuenta todas las posibilidades clínicas antes de elaborar un diagnóstico, lo que implica valorar los tres grandes aspectos en función del paciente: fisiología, patología y psicología. **DOLOR**