



Il Manuale di Clinica Pratica

Titolo	Dolore toracico
Data	05 febbraio 2006 alle 16:22:00
Autore	R Rossi

Ressa:

Quando uno sente parlare di dolore toracico pensa immediatamente all'infarto oppure alla dissecazione di un aneurisma aortico.

Rossi:

E' così, spesso il medico è più preoccupato del paziente. Per fortuna solo la minoranza dei casi di dolore toracico è dovuta a cause cardiache o comunque gravi.

Il problema principale è trovare un metodo che ci permetta di non lasciarsi scappare i casi importanti.

Ressa:

E' sempre valido l'aforisma che un dolore toracico è di origine cardiaca fino a prova contraria?

Rossi:

Si e no, dipende dal paziente che hai davanti e dalle caratteristiche del dolore. La probabilità di trovarsi di fronte ad una patologia cardiaca aumenta con l'età, nel sesso maschile, e se il paziente ha fattori di rischio o precedenti cardiovascolari. Bisogna stare attenti a non sottovalutare il sintomo nelle donne perché si tende a pensare che siano immuni dalla cardiopatia ischemica, mentre dopo la menopausa anche il gentil sesso può andar incontro all'infarto e con il passare degli anni questa probabilità aumenta tanto da diventare simile a quella degli uomini.

Ressa:

Parliamo delle caratteristiche del dolore.

Rossi:

Vanno indagati la durata del dolore, la sede, eventuali situazioni che possono scatenarlo (sforzi, pasti abbondanti, emozioni, movimenti, respiro, colpi di tosse, ecc), sintomi associati (dispnea, sudorazione, ecc.). Conviene chiedere al paziente di indicare la sede: un dolore indicato da un dito in una zona ben precisa del torace è molto probabilmente di origine non cardiaca, una mano aperta o un pugno che indicano una zona più estesa sono molto meno tranquillizzanti. Le irradiazioni del dolore sono importanti: una estensione del dolore alle braccia o al collo sono suggestive di dolore ischemico, ma attenzione ai soggetti ansiosi che hanno letto tutte le encyclopedie mediche disponibili e indicano con precisione il dolore al petto e al braccio sinistro.

Mi è capitato di recente una donna di 77 anni che lamentava dolore alla colonna cervicale, di durata variabile. L'unico dato sospetto era che il dolore insorgeva durante gli sforzi. Negava invece dolore al petto o al torace. La cosa mi ha tratto in inganno per un pò finché una mattina si è presentata lamentando la comparsa di dolore anche a livello retrosternale, oltre che posteriormente alla colonna cervicale. La ricovero per accertamenti e, dopo 10 giorni, mentre sta per essere dimessa perché gli esami erano risultati praticamente negativi, fa un infarto miocardico acuto. Ora è in attesa di un triplice by-pass coronarico.

Ressa:

Rimarco anche un altro punto: non sottovalutare mai, specie negli anziani, un dolore epigastrico che potrebbe essere la spia di un infarto inferiore.

Rossi:

Conviene a questo punto esaminare quali possono essere le cause più frequenti di dolore toracico: oltre all'ischemia cardiaca (angina, infarto) ci sono l'ansia (detta anche nevrosi cardiaca o sindrome di Da Costa), il dolore muscolo-scheletrico (per esempio strappi muscolari, la costocondrite o sindrome di Tietze, il cosiddetto dolore intercostale) e l'esofagite da reflusso.

Si può dire che il dolore ricorrente di intensità lieve o moderata è più spesso dovuto a patologie muscoloscheletriche, ad un reflusso G-E o a stati ansiosi anche se la causa più importante è l'angina.

In questi casi alcuni usano come criterio ex-juvantibus la somministrazione di nitrato sublinguale: se il dolore scompare con il nitrato si pensa ad una angina; in realtà è stato visto che questo test non è così affidabile come si crede perché anche altri tipi di dolore toracico (per esempio quelli esofagei) sono sensibili alla nitroglicerina. E' buona norma comunque considerare l'ischemia cardiaca la causa del dolore che recede con la nitroglicerina, almeno fino alla esecuzione degli opportuni accertamenti in ambito cardiologico. Per essere considerato sensibile al nitrato il dolore deve scomparire entro 2-3 minuti, se il paziente riferisce un effetto dopo 10-15 minuti questo dovrebbe far propendere per un dolore non anginoso.

Stucchi:

Ricordo anche il dolore da spasmo esofageo diffuso, che può essere sensibile al nitrato e trarre in inganno facendo pensare ad una angina. Rossi

Nel caso invece di dolore intenso oppure prolungato le cause da escludere sono l'infarto, la rottura di un aneurisma aortico o una embolia polmonare.

Queste regole vanno interpretate con cautela perché ho visto casi di embolia polmonare con dolore lieve e soprattutto tachipnea e una rottura di un aneurisma aortico in cui il paziente lamentava solo un vago disturbo a livello retrosternale



e al giugulo.

Ressa:

E' possibile distinguere i vari tipi di dolore basandosi sulla clinica?

Rossi:

Ci sono alcuni criteri, anche questi però da interpretare con cautela.

Nell'angina da sforzo il dolore compare tipicamente dopo uno sforzo fisico ma anche dopo pasti abbondanti o in seguito alla esposizione al freddo.

Il dolore muscolo-scheletrico si accentua con la digitopressione e talora con la compressione costale mentre non è così per gli altri tipi di dolore. Nel "dolore intercostale" (dovuto all'interessamento delle radici nervose a livello della colonna cervico-dorsale per osteofiti o degenerazione dei dischi intervertebrali) la sede è di tipo radicolare, di solito a partenza posteriore, ricorrente, può durare ogni volta parecchie ore e si attenua con il riposo e gli analgesici, scatenato dalla fatica e da posture scorrette.

Il dolore retrosternale da reflusso gastro-esofageo peggiora con la posizione supina, talora con l'esercizio fisico e si associa a sensazione di acido in bocca (ma non sempre). Un breve ciclo con un inibitore di pompa può talora permettere di confermare l'origine G-E del dolore.

Nell'ansia il dolore può avere caratteristiche diverse: per esempio può durare secondi, ore o anche giorni, essere di tipo ricorrente, peggiorare con la posizione supina, con l'esercizio fisico e migliorare con il riposo (mimando un dolore cardiaco, anche se tende a comparire non durante lo sforzo ma distanza da esso) o essere esacerbato dalla digitopressione (come un dolore muscolo-scheletrico). Quando il paziente ti arriva in ambulatorio e ti dice che il suo dolore "viene" dal cuore, questo è un elemento che rende molto probabile la diagnosi di nevrosi cardiaca.

Ci sono poi dei soggetti normali che lamentano dolori fugaci, pungenti e capricciosi la cui causa è sconosciuta; si caratterizzano per essere di durata brevissima e non in relazione a sforzi o ad altri fattori scatenanti. Ressa: Come mai questa volta non ci parli dei tuoi "score diagnostici"?

Rossi:

Ti sembrerà impossibile ma ci sono anche per il dolore toracico...

Ressa:

Nooo!

Rossi:

Eccolo qui, proprio per te, su un bel piatto d'argento, così ti diverti [1].

Devi contare un punto per ognuna di queste caratteristiche: età > 60 anni, diaforesi, storia di angina o infarto, sesso maschile, dolore descritto come "pressione", dolore irradiato alle braccia, spalle, collo o mandibola. Il rischio di infarto è dello 0,6% se zero punti, del 3,4% per 1 punto, del 4,8% per 2 punti, del 12% per 3 punti e del 26% per 4 punti. Ressa: Capirai che grande aiuto!

Se uno ha tutte le caratteristiche che hai elencato ci arrivo anche senza fare tanti conti che la probabilità di infarto è elevata, ma se uno ha per esempio due punti (poniamo un uomo di 65 anni) e il dolore è atipico, c'è pur sempre una probabilità di 1 a 20. Allora, che faccio? A partire da quale percentuale si deve inviare il paziente in PS per accertamenti?

Rossi:

Questi score non ti possono risolvere tutti i problemi clinici, ti possono solo dare una mano, sono degli strumenti aggiuntivi (e bada bene ho detto aggiuntivi e non unici) che usi nella valutazione del paziente, insieme a tutto il resto. D'altra parte non possono fare altro che questo, darti una stima probabilistica sulla base della presenza o assenza di determinati sintomi e segni. Al resto devi pensarci tu, altrimenti sarebbe troppo facile... Così se sei di fronte ad una donna di 40 anni che lamenta dolore toracico senza le caratteristiche sopra descritte hai una probabilità quasi nulla che si tratti di dolore cardiaco, il che non vuol dire che non ci possa essere un'altra causa grave, come per esempio un'embolia polmonare o uno pneumotorace.

Ressa:

Ci sono esami da fare per escludere un infarto?

Rossi:

Sì, ma prima conviene considerare altre possibili cause di dolore toracico, seppure meno frequenti di quelle già nominate e che talora possono essere escluse con l'esame obiettivo. Mi riferisco per esempio alle pleuriti (dolore che si accentua con il respiro e la tosse ma non con la digitopressione, sfregamenti pleurici), all'herpes zoster (dolore a fascia, irradiato lungo il decorso di un nervo, tipiche vescicole), una mastite, una colica epatica (che talora si irradia posteriormente e alla scapola destra), l'ulcera peptica (dolore notturno che regredisce con l'assunzione di cibo o antiacidi). Vi sono poi cause che si vedono raramente ma che sono gravi come lo pneumotorace, l'aneurisma dissecante dell'arteria, l'embolia polmonare (attenzione alla comparsa di dolore toracico associato a tachipnea ed escreato ematico in pazienti allettati o sottoposti a interventi chirurgici ortopedici).

Ricordo infine il prolusso valvolare mitralico che può essere associato a brevi episodi di dolore in sede precordiale sinistra, oppure dietro lo sterno, alcuni pazienti lo mettono in relazione allo sforzo.

Ressa:

Bene, passiamo agli esami.

Rossi:

Quando si è in dubbio circa una possibile genesi cardiaca bisogna ospedalizzare subito il paziente: di solito l'ECG e il



dosaggio ripetuto degli enzimi cardiaci permettono di escludere un infarto. Se questi esami risultano negativi ma il sospetto di una genesi ischemica miocardica è forte si possono eseguire altri test come l'ECG da sforzo seguito eventualmente da altri accertamenti come l'ecostress o la scintigrafia miocardica da sforzo (vedi capitolo sulla cardiopatia ischemica).

La radiografia del torace serve soprattutto ad escludere processi infettivi polmonari e pneumotorace. Nel sospetto di una embolia polmonare il dosaggio del D-dimero e un ecodoppler venoso degli arti inferiori possono confermare una trombosi venosa profonda, ma per la diagnosi di EP è necessario eseguire esami di terzo livello come una TAC toracica o una scintigrafia perfusionale e ventilatoria. La TAC e l'ecocardiogramma sono utili per escludere un aneurisma aortico in fase di rottura. Altri esami come la gastroscopia e l'ecografia addominale sono di aiuto se si sospetta che il dolore toracico in realtà sia di origine gastro-esofagea o epatica. Naturalmente il timing di tutti questi accertamenti va valutato in relazione al paziente e al suo quadro clinico.

Ressa:

Rimarco l'importanza di non perdere tempo se i sintomi sono sospetti per infarto miocardico, il paziente va subito ricoverato. Ci sono dei medici che eseguono un ECG in ambulatorio: ricordo che se negativo non esclude l'infarto.

Rossi:

Nonostante tutto la maggior parte dei dolori toracici che vediamo in ambulatorio non è dovuta a patologie gravi e questo può portarci talora fuori strada: uno manda dieci pazienti con dolore toracico in PS e non viene fuori nulla, e l'undicesimo è proprio quello giusto, che magari prendi sottogamba.

BIBLIOGRAFIA

1. Am J Cardiol 1989;64:1087-92.