



REVISTA MÉDICA CLÍNICA LAS CONDES

<https://www.journals.elsevier.com/revista-medica-clinica-las-condes>

REVISIÓN

Síndrome de pinzamiento precordial: revisión de la literatura

Precordial catch syndrome: literature review

Eduardo Segovia Vergara^a✉

^a Escuela de Medicina, Facultad de Medicina y Ciencia, Universidad San Sebastián. Puerto Montt, Chile.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del Artículo:

Recibido: 28 10 2023

Aceptado: 16 01 2024

Key words:

Chest Pain; Precordial Catch Syndrome.

Palabras clave:

Dolor Torácico; Síndrome de Pinzamiento Precordial.

RESUMEN

Introducción: El dolor torácico es un motivo de consulta frecuente en la práctica clínica. Dentro de sus causas, el síndrome de pinzamiento precordial parece ser una de las principales, pero poco conocidas.

Métodos: Se realizó una revisión narrativa de literatura y se amplió la búsqueda mediante el método bola de nieve para encontrar artículos relevantes.

Resultados: Se encontraron 16 artículos, publicados únicamente en inglés. El síndrome de pinzamiento precordial se caracteriza por ser un cuadro de dolor torácico punzante de breve duración, que agrava con la respiración. No se necesita de exámenes complementarios para el diagnóstico y el tratamiento se centra en educar al paciente. Su etiología aún no está esclarecida.

Conclusión: El síndrome de pinzamiento precordial es un cuadro frecuente de dolor, especialmente en población joven. Futuros estudios pueden ser de ayuda para dilucidar la incidencia, etiología y factores de riesgo, además de darle relevancia a un cuadro que es poco conocido por la comunidad médica.

ABSTRACT

Introduction: Chest pain is a common reason for consultation in clinical practice. Precordial catch syndrome seems to be one of the primary but less known causes.

Methods: A narrative review was conducted and expanded using the snowball method to find relevant articles.

Results: 16 articles were found, only in English. Precordial catch syndrome is characterized by a brief stabbing pain, which worsens by breathing. No additional tests are required for diagnosis and the treatment focuses on patient education. Its etiology is not yet established.

Conclusion: Precordial catch syndrome is a common presentation of chest pain, especially in the young population. Future studies may be helpful in elucidating its incidence, etiology and risk factors, as well as raising awareness of a condition that is not well known in the medical community.

✉ Autor para correspondencia

Correo electrónico: edusegovia23@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2024.01.005>

e-ISSN: 2531-0186/ ISSN: 0716-8640/© 2024 Revista Médica Clínica Las Condes.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



INTRODUCCIÓN

El dolor torácico es un motivo frecuente de consulta, tanto en los servicios de urgencia como en la consulta médica¹⁻³. Si bien suele asociarse a patologías de la esfera cardiovascular y respiratoria, existen diversas causas de dolor torácico extratorácicas, o que no necesariamente implican compromiso de los órganos de esta cavidad⁴. Por lo tanto, será esencial una correcta anamnesis, examen físico y aproximación en el estudio, especialmente para cerciorarse de que el dolor no corresponda a algún cuadro de riesgo^{3,5}.

El síndrome de pinzamiento precordial, o *precordial catch syndrome* (PCS), es un cuadro de dolor torácico que parece ser muy frecuente^{6,7}, pero desconocido por la comunidad médica. Su presentación es habitual en personas jóvenes y sanas. Sin embargo, los pacientes pueden confundirlo con otros padecimientos de graves características, lo que deriva en consultas en los distintos niveles de atención⁸.

Desde su descripción en 1955 por Miller y Texidor, ha sido vagamente estudiado, existiendo un acotado número de publicaciones a la fecha. Además, no es posible encontrar literatura en español al respecto. Es por esto que el objetivo del presente artículo se centra en reunir la información existente del síndrome de pinzamiento precordial en áreas como epidemiología, manifestaciones clínicas, etiología y tratamiento, para que así pueda ser considerado dentro de la práctica clínica y sienta bases para un mejor estudio y comprensión.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión de la literatura entre septiembre y octubre de 2023. Para ello se llevó a cabo una búsqueda de artículos científicos en las bases de datos PubMed, Web of Science y Google Scholar, mediante el uso de las palabras clave "*precordial catch syndrome*", "*precordial catch*" y "*Texidor's twinge*" en español e inglés, sin restricción de años. Se incluyeron revisiones, artículos originales, series de casos, reportes de caso y cartas al editor.

Desde los artículos encontrados en esta búsqueda inicial, se empleó una segunda búsqueda de tipo bola de nieve, para así encontrar artículos similares y relevantes al caso. Finalmente, se consultó a expertos del área por literatura adicional para construir la base teórica del artículo.

Se obtuvo un total de 16 artículos, lo que abarca publicaciones desde 1955 hasta 2021. De ellos, 10 corresponden a series y reportes de casos, 4 corresponden a cartas al editor y 2 corresponden a artículos originales. Todos en idioma inglés.

GENERALIDADES

Este síndrome fue descrito en 1955 por Albert Miller y Teodoro Texidor como "*precordial catch*" después de observar que, en

un pequeño grupo de pacientes, jóvenes y sin comorbilidades, se presentaba un característico dolor en la zona precordial. Esto, además, con la motivación de que Albert Miller sería uno de esos pacientes⁹.

Un par de años después se les habría sugerido utilizar el nombre "*Texidor's twinge*", o punzada de Texidor, con el afán de que fuese más reconocido¹⁰. Por esta razón, se puede encontrar descrito igualmente de esta forma en algunos artículos. Los demás autores han preferido emplear el término *precordial catch*, o pinzamiento precordial, pues no sugiere etiología ni induce a confusiones por el uso de epónimos¹⁰⁻¹².

En un siguiente estudio en 1959, Miller y Texidor ampliarían la muestra inicial de pacientes, siendo esta la última vez que publicarían al respecto¹¹.

EPIDEMIOLOGÍA

Si bien existen pocas publicaciones sobre el síndrome de pinzamiento precordial, no se debe suponer que la incidencia es baja. La gran mayoría de autores mencionan lo común que es en la práctica clínica, en contraste con lo poco discutido que es dentro del diagnóstico diferencial de dolor torácico^{8-10,13-17}.

Se han realizado dos estudios en los cuales el síndrome de pinzamiento precordial destaca como una de las principales causas de dolor torácico. En el año 2012 se realizó un estudio en 203 pacientes con dolor torácico, de los cuales 36 fueron diagnosticados con síndrome de pinzamiento precordial, siendo esta la principal causa de dolor⁶. En el mismo año, otro estudio realizado en una unidad cardiológica pediátrica con 380 pacientes con dolor torácico atribuyó el síndrome de pinzamiento precordial como causa en 54 pacientes, siendo la segunda causa de dolor torácico, solo por detrás de la costocondritis⁷.

Por el momento, no existen datos ni estudios en grandes poblaciones. Se ha descrito en distintas zonas geográficas, incluyendo Europa, Norteamérica, Asia y Oceanía, donde si bien su incidencia aún es incierta, los autores hacen suponer que es una causa importante de dolor torácico en población joven^{6-9,11,15,18}.

FACTORES DE RIESGO

En un inicio se pensó que podría estar asociado a la contextura física⁹, específicamente aquellas personas de contextura media y delgada, pero prontamente fue descartado por los mismos autores¹¹. Actualmente, no existen datos que respalden una relación entre contextura y síndrome de pinzamiento precordial^{17,19}.

A su vez, se han estudiado posibles relaciones con el tabaquismo, deformidades musculoesqueléticas, artritis y trastornos anímicos,

sin establecer correlación con ninguno de esos factores. De la misma manera, la zona geográfica parece no influir en el desarrollo del síndrome de pinzamiento precordial^{8,11,14,15}.

ETIOLOGÍA

Se cree que el origen del dolor está en la pleura parietal, de alguna manera relacionada con la reflexión de la pleura en relación al corazón y la compresión e irritación de fibras nerviosas^{8,9,11} o, dado por alguna alteración de la pared torácica^{6,7,17}.

Se ha descartado que sea de origen cardiaco, pericárdico, imaginario o secundario a un trastorno conversivo^{8,17,18}. Su etiología aún permanece incierta.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El síndrome de pinzamiento precordial se caracteriza por ser un dolor punzante que inicia de manera súbita. Se localiza en la zona precordial, alrededor del 5° a 6° espacio intercostal izquierdo. No irradia y genera un tope inspiratorio, y en raras ocasiones, al inhalar o exhalar, causa una pequeña sensación de crujido en el pecho. La reacción inmediata de la persona es el cese de la respiración por la repentina aparición de este intenso dolor, y que además se agrava con la inspiración, llevando al paciente a congelarse hasta que cese el dolor. La intensidad puede variar entre episodios, pudiendo ser un dolor sordo y leve hasta un dolor agudo que ocasione grandes molestias.

Los episodios de dolor suelen durar de 30 segundos a 1 minuto, pero se han descrito casos de hasta 3 minutos⁸. Además, su frecuencia es variable, ocurriendo en reiteradas oportunidades un mismo día o distanciándose incluso por semanas y meses^{9,17}.

Muchas veces las personas suelen describir la sensación de que se enganchara algo por debajo de la piel. Es bien localizable, incluso pueden indicar con un dedo dónde lo sienten¹⁷. La respiración profunda agrava el dolor, mientras que las respiraciones cortas y superficiales lo atenúan^{8,9,18}. No se acompaña de otros síntomas ni se relaciona con el esfuerzo^{8,17}, aunque los pacientes en ocasiones asocian el inicio del dolor a estar en posturas "vagas".

Lo singular del cuadro es que en la anamnesis no se pesquisan factores de riesgo cardiovasculares, enfermedades o antecedentes relevantes. Más aún, en el examen físico no se aprecian manifestaciones de alguna enfermedad, sino más bien una persona sana^{8,9,13,20}. Los pacientes suelen ser jóvenes (menores de 30 años) sanos, sin comorbilidades y sin historia de consumo de cocaína u otras drogas^{8,17,19}. La anamnesis remota no revela hallazgos ni historia familiar que sugiera enfermedad cardiovascular o pulmonar¹⁹.

El síndrome de pinzamiento precordial puede resultar un factor de ansiedad y preocupación para el paciente y su familia¹⁵.

ESTUDIO Y DIAGNÓSTICO

No se requiere de estudios adicionales, pues el diagnóstico es clínico^{8,15}. Se debe tomar una buena historia, acompañado de un examen físico que descarte las principales causas de dolor torácico. En caso de algún hallazgo que nos haga sospechar en distintos diagnósticos diferenciales, conviene realizar los exámenes pertinentes⁸, aunque en un paciente con síndrome de pinzamiento precordial no habría alteraciones de laboratorio ni imagenológicas relacionadas^{8,17,19,20}.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial es de suma importancia, ya que se deben descartar patologías potencialmente graves como infarto agudo al miocardio, neumotórax y disección aórtica². Por lo mismo, es necesaria la habilidad del clínico de descartar primeramente estos cuadros que pueden resultar de gravedad. No será necesaria una investigación exhaustiva para diagnosticar el síndrome de pinzamiento precordial, pero puede resultar útil para el diagnóstico diferencial de otras patologías⁸.

Como se ha descrito en diferentes estudios, el examen físico y los exámenes complementarios no demuestran hallazgos de relevancia que nos orienten al diagnóstico de otra patología^{6,7,15,17}.

Es importante conocer las características del síndrome, pues el diagnóstico puede realizarse solo con una anamnesis minuciosa^{8,15}. La sensación de que "algo se engancha", el tope inspiratorio y la pronta recuperación son factores relevantes a considerar al momento de diferenciarlo de otras causas de dolor^{11,14}.

TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

No existe un tratamiento específico. En vista del buen pronóstico y que los episodios de dolor son autolimitados, se ha propuesto que el mejor tratamiento es calmar al paciente y su familia, explicándoles que se trata de un cuadro benigno y sin repercusiones^{13,18,20}. Además, se le pueden enseñar al paciente distintas maniobras para aliviar el dolor, como masajear la zona, recostarse, corregir la postura o respirar de manera superficial^{17,18}. Incluso, algunos autores recomiendan inhalar de forma profunda hasta que el dolor cese, acelerando la recuperación^{9,17}. El síndrome de pinzamiento precordial, de forma ocasional, puede interferir con la actividad normal, pero no requiere de medicación¹⁹. Se alivia inhalando lento y conteniendo la respiración por un instante¹⁷.

El solo hecho de nombrar lo que padece al paciente le provee confort y tranquilidad^{8,15}. Poder describir el síndrome al paciente con

palabras propias transmite seguridad y confianza⁸, especialmente al tratarse de un dolor en la región torácica.

No necesita de seguimiento⁸ ni se recomienda tratamiento farmacológico^{8,17,18,20}. El uso de antiinflamatorios no esteroideos y el bloqueo farmacológico de nervios intercostales no han demostrado resultados para prevenir y tratar el dolor^{16,17}.

Es importante recalcarle al paciente que, ante cualquier cambio en las características del dolor, o su asociación con otros síntomas, debe consultar rápidamente en un servicio de urgencias^{13,17}, puesto que tener un pinzamiento precordial no lo excluye de presentar otras causas de dolor torácico^{17,19}.

DISCUSIÓN

El síndrome de pinzamiento precordial es una entidad ignorada por la literatura. Existe un número muy reducido de artículos publicados, no solamente en los últimos años, sino desde su descripción en 1955. Esto tiene directa relación con lo poco conocido que es entre la comunidad médica y los escasos avances en investigación. El síndrome tiene características comunes con distintas patologías, muchas de ellas asociadas a alta morbimortalidad²¹. Por ejemplo, posee el inicio agudo de un síndrome coronario agudo, sin embargo, no es gatillado por actividad física, ni es opresivo, ni tiene larga duración. Más bien alivia rápidamente y se da en personas sin factores de riesgo. Posee también la característica de un dolor pleurítico, pero no se acompaña de fiebre ni tos. Algunos pudieran pensar en un neumotórax espontáneo, pero no produce disnea ni menos tendrá hallazgos radiográficos. Podría llegar a asemejarse a una costocondritis, pero los pacientes no presentan dolor a la palpación de la articulación costocondral^{4,6,8,17}. De la misma forma, puede diferenciarse de distintos cuadros clínicos como pericarditis, fracturas costales y ansiedad,

entre otros. Destaca la enfermedad por reflujo gastroesofágico, que suele ser la causa más frecuente en el diagnóstico diferencial del dolor torácico y afecta cada año a una mayor proporción de población joven²². Todas estas patologías son causas frecuentes de dolor torácico y representan hasta un 20% de las consultas a urgencias^{1,3,23}, pero pueden llegar a afectar a más de un 30% de la población²⁴.

Su fisiopatología se mantiene como una interrogante. A pesar de ser clasificado en diferentes textos como un trastorno musculoesquelético, aún se necesita de futuras investigaciones para dilucidar el verdadero mecanismo detrás de este. Estudios en poblaciones más grandes pueden ayudar a resolver interrogantes como su incidencia, factores de riesgo e incluso una posible relación genética. A la vez, puede resultar de ayuda para desarrollar criterios diagnósticos que aporten mayor certeza al clínico y al paciente.

CONCLUSIÓN

El síndrome de pinzamiento precordial es un cuadro de dolor torácico benigno, que suele darse en jóvenes sin comorbilidades. Es importante considerar distintos diagnósticos diferenciales que puedan ser de gravedad antes de su diagnóstico, aunque no requiere de ningún examen en particular. No tiene tratamiento farmacológico, más bien se recomienda manejar la ansiedad que produce con educación al paciente y ciertas recomendaciones.

Un mayor número de publicaciones e información sobre el síndrome de pinzamiento precordial pudiesen contribuir a que se establezca como un diagnóstico conocido dentro de la comunidad. Esto resulta de suma importancia para el personal clínico y para los pacientes, puesto que ahorra recursos hospitalarios y financieros, disminuye la ansiedad relacionada, da pie a nuevas investigaciones y a la producción de conocimiento científico.

Conflicto de interés

El autor declara no tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castro P, Corbalán R, Isa R, Gabrielli L, Pérez O, Chamorro G, et al. Unidad de dolor torácico: primera experiencia en Chile. [Chest pain unit: first experience in Chile]. *Rev Med Chil*. 2007;135(7):839-845. Spanish. doi: 10.4067/s0034-98872007000700003
2. Soto J. Dolor torácico. [Thoracic pain]. *Rev Med Clin Condes*. 2011;22(5):655-664. doi: 10.1016/s0716-8640(11)70478-3
3. Bañol J, Martínez L, Rodríguez M, Bahamonde E, Gutiérrez A, Jaramillo L, et al. Caracterización del dolor torácico en pacientes que consulta al servicio de urgencias de una institución de salud de alto nivel de complejidad en el período 2014-2015, Medellín, Colombia. [Characterization of chest pain in patients attending the emergency department of a high-complexity-level health-care institution, during 2014-2015, in Medellín, Colombia]. *Rev Soc Esp Dolor*. 2017;24(6):288-293. doi: 10.20986/resed.2017.3571/2017
4. Defilippi C. Dolor torácico no cardiogénico. [Non-cardiac chest pain]. *Rev Med Clin Condes*. 2015;26(5):579-585. doi: 10.1016/j.rmcl.2015.08.001
5. Giraldo M Á, Ucros E, Varón F, Mugnier J. Dolor torácico: Más allá de un síndrome coronario. *Rev Med Risaralda*. 2015;21(1):68-72. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_

- arttext&pid=S0122-06672015000100012
6. Cohn HE, Arnold LW. Chest pain in young patients in an office setting: cardiac diagnoses, outcomes, and test burden. *Clin Pediatr (Phila)*. 2012;51(9):877-883. doi: 10.1177/0009922812451650
 7. Sert A, Aypar E, Odabas D, Gokcen C. Clinical characteristics and causes of chest pain in 380 children referred to a paediatric cardiology unit. *Cardiol Young*. 2013;23(3):361-367. doi: 10.1017/S1047951112000881
 8. Gumbiner CH. Precordial catch syndrome. *South Med J*. 2003;96(1):38-41. doi: 10.1097/00007611-200301000-00011
 9. Miller AJ, Texidor TA. Precordial catch, a neglected syndrome of precordial pain. *J Am Med Assoc*. 1955 Dec 3;159(14):1364-5. doi: 10.1001/jama.1955.02960310028012^a
 10. Asher R. Precordial catch (texidor's twinge). *Lancet*. 1959;274(7105):735. doi: 10.1016/s0140-6736(59)92166-x
 11. Miller A, Texidor T. The "precordial catch," a syndrome of anterior chest pain. *Ann Intern Med*. 1959;51(3):461. doi: 10.7326/0003-4819-51-3-461
 12. Oski F. Precordial catch. *Lancet*. 1959;274(7104):677. doi: 10.1016/s0140-6736(59)91452-7
 13. Pickering D. Precordial catch syndrome. *Arch Dis Child*. 1981;56(5):401-403. doi: 10.1136/adc.56.5.401
 14. Rogers WB. Diagnosing precordial catch. *Pediatr Ann*. 1987;16(7):592. doi: 10.3928/0090-4481-19870701-13
 15. Reynolds JL. Precordial catch syndrome in children. *South Med J*. 1989 Oct;82(10):1228-30. doi: 10.1097/00007611-198910000-00007
 16. Jang MS, Kang JM. Experience of atypical chest pain that can be overlooked and neglected in youths. *J Anesth*. 2014;28(2):318-319. doi: 10.1007/s00540-013-1693-6
 17. Kumar N, Pasi R, Chacham S, Verma PK. Texidor's twinge a rare cause of benign paroxysmal chest pain. *Hear Vessel Transpl*. 2020; 4; doi: 10.24969/hvt.2020.232
 18. Vael A, Condrey T, Miller G. Precordial catch syndrome: An adolescent case study. *J Int J Nurs & Health Car Sci*. 2021;01(09):2021-50.
 19. Hayes DJr, Younger BR, Mansour HM, Strawbridge H. Precordial Catch Syndrome in Elite Swimmers With Asthma. *Pediatr Emerg Care*. 2016;32(2):104-106. doi: 10.1097/PEC.0000000000000715
 20. Feinstein RA, Daniel WA Jr. Chronic chest pain in children and adolescents. *Pediatr Ann*. 1986;15(10):685-6, 691-4. doi: 10.3928/0090-4481-19861001-07
 21. Navea O, Tapia V, Miguel A, Maluenda F. Estratificación de riesgo del dolor torácico en el servicio de urgencia. *ARS Medica*. 2023;48(3):48-61. doi: 10.11565/arsmed.v48i3.1921
 22. Gómez-Escudero O, Coss-Adame E, Amieva-Balmori M, Carmona-Sánchez RI, Remes-Troche JM, Abreu Y Abreu AT, et al. The Mexican consensus on non-cardiac chest pain. *Rev Gastroenterol Mex (Engl Ed)*. 2019;84(3):372-397. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rgmx.2019.05.002
 23. Albacete Armenteros G, Barrios Recio A, Leal Hernández M, Abellán Alemán J. Valoración del dolor torácico en pacientes que acuden de forma urgente a atención primaria [Assessment of chest pain in patients who go to primary care urgently]. *Aten Primaria*. 2021;53(9):102145. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2021.102145
 24. Dawson P, Allison DJ. New radiological manifestation of Texidor's twinge. *Lancet*. 1987;1(8539):978-979. doi: 10.1016/s0140-6736(87)90324-2