

Tema de actualidad

Recomendaciones sobre la clasificación de la angina de pecho propuesta por la Sociedad y Federación Internacional de Cardiología con la Organización Mundial de la Salud

PEDRO COSSIO
PEDRO RAMON COSSIO
PATRICIO MIGUEL COSSIO

El término clasificar deriva de las palabras *faceres classis*, del bajo latín de los escritos de la Edad Media, y significaba hacer clases.¹

Clasificación es la acción y el efecto de clasificar, o sea: separar y ordenar en grupos primarios por presencia de "similitudes" o "disimilitudes fundamentales", existentes en el total de la muestra utilizada, y por ello poseer la o las mayores significaciones. Luego se prosiguen constituyendo subgrupos secundarios, terciarios y así sucesivamente (si hubiere o hubieren otros determinantes diferenciales), pero sólo abarcando partes de la misma muestra y por tener inferior o inferiores significados.

Se trata de un método analítico, sintético y comparativo, de suma utilidad para formar criterio y, por medio de su aplicación, arribar a un orden de conocimientos, aunque no siempre en la práctica resulte perfecto (por más natural y racional que pareciera ser), al poder haber especímenes que no encuadran en algún casillero y otros en dos o más, distorsionando poco o mucho los resultados, pero sin llegar a falsearlos totalmente.²

Al ser el saldo por lo general altamente favorable, se lo utiliza a diario para establecer un orden del conocimiento, tanto más en cuanto mayor es el número de facetas que tiene el problema que se enfrenta; como habitualmente acontece en los de naturaleza biológica y por ende en los de medicina, por estar en juego las múltiples modificaciones que el vivir implica en el curso del tiempo, máxime si interfiere una enfermedad, como es la angina de pecho y sus variedades.

ANGINA DE PECHO

Proviene de las palabras *angor pectoris*, del latín, que significa estrangulación del pecho.³

Fue perfectamente individualizada clínicamente, incluso haciendo mención de su pronóstico, en el año 1768, por Heberden.⁴

Hoy en día, la cardiopatía isquémica con angina de pecho resulta el mayor problema de salud pública que aflige a la humanidad en la edad adulta, por ser la causa más frecuente de incapacidad física y de mortalidad prematura. En la Argentina produce el 40% del total de inválidos, y 300 fallecimientos anuales por cada 100.000 habitantes.⁵

Por causa de la naturaleza subjetiva de la angina de pecho, solamente es reconocida por el interrogatorio. A pesar de esta condición

y sus limitaciones, es de capital importancia por las siguientes condiciones:

a) Habitualmente es la manifestación clínica inicial, aunque no sea precoz, de la enfermedad cardíaca coronaria isquémica, prácticamente siempre debida a arteri coronariopatía obstructiva aterosclerosa.

b) Indefectiblemente implica un episodio o acceso de isquemia miocárdica aguda regional, con o sin subsecuente infarto agudo de miocardio, según la duración de dicha isquemia, ya sea menor de 15 o mayor de 30 minutos, respectivamente.⁶

c) En las modalidades típicas, por lo general es correcta y fidedignamente diagnosticada sólo con el interrogatorio, pero siempre es mejor el aval por el electrocardiograma intraacceso, el dosaje de enzimas cardíacas y el centellograma cardíaco, aunque sólo surjan inferencias. También la cinecoronariografía y ventriculografía izquierda, para una mayor seguridad pronóstica, e incluso para determinar la futura terapia a prescribir.

d) En las modalidades atípicas, en cambio, el auxilio de todos estos métodos instrumentales de exploración semiológica resulta mandatario, aun para el diagnóstico.

Las comprobaciones efectuadas sobre el síntoma subjetivo angina de pecho, en algo más de 20.000 pacientes de la práctica personal, diagnosticado por el interrogatorio, realizado separadamente, al menos por dos de nosotros, después cotejados y completado el uno con el otro, muchos con electrocardiograma intraacceso anginoso y aun con cinecoronariografía con ventriculografía izquierda óptimas, y bastante menos con enzimas cardíacas y centellograma cardíaco, han sido las siguientes: el paciente, a menudo, en el afán de objetivizar y ser más demostrativo en el relato, ya en el mismo momento de iniciarlo, apoya la palma de una mano abierta en extensión o crispada en garra, sobre el lugar en donde había sentido o estaba sintiendo la sensación anormal desde nada más que una molestia desagradable hasta un dolor intolerable, generalmente opresivo o constrictivo, con o sin angustia y temor de muerte si se intensificara o prolongara, pudiendo o no estar acompañado con las reacciones propias de

tales trances: traspiración fría, vómitos, debilidad general, desfallecimiento y mismo síncope, conformando un verdadero acceso, denominado por el vulgo "ataque".⁷

Las más de las veces, era desencadenado por una actividad física, generalmente durante y excepcionalmente después de un esfuerzo, ya sea un esfuerzo desusado, como caminar de prisa o correr, subir escaleras largas o empinadas, empujar, etc., o usuales y hasta fisiológicos: selectivamente caminar sin apuro en la calle y no en la casa u oficina, por los recorridos más largos y más cortos respectivamente, más fácilmente si era: después de comer, contra viento, barranca arriba, ambiente frío, apremio, portando pesos y hasta conversando; mitigándose, hasta extinguirse o no en pocos minutos, al aminorar la velocidad de la marcha, y más pronto si se detenían o con los nitratos sublinguales.

Una circunstancia muy particular era salir a la calle de la casa a la mañana o de una reunión a la tarde o noche, con un acceso de angina a la primera marcha, para no repetirse más en el resto de la jornada a pesar de caminar libremente.

También se han producido accesos de angina de pecho durante los estados emocionales, hasta de grados mínimos, por ejemplo el propio examen médico, más fácilmente si media el esfuerzo físico, como ser estacionar el automóvil y no provocarlo el manejo, igualmente el coito, atenuándose y hasta extinguiéndose con la tranquilidad y la quietud, y más pronto o no con los nitratos sublinguales.

Otras veces, el o los accesos de angina de pecho no obedecían a causa alguna aparente (incluso esfuerzo o emoción), o sea, eran espontáneos, aun en pleno reposo, en el lecho mismo o durmiendo, despertando con el recuerdo de haber tenido un ensueño terrorífico; efecto y no causa, pues antes de enfermarse jamás los había experimentado, como también aliviándose y hasta extinguiéndose o no por incorporarse, y más pronto o no con los nitratos sublinguales.

La localización más frecuente era retroesternal, y podía o no propagarse al resto del pecho, hombros, brazos, cuello, maxilar inferior, espalda y epigastrio, o muy excepcionalmente a

la nuca y la frente, o si no en una o más de tales regiones a las otras.

La duración de los episodios ha sido de escasos minutos hasta horas, ya sea por el curso natural o la efectividad o ineffectividad de los nitratos sublinguales o los opiáceos.

La evolución ha variado, desde un acceso único reciente, actual o de pocas semanas o alejado de años, o si no recurrente muy de tanto en tanto o iterativos, uno casi a continuación del otro, a manera de un "mal anginoso", también recientes o de breve data, como de años atrás o de larga data, siempre con las características de circunstancias de aparición, localizaciones, intensidades, duraciones y respuestas a los nitratos, o sea estable, o de lo contrario cada vez peor o cada vez mejor, vale decir, progresivo y regresivo respectivamente.

CLASIFICACIONES

Ante tantas eventualidades del síntoma angina de pecho, conformando variedades con diferentes implicancias diagnósticas, pronósticas y hasta de terapéutica y para facilitar la aplicación de los correspondientes conocimientos en la práctica médica diaria, se han propuesto diversas clasificaciones de angina de pecho, sucediéndose varias en el curso del tiempo, en relación con los avances efectuados.

Desde que Jenner⁸ comprobó en el examen necrópsico la alteración obstructiva y hasta calcificada de las arterias coronarias, en personas que durante la vida habían padecido angina de pecho, en los años subsiguientes se adoptó como factor determinante diferencial de ordenamiento el estado anatómico de dichos vasos, con la siguiente constitución de dos grupos primarios:⁹

a) Angina verdadera, sin o con el agregado de enfermedad coronaria, por tener características iguales o similares con la descripción original, incluso la predisposición a la muerte prematura, imputándose como causa a la enfermedad coronaria obstructiva orgánica.

b) Otro llamado "falsa o pseudoangina", al tener solamente algunas características de la descripción original, y tampoco la misma predisposición a la muerte prematura, supuestamente con coronarias sin enfermedad obstructiva orgánica,

e imputada (también supuestamente) a varias otras causas, particularmente neurálgicas, o a un espasmo coronario.

Recién en el año 1899 Huchard¹⁰ cuestionó esta clasificación, por ser el o los efectos diferenciales determinantes solamente "un supuesto", dado que durante esos tiempos no se podía reconocer en vida el estado anatómico del árbol arterial coronario, sustituyéndola por la siguiente (basada en las circunstancias de aparición del o de los accesos de angina), con dos grupos primarios:

a) Uno correspondía a la angina que denomina de esfuerzo, por producirla la actividad muscular, particularmente caminar en la calle y en determinadas condiciones favorecedoras ya consignadas, habiendo sido ulteriormente designada inducida,¹¹ al ser también producida por emoción.

b) El otro grupo correspondía a la angina que denomina espontánea por la ausencia, al menos aparente, de alguna causa determinante del o de los accesos, diferenciándose la de reposo¹² y de decúbito,¹³ según las situaciones reinantes.

A principios del presente siglo, primero Obratzow con Estraschesko,¹⁴ en el año 1910, y luego independientemente Herrick,¹⁵ realizaron el diagnóstico en vida del infarto agudo del miocardio, quedando de hecho establecidos dos grupos primarios fundamentales del síntoma angina de pecho: a) sin infarto y b) con infarto agudo del miocardio,^{16,17} llamados respectivamente: angina de pecho e infarto agudo.

No ha acontecido lo mismo con los subgrupos de la angina sin infarto agudo, o sintéticamente angina de pecho, por la utilización de diversos y diferentes diferenciales para los ordenamientos; el criterio más empleado, más en América^{18,19} que en Europa,^{20,21} era el del genio evolutivo, con los dos siguientes subgrupos:

Uno denominado "estable", porque en el curso del tiempo (aun años) el o los accesos tienen las mismas características de circunstancias de aparición, generalmente sólo inducidos, iguales duraciones como efectividad y consumo diario de los nitratos sublinguales, por lo cual se la ha llamado "angina crónica".²²

Otro llamado "inestable", por empeorarse

una angina previa estable, por lo cual también se la designó "progresiva",²³ requiriendo menos esfuerzo y emociones para la producción de los accesos, pudiendo o no agregarse espontáneos, y menor efectividad de los nitratos sublinguales (con incremento de su consumo diario), y además de "reciente iniciación", o sea de breve data, no más de cuatro semanas, acceso o accesos recurrentes inducidos y/o espontáneos, con nitratos sublinguales efectivos o inefectivos, hasta iterativos, denominados especialmente entre nosotros "síndrome intermedio".²⁴

En el año 1962, Mason Sones y colaboradores²⁵ realizaron otra adquisición fundamental para la clínica del síntoma angina de pecho: la visualización en vida de la anatomía del árbol arterial coronario, así como de la geometría y cinética del ventrículo izquierdo, por medio de la cinecoronariografía y ventriculografía. A través de ella establecieron mortalidades crecientes en el caso de lesiones estenóticas críticas de: un vaso, dos vasos, tres vasos, tronco de coronaria izquierda o equivalentes, y más elevada aún si a la anterior se agrega poco desarrollo de circulación colateral y/o alteraciones a la cinética del ventrículo izquierdo, máxime si ya ha llegado a la falla de bomba, o sea insuficiencia cardíaca.

En la Argentina, particularmente en este último decenio, se han formulado varias clasificaciones de la angina de pecho, al igual que en otras partes del mundo, cada vez más naturales y más completas y complejas, a medida que avanzaban las adquisiciones, siendo las últimas las siguientes, enumeradas en estricto orden cronológico:

Battle y Bertolasi,²⁶ en el año 1974, formulan la siguiente clasificación clínico-patológica, con tres grupos primarios: a) angina de pecho, b) isquemia aguda persistente y c) infarto agudo de miocardio; con los siguientes cinco subgrupos en la primera: angina estable, angina reciente, angina variable, angina inestable y angina postinfarto agudo, como también varios subgrupos terciarios y aun cuaternarios.

Cossio,²⁷ en el año 1977, formuló la siguiente clasificación, también clínico-patológica, con dos grupos principales, en base al tiempo de duración del o de los accesos de angina, de menos de 15 minutos, o sea breves, generalmente sin

infarto agudo, o de más de 30 minutos, o sea prolongados, generalmente con infarto agudo.²⁸

El primer grupo es motivo de la presente consideración, con los siguientes cuatro subgrupos: la angina inducida o de esfuerzo, en contraposición con la angina espontánea por el determinante diferencial "circunstancias de aparición", y la angina estable, también en contraposición con la inestable, debidas a los "genios evolutivos", con varios otros subgrupos terciarios.

Pujadas y colaboradores,²⁹ también en el año 1977, formulan una clasificación pero sólo clínica, en base a las características del o de los accesos, diferenciando tres grupos: a) angina crónica, b) angina subaguda y c) angina aguda, con una serie de subgrupos secundarios, terciarios y aun cuaternarios.

De la Fuente y colaboradores,³⁰ en el año 1980, diferencian por características autónomas seis grupos primarios: a) angina estable, b) angina reciente, c) angina variante, d) angina inestable, e) isquemia prolongada y f) infarto agudo, con un sinnúmero de subgrupos secundarios, terciarios, cuaternarios y hasta quinquenarios.

Favaloro y colaboradores,³¹ también en el mismo año 1980, diferencian por características propias los siguientes seis grupos primarios en la angina de pecho: estable, reciente, síndrome intermedio, variante, isquemia prolongada e infarto agudo.

Finalmente, el grupo de Cardiología del Hospital Italiano de Buenos Aires,³² en el año 1981, por diversos determinantes diferenciales, reconoce los siguientes grupos de angina de pecho: sin o con infarto previo, variante, estable e inestable, y ocho subgrupos: crónica, lenta o rápidamente progresiva, espontánea iterativa o síndrome intermedio de reciente comienzo con episodio único o múltiple y postinfarto.

Tantas clasificaciones, formuladas por tantos determinantes diferenciales utilizados y tantas variedades resultantes de angina de pecho, en lugar de simplificar los problemas de diagnóstico, pronóstico y de terapia, los han complicado a tal extremo que resulta una "Torre de Babel", por hablar en distintos idiomas al cali-

ficar con términos diferentes un mismo hecho y viceversa.

Una situación demostrativa de esta confusión se ha exteriorizado en una reunión científica en el Hospital Italiano de Buenos Aires, con el Dr. Harrison, de la Universidad de Stanford, de los Estados Unidos. Uno de los médicos asistentes le preguntó, en perfecto inglés, qué terapia, quirúrgica o clínica, había utilizado para la angina postinfarto agudo. Como no comprendía, pidió una explicación sobre el significado de dicho término pues no se utilizaba en su país y lo desconocía.

Para terminar con esta situación casi caótica, por el sinnúmero de variedades de angina de pecho y redundancias u omisiones en las correspondientes nomenclaturas, y para que todos hablen con un mismo lenguaje y se llegue al entendimiento que permita el progreso, las entidades encargadas y facultadas para lograr dicho fin —la Sociedad Internacional de Cardiología y la Federación Internacional de Cardiología, conjuntamente con la Organización Mundial de la Salud, de las Naciones Unidas— han emitido la siguiente clasificación y nomenclatura de la enfermedad isquémica, estableciendo cinco capítulos o partes: I) paro cardíaco primario; II) angina de pecho; III) infarto de miocardio; IV) insuficiencia cardíaca en la cardiopatía isquémica; V) disritmias cardíacas en la cardiopatía isquémica.

En lo que respecta a la clasificación II, o grupo primario, la angina de pecho sin infarto agudo, o sea, sintéticamente, angina de pecho (motivo de la presente consideración), realizan dos subgrupos secundarios: a) a uno lo denominan “angina de esfuerzo”, aunque hubiera sido más apropiado “angina inducida”, al poder ser desencadenada no sólo por el esfuerzo muscular, sino también por la emoción.

Le asignan las siguientes características: episodios dolorosos en el pecho por ejercicios u otras situaciones que demanden una mayor necesidad de oxígeno del miocardio, por lo general desapareciendo rápidamente con el reposo o la tranquilidad, como con los nitratos sublinguales.

En esta angina inducida o de esfuerzo, diferencian tres subgrupos terciarios: uno, la angina

inducida o de esfuerzo de reciente data o nova, con tiempo de iniciación menor de un mes; otro, la angina inducida o de esfuerzo estable, al tener los accesos las mismas características de circunstancias de aparición, duraciones, intensidades y acción de los nitratos, por lo menos durante un mes. El otro restante, la angina inducida creciente o de esfuerzo creciente, por requerir cada vez menos esfuerzos y emociones para que sobrevengan los accesos, más prolongados, más intensos y menos efectivos los nitratos sublinguales, con mayor consumo diario. b) Al otro subgrupo secundario, en contraposición con el anterior, lo denominan espontáneo, por no tener los accesos causas directas aparentes, ser más largos y más intensos, nitratos sublinguales menos efectivos o inefectivos, enzimas cardíacas normales, electrocardiograma basal a menudo con S-T deprimido o sobreelevado y aun con T negativas.

Ambas entidades terminan su proposición con la siguiente manifestación: la angina inducida o de esfuerzo nova, o sea de reciente comienzo o breve data, como la angina inducida o de esfuerzo progresiva, o sea creciente, y la angina espontánea, frecuentemente son referidas como angina inestable, pero el Comité Conjunto prefiere utilizar los nombres específicos.

Indudablemente esta última clasificación es bien racional y natural, por utilizar como determinante diferencial fundamental las circunstancias de aparición de los accesos existentes. En toda la muestra, o sea en los 20.000 pacientes de la práctica personal con angina de pecho, según el interrogatorio doble por separado que se realizó se conformaron dos grupos: a) la “angina inducida o de esfuerzo” y b) la “angina espontánea”, con significaciones diagnósticas diferentes: más fácil y cierta la primera, más difícil e incierta la segunda; y también respecto del pronóstico: mejor y hasta años de sobrevida para la angina estable, incierto para la angina nova o de reciente comienzo, y peor para la angina creciente o la angina espontánea; y también terapéuticamente: mucho más frecuente la indicación quirúrgica en la angina es-

pontánea o de esfuerzo creciente que en la inducida o de esfuerzo estable.

Esta clasificación es de fácil aplicación por su simplicidad, sin por ello dejar de abarcar todo el espectro del síntoma angina de pecho; vale decir, es suficientemente completa, aunque no hace mención de la angina de pecho decreciente y su correspondiente significado.

Su utilización por todo el mundo, aun a costa de la pérdida de paternidad, terminaría con la confusión reinante actualmente, con el consiguiente beneficio, no sólo para la práctica médica diaria, sino también para la investigación, así como para la epidemiología de la enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

1. Enciclopedia y Diccionario Salvat, t III, p 784. Salvat Editores, Barcelona, 1972.
2. Dechambre A: Dictionnaire Encyclopedique des Ciencias Medicales, t 59, p 511. Librairie de la Facultad de Medicine et de l'Academie de Medicine, París, 1873.
3. Cardenal L: Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas (5ª ed), p 76. Salvat Editores, Barcelona, 1974.
4. Heberden W: Some account of a disorder of the breast. In Crumer L: An introduction to the study of physic, p 151. Paul H Hoeber, New York, 1929.
5. Cossio P: La mortalidad por enfermedades del corazón en el país. Bol Sanit del Dep Nacional de Higiene 1: 436, 1974.
6. Jennings RB, Ganote CE: Structural changes in myocardium during acischemia. Cir Res 34-35 (Suppl III): III-156, 1974.
7. Cossio P et al: Medicina Interna (5ª ed), p 79. Edit Medicina, Buenos Aires, 1979.
8. Jenner E (cit por Padilla T, Cossio P): Oclusión coronaria brusca y lenta, p 22. Ed La Semana Médica, Buenos Aires, 1930.
9. Gallavardin L: Précis des maladies du coeur et de l'aorte, p 614. Octave Doin, París, 1908.
10. Huchard H: Traité clinique des maladies du coeur et de l'aorte, t 2, p 5. Octave Doin, París, 1899.
11. Cossio P et al: Semiología médica fisiopatológica (4ª ed), p 40. Ed Medicina, Buenos Aires, 1976.
12. Lian C: Enfermedades del corazón y aparato circulatorio en el tratado de patología médica y terapéutica aplicada, t 4, p 516. Edit Pubol, Barcelona, 1924.
13. Vázquez H: Maladies du coeur et nouveau traité de medicine, t 23, p 403. Ed Balliere et Fils, París, 1928.
14. Obratzow WP, Straschesko W: Keentnis der thrombose der joronarterien des herzens. Stschr f Klin Med 71: 116, 1910.
15. Herrick JW: Clinical features of sudden obstruction in the coronary arteries. Jour De Aso 49: 2015, 1912.
16. Martínez GN: La angina de pecho, p 23. Ed H Andretta, Buenos Aires, 1933.
17. Hauss W: Angina Pectoris, p 113. Ed La Médica, Córdoba, 1954.
18. Hurst WH, Logue BR: The heart, arteries and veins, p 1144. Tosho Printing Co Lt, Tokio, 1970.
19. Sokolow M, Macilroy MB: Cardiología clínica, p 201. Ed El Manual Moderno, México, 1979.
20. Froment R: Précis de clinique cardio-vasculaire, p 619. Ed Masson et Cie, París, 1962.
21. Wood P: Diseases of the heart and circulation, p 808. Spottiswoode Publishers Ltd, Londres, 1968.
22. Proger S, Naimi S: Enfermedad coronaria aguda y crónica. In Progresos en las enfermedades cardiovasculares, vol 4, p 222. Ed Científico Médica, Barcelona, 1965.
23. Battle FF, Bertolasi CA: Cardiopatía isquémica, p 18. Ed Intermédica, Buenos Aires, 1980.
24. Soldati L et al: Enfermedades cardiovasculares, t I, p 866. Ed El Ateneo, Buenos Aires, 1970.
25. Sones FM et al: Cinecoronarioarteriografía. Modern Conc of Cardiovasc Dis 31: 735, 1962.
26. Battle FF, Bertolasi CA: Cardiopatía isquémica, p 16. Ed Intermédica, Buenos Aires, 1974.
27. Cossio P: Las anginas de pecho. Rev Arg Cardiol 45: 353, 1977.
28. Jennings RB, Ganote CE, Reimer KA: Ischemic tissue injury. Am Jour Path 21: 179, 1975.
29. Pujadas G et al: Clasificación de la cardiopatía isquémica en la arteriografía coronaria, p 435. Ed Hospital Italiano de Buenos Aires, 1977.
30. De la Fuente L et al: Arteriografía coronaria, su valor clínico e indicaciones. In Técnicas en cirugía cardíaca, p 35. Edit Intermédica, Buenos Aires, 1980.
31. Favalaro R et al: Indicaciones de la cirugía coronaria. In Técnicas en cirugía cardíaca, p 371. Ed Intermédica, Buenos Aires, 1980.
32. Bazzino O et al: Cardiología clínica del adulto, p 298. Ed Intermédica, Buenos Aires, 1980.
33. Sociedad y Federación Internacional de Cardiología, conjuntamente con la Organización Mundial de la Salud: Nomenclature and criteria for diagnosis of ischemic heart disease. Circulation 59: 607, 1979.