

DOLOR TORÁCICO

El dolor torácico supone el 0,34% de los motivos de consulta en nuestro Servicio de Urgencias de Pediatría. En los niños menores de 14 años suele ser un síntoma benigno y autolimitado, aunque en ocasiones puede presentarse de forma recurrente y con intensidad severa, interfiriendo en la actividad cotidiana del paciente. Genera angustia tanto en el paciente como en la familia, que puede interpretar el síntoma como resultado de un ataque cardíaco. Este síntoma es referido con mayor frecuencia por los niños mayores (>10 años).

Etiología

En la gran mayoría de los niños que consultan por dolor torácico no se consigue encontrar una causa que justifique el dolor, interpretándose el origen de inespecífico, musculoesquelético, psicógeno, etc. Los niños con síntomas asociados (fiebre, dificultad respiratoria) tienen mayor probabilidad de recibir un diagnóstico diferente a dolor torácico inespecífico, fundamentalmente de causa respiratoria, sobre todo neumonía y asma.

El dolor torácico de origen cardíaco supuso menos del 1% de los niños menores de 14 años que consultaron en nuestro Servicio de Urgencias de Pediatría a lo largo de un año.

Diagnóstico

- Evaluación inicial que descarte signos clínicos de enfermedad grave (cianosis, dificultad respiratoria, palidez y sudoración, hipoventilación importante, disminución de ruidos cardíacos, arritmias, etc.)
- Registro de constantes (frecuencia cardíaca y respiratoria, tensión arterial, temperatura y saturación de oxígeno).
- Anamnesis y exploración detalladas:
 - Antecedentes del cuadro, como la existencia de alguna enfermedad de base como asma, reflujo gastroesofágico o cardiopatía, si ha habido un traumatismo o ejercicio brusco previos, problemas anímicos o psicológicos, etc.
 - Características del dolor y circunstancias que lo disminuyen o exacerban (alimentación, respiración, tos, etc.).
 - La exploración física del tórax y abdomen debe ser completa y minuciosa, inspeccionando, palpando y percutiendo la pared torácica (dolor a la palpación, inflamación o contractura muscular, lesiones traumáticas, crepitación subcutánea, etc.) y auscultando la presencia de ruidos pulmonares o cardíacos patológicos, hipoventilación, arritmias, tonos cardíacos apagados, etc.
- Las pruebas de laboratorio no son tan útiles para establecer el diagnóstico como lo son la historia y la exploración física. Su mayor ren-

dimiento se obtiene cuando la clínica orienta hacia organicidad. Las exploraciones complementarias que más información aportan al estudio del dolor torácico son la **Rx de tórax** y el **ECG**. Estos estudios se practicarán cuando se sospeche organicidad o exista gran angustia en la familia o el paciente, para reforzar la benignidad del proceso.

Es más probable que exista enfermedad orgánica cuando existen otros signos y/o síntomas asociados al dolor torácico. El cuadro psicógeno puede coexistir con los diferentes cuadros orgánicos, potenciando el dolor.

Historia: claves diagnósticas.

Aspectos del dolor	Datos	Etiología probable
Localización	Superficial, localizado, Difuso, subesternal, epigástrico	Parrilla costal Viscera torácica, diafragma y víscera abdominal
Exacerbación/alivio Pregunta más útil para descubrir etiología	Objetivo, datos fiables > dolor subesternal con esfuerzo, tumbado < dolor epigástrico con antiácidos, cambio dieta > con la respiración, tos, movimiento, estornudo > con el estrés (emocional) < con relax	Reflujo, esofagitis Úlcera Pleuritis, parrilla costal Hiperventilación, psicógeno
Aspectos de la situación	No dolor por la noche El dolor empeora o aparece por la noche	Psicógeno Orgánico
Calidad y cantidad	Punzante o hiriente Quemante, «de roer», o profundo Origina disfunción	En parrilla costal de forma localizada o irritación pleural Visceral (torácica o abdominal) Es significativo, sea orgánico o psicógeno Investigar rentas secundarias
Hechos asociados	Quejas multisomáticas Etiologías múltiples Signos sistémicos (fiebre, pérdida peso, síncope, etc.)	Psicógeno La hiperventilación debe ser una de ellas Requiere búsqueda de causas orgánicas

Tratamiento

Una vez orientado el cuadro con la historia clínica, exploración física y, ocasionalmente, la práctica de Rx de tórax y ECG, desde el punto de vista práctico existen cuatro grupos con manejo diferente:

Idiopático

No existe tratamiento alguno y los esfuerzos deben ir dirigidos a reforzar el carácter benigno del proceso ante el paciente y su familia. Estos cuadros suelen generar múltiples consultas.

Psicógeno

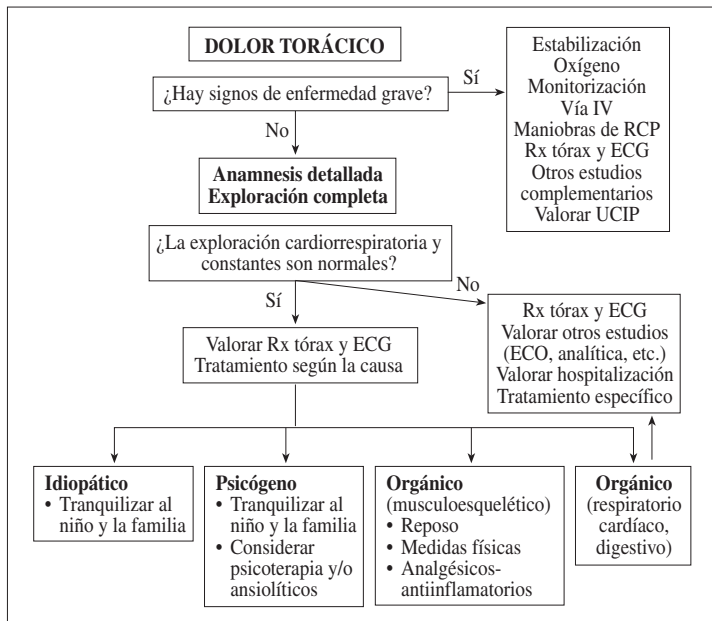
1. Tranquilizar al paciente.
2. Apoyo psicológico cuando este tipo de cuadros sean repetidos.
3. Cuando se acompañen de hiperventilación puede ser útil, si existe sintomatología secundaria a la alcalosis, hacer respirar al enfermo con la ayuda de una bolsa.
4. En ocasiones es necesario el uso de ansiolíticos (diazepam) y el ingreso en observación durante unas horas, hasta el alivio del proceso.

Orgánico (musculoesquelético, costocondritis, traumático)

1. Las medidas recomendadas habitualmente son el reposo, aplicación de frío o calor, vendajes compresivos y la administración de analgésicos-antiinflamatorios (ácido acetilsalicílico, ibuprofeno).
2. Puede ser necesaria la valoración de un traumatólogo.

Orgánico (tos, asma, neumonía, gastrointestinal, cardíaco)

1. Será necesario completar el estudio, que, según la situación clínica del paciente o la potencial gravedad del cuadro, se llevará a cabo de forma ambulatoria o con el enfermo hospitalizado.
2. Si es posible, al alta se iniciará el tratamiento específico de cada entidad (antitusígenos, broncodilatadores, antibióticos, antiácidos).
3. Cuando el origen del dolor torácico se sospecha que es cardíaco (arritmias, pericarditis, miocarditis, cardiomiopatía dilatada, isquemia coronaria, miocardiopatía hipertrófica), es necesario hospitalizar al paciente para estudio y tratamiento adecuados.



BIBLIOGRAFÍA

1. Billups D, Martin D, Swain RA. Training room evaluation of chest pain in the adolescent athlete. *Suth Med J* 1995;88:667-72.
2. Evangelista JA, Parsons M, Renneburg AK. Chest pain in children: Diagnosis through history and physical examination. *J Pediatr Health Care* 2000;14:3-8.
3. Gastesi M, Fernandez A, Mintegi S, Vazquez M, Benito J. Dolor torácico en urgencias de pediatría: un proceso habitualmente benigno. *An Pediatr (Barc)* 2003;59(3):234-8.
4. Gumbiner CH. Precordial catch syndrome. *South Med J* 2003; 96:38-41.
5. Horne BS. Chest pain in children. *J SC Med Assoc* 1999;95:379-81.
6. Jensen S. Muskuloeskeletal causes of chest pain. *Aust Fam Phys* 2001;30: 834-9.

7. Keith C, Kocis MD. Chest pain in Pediatrics. *Pediatr Clin North Am* 1999;46: 189-202.
8. Knapp JF, Padalik S, Conner J, Boccock J, Singer JI. Recurrent stabbing chest pain. *Pediatr Emerg Care* 2002;18:460-5.
9. Lam JC. Follow-up survey of Children and adolescent with chest pain. *South Med J* 2001;94:921-4.
10. Owens TR. Chest pain in the adolescent. *Adolesc Med* 2001;12:95-104.
11. Palmer KM, Selbst SM, Shaffer S, Proujansky R. Pediatric chest pain induced by tetracycline ingestion. *Pediatr Emerg Care* 1999;15:200-1.
12. Rowe BH, Dulberg CS, Peterson RG, Vlad P, Li MM. Characteristics of children presenting with chest pain to a pediatric emergency department. *Can Med Ass J* 1990;143:388-94.
13. Ruddy R. Pain- chest. En: Fleisher GR, Ludwig S. *Textbook of Pediatric Emergency Medicine*. Baltimore: William&Wilkins; 1993; 352-358.
14. Sabri MR, Ghavanini AA, Haghghat M, Imanieh MH. Chest pain in children and adolescents: Epigastric tenderness as a guide to reduce unnecessary work-up. *Pediatr Cardiol* 2003; 24:3-5.
15. Selbst SM. Chest pain in children. *Pediatrics* 1985;75:1068-70.
16. Selbst SM. Consultation with the specialist. Chest pain in children. *Pediatr Rev* 1997;18:169-73.
17. Selbst SM. Pediatric chest pain: A prospective study. *Pediatrics* 1988;82:319-23.
18. Selbst SM, Ruddy R, Clark BJ. Chest pain in children. Follow-up of patients previously reported. *Clin Pediatr* 1990;29:374-7.
19. Talner NS, Carboni MP. Chest pain in the adolescent and young adult. *Cardiol Rev* 2000;8:49-56.
20. Tunaoglu FS, Olgunturk R, Akcabay S, Oguz D, Gucuyener K, Demirsoy S. Chest pain in children referred to a cardiology clinic. *Pediatr Cardiol* 1995;16: 69-72.
21. Wiens L. Chest pain in otherwise healthy children and adolescents is frequently caused by exercise-induced asthma. *Pediatrics* 1992;90:350-3.
22. Zavaras-Angelidou KA, Weinhouse E, Nelson DB. Review of 180 episodes of chest pain in 134 children. *Pediatr Emerg Care* 1992;8:189-193.