10

Dolor torácico

Frances Ferrés i Serrat y Fernando García Algas

Introducción

El dolor torácico es un motivo de consulta relativamente frecuente y que suele generar gran ansiedad tanto a los padres como al propio niño (sobre todo al preadolescente y adolescente). La mayoría de las veces corresponde a un proceso benigno aunque no siempre fácilmente identificable.

El principal reto del pediatra o del médico de urgencias consiste en descartar las patologías que precisen tratamiento inmediato y las que, aunque no requieran en aquel momento tratamiento de urgencias, por su gravedad pueden comprometer en un futuro la vida del paciente.

Etiología

Las causas más frecuentes 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.
- Reflujo gastroesofágico.

La causa cardíaca es muy poco frecuente, pero por su potencial letalidad siempre debe descartarse cuidadosamente. A continuación se enumeran las principales causas de dolor torácico en la infancia.

Causas de dolor torácico no cardíaco

1. *Torácica*

- Músculo-esquelético: costocondritis, síndrome de Tietze, punzada de Teixidor, dolores inespecíficos de músculos y ligamentos.
- Dolor mamario: mastitis, telarquia, ginecomastia.
- Árbol respiratorio, diafragma y pleura: neumonía, asma, catarro de vías altas, traqueítis, bronquitis, pleuritis, derrame pleural, pleurodinia epidémica, cuerpo extraño, neumotórax, neumomediastino, embolismo pulmonar, flato.
- Tumores mediastínicos.
- Herpes zoster.

2. *Gastrointestinal*

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

3. *Psicógena*

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

4. *Dolor idiopático o de origen desconocido*.

Causas de dolor torácico cardíaco

1. *Anomalía estructural*

   - Miocardiopatía hipertrófica obstructiva, estenosis aórtica o pulmonar, prolapso de válvula mitral, anomalías de las arterias coronarias.

2. *Enfermedad coronaria o aórtica adquirida*

   - Kawasaki, disección aórtica, aneurisma de aorta.

3. *Enfermedad miopericárdica adquirida*

   - Miocarditis, pericarditis, neumopericardio espontáneo.

4. *Arritmia*

   - Taquicardia supraventricular, contracciones auriculares o ventriculares prematuras.

Evaluación final

Ante un dolor torácico se debe descartar rápidamente si la causa de dicho dolor es un proceso grave que requiere tratamiento inmediato. Hay que realizar una anamnesis rápida para intentar identificar datos clínicos de alarma:

- En el dolor torácico de origen no traumático preguntar si el dolor se ha desencadenado por el ejercicio o se ha acompañado de síncope, si ha habido ingesta de cáustico, aspiración o ingesta de cuerpo extraño.
- En el dolor torácico postraumático preguntar por el mecanismo causal y las circunstancias del traumatismo.

Debe medirse sistemáticamente la saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca, tensión arterial en ambos brazos, frecuencia respiratoria, peso y temperatura. Se considerará inicialmente que se trata de una urgencia que precisa intervención inmediata si a la exploración se encuentran algunos de los siguientes signos físicos de alarma:

- A la inspección: aspecto tóxico, cianosis, dificultad respiratoria, nivel de conciencia alterado, palidez, sudoración.
- A la auscultación: hipoventilación importante, disminución de los ruidos cardíacos, taquicardia, arritmias.
- Pulsos periféricos débiles, frialdad acra.
- Saturación de oxígeno disminuida, hipotensión.
- En el dolor torácico de origen traumático, además, cualquier hallazgo patológico a la auscultación cardíaca (tonos cardíacos apagados, soplo cardíaco), excluyendo alteraciones previas al traumatismo, se considerará una potencial emergencia. Cuando el dolor torácico ha sido desencadenado por un traumatismo, debe valorarse cuidadosamente cualquier discrepancia entre pulsos y tensión arterial de ambas extremidades que pudieran reflejar aneurisma o rotura de aorta.

Conducta a seguir ante signos de alarma

Si el niño está hipoxémico o presenta algún otro signo físico o dato clínico de alarma:

- Administrar rápidamente oxígeno.
- Monitorizar ECG y Sat. O_2.
- Reanimar y estabilizar según precise.
- Considerar la realización urgente de una Rx de tórax y/o de un ECG.

- Si se ha atendido al niño en un centro no hospitalario, una vez que esté estabilizado debe derivarse a un hospital.

En el dolor torácico no traumático:

- Si se sospecha causa cardíaca, considerar la realización de un ecocardiograma.
- Si se sospecha embolismo pulmonar (disnea, fiebre, cianosis, tratamiento con anticonceptivos, trastornos de hipercoagulación), debe realizarse una gasometría arterial y una gammagrafía de ventilación/perfusión.
- Si se sospecha aspiración de cuerpo extraño, debe practicarse una broncoscopia.

En el dolor torácico postraumático:

- En caso de traumatismo grave o imágenes radiológicas poco claras, considerar la realización de un TAC torácico.
- Si hay sospecha de lesión visceral abdominal (bazo, hígado), debe practicarse una ecografía de abdomen.
- Si se sospecha contusión miocárdica o taponamiento cardíaco, debe realizarse un ecocardiograma.

Diagnóstico

Generalmente una correcta anamnesis y un examen físico minucioso suelen ser suficientes para establecer el diagnóstico etiológico. En caso de duda, de gran ansiedad familiar o de clínica sugestiva de enfermedad cardiopulmonar, con la realización de un ECG y/o de una radiografía de tórax se descartan o confirman la mayoría de causas potencialmente graves de dolor torácico en la infancia.

Anamnesis

En primer lugar debe caracterizarse bien el dolor (inicio, intensidad, duración, tipo de dolor) y se interrogará sobre otros síntomas asociados (disnea, fiebre, palpitaciones, síncope).

Se preguntará sobre posibles factores precipitantes: ejercicio, traumatismos inicialmente no relacionados, tos intensa o persistente, infecciones respiratorias concomitantes, reflujo gastroesofágico, ansiedad, posible ingesta de fármacos (β-agonistas), exposición a drogas (cocaína, nicotina), antecedente de cirugía cardíaca (síndrome pospericardiotomía).

Se interrogará sobre eventuales factores que agravan el dolor (respiración, tos, decúbito) o que lo alivian (sedestación, reposo).

Se averiguará si el paciente está afecto de alguna enfermedad de base que pueda explicar las alteraciones en la exploración (asma, cardiopatía) o que constituya un factor de riesgo: trastornos de la coagulación (embolismo pulmonar), enfermedad de Marfan o Ehlers-Danlos (disección aórtica), tumores intratorácicos, antecedente de enfermedad de Kawasaki, enfermedad cardíaca, etc.

Exploración

Debe realizarse una completa exploración física, especialmente torácica y abdominal. Se buscará también cualquier signo de inestabilidad hemodinámica. Descartaremos que el dolor se origine en la mama o en la piel.

Con el movimiento, la percusión y la palpación intentaremos reproducir el dolor y así establecer su eventual origen en la pared torácica (costillas, músculos, ligamentos).

Exploraciones complementarias

Si la exploración respiratoria y cardiovascular es normal

En el dolor torácico no traumático, si la exploración cardiovascular y respiratoria es normal no suele ser necesaria la realización de ECG y/o Rx de tórax. Estas exploraciones complementarias estarán indicadas o justificadas sólo en las siguientes circunstancias:

- Si existe dolor intenso.
- Si el dolor se ha desencadenado con el ejercicio.
- Si se ha acompañado de síncope.
- Si percibimos una gran angustia por parte del niño o de su familia.

Si practicamos un ECG, se tiene que buscar especialmente cambios del segmento ST y de la onda T sugestivos de isquemia. La isquemia miocárdica es rara en niños, pero puede ocurrir en cardiopatías con lesiones obstructivas, coronarias anómalas, aneurismas coronarios por enfermedad de Kawasaki, hipertensión pulmonar grave, colagenosis (lupus, artritis crónica juvenil), leucemia, ataxia de Friedrich, tumores primarios cardíacos, aterosclerosis relacionada con hiperlipidemia y consumo de cocaína por espasmo coronario. Si hay crepitación cutánea o "crujido" mediastínico, realizar Rx de tórax para descartar neumomediastino.

Un dolor torácico postraumático leve o moderado reproducible con la palpación o percusión y en el que la exploración cardiovascular y respiratoria es normal no precisará de exploraciones complementarias. En los siguientes casos es conveniente realizar una Rx de tórax:

- Si se sospecha fractura costal.
- Si el niño refiere dolor intenso.
- Si el traumatismo se ha producido por un mecanismo causal de riesgo (accidente de tráfico, caída de altura).
- Si existe ansiedad importante.

Si la exploración respiratoria es anormal

Si a la auscultación respiratoria detectamos hallazgos patológicos (hipoventilación, estertores), debe practicarse una Rx de tórax.

Si la exploración cardiovascular es anormal

Si encontramos pulsos débiles o asimétricos, si la auscultación cardíaca es patológica (en un niño sin cardiopatía previa conocida) o si la tensión arterial está elevada o disminuida, debe practicarse una Rx de tórax y un ECG. En todos estos casos, aunque habitualmente no de forma urgente, el estudio debería completarse con la realización de un ecocardiograma.

Dolor musculoesquelético

El dolor torácico de origen musculoesquelético es el más común en la infancia. Las entidades que con más frecuencia provocan dolor torácico en los niños son las siguientes.

Dolores inespecíficos de músculos y ligamentos

Son debidos a estiramientos, fatiga, tos o microtraumatismos no identificados. Se presentan con frecuencia tras actividad deportiva o esfuerzo físico evidente.

Costocondritis

Existe una gran variabilidad en cuanto a localización, irradiación y duración (hasta varios meses). Generalmente es unilateral y se localiza de la cuarta a la sexta unión costocondral izquierda. La tumefacción suele ser mínima o ausente. Es reproducible con la palpación y el movimiento.

Síndrome de Tietze

Se trata de una costocondritis única, con tumefacción evidente, generalmente en la segunda unión costocondral o esternoclavicular derecha. Puede durar meses o años. El dolor es intermitente y moderado.

Punzada de Teixidor

El dolor es típicamente breve, de inicio súbito y penetrante. Aparece en reposo o con esfuerzo leve. Su frecuencia es muy variable. Está localizado en el borde esternal izquierdo o en punta cardíaca.

Criterios de ingreso o de derivación al hospital

Si el dolor torácico es de origen traumático, generalmente deberá ingresarse o derivarse al hospital. No será necesario en los siguientes casos:

- Lesión musculoesquelética leve.
- Fractura costal aislada.
- Dolor de origen psicógeno.

Si el dolor torácico no es de origen traumático, debe ingresarse o derivarse al hospital en las siguientes situaciones:

- Siempre que exista hipoxemia o signos de insuficiencia cardíaca o shock.
- Dolor de causa cardíaca.
- Neumotórax.
- Sospecha de embolismo pulmonar.

Un ECG y una Rx de tórax normal generalmente excluyen una causa cardíaca o pulmonar grave de dolor torácico. En este supuesto sólo estaría indicado el ingreso hospitalario en las siguientes circunstancias:

- Si el dolor intenso es persistente.
- Si se trata de un dolor precordial de esfuerzo que se ha acompañado de síncope.
- Si existen dudas acerca de la interpretación de la radiología o del ECG.
- En los raros casos de enfermedades, como el síndrome de Marfan, en las que puede haber patología aórtica grave sin traducción en la Rx de tórax ni en el ECG.

En el caso de un niño con cardiopatía previa y ECG basal patológico, la ausencia de cambios en su trazado también excluye patología cardíaca sobreañadida. Sólo en las siguientes patologías (por su alto riesgo de enfermedad isquémica) es aconsejable el ingreso si el dolor ha sido desencadenado por el ejercicio a pesar de que su ECG no presente cambios:

- Miocardiopatía hipertrófica.
- Estenosis aórtica grave (gradiente superior a 50 mm).
- Hipertensión pulmonar.
- Enfermedad de Kawasaki previa.

Bibliografía

1. Baldwin GA. Dolor torácico. En: Baldwin GA. Manual de Urgencias Pediátricas. Barcelona, Salvat Editores, 1991, págs. 114-117.

2. Berman S. Dolor Torácico. En: Berman S. Estrategia Diagnóstica y Terapéutica en Pediatría. Madrid, Mosby, 1993, págs. 368-369.

3. Crane SD, Beverley DW, Williams MJ. Massive pulmonary embolus in a 14 year old boy. Journal Accident Emergency Medicine 1999; 16(4): 289-90.

4. Chest Pain. En: Barkin RM, Rosen P. Emergency Pediatrics: A Guide to Ambulatory Care. St. Louis, Mosby, 1999, págs. 132-135.

5. Daniels CJ, Franklin WH. Enfermedades cardíacas frecuentes en adolescentes. En: Strasburger VC, Brown RT. Medicina en Adolescentes. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Vol 6/1997. México, McGraw-Hill Interamericana, 1997, págs. 1615-1626.

6. Haller JA, Paidas CN. Traumatismo torácico. En: Nichols DG, Yaster H, Lappe DG, Maller JA. Golden Hour: Manual de urgencias en Pediatría. Madrid, Harcourt Brace, 1996, págs.329-354.

7. Kocis KC. Dolor precordial. En: Berger S. Cardiología. Clínicas Pediátricas de Norteamérica Vol 2/1999. México, McGraw-Hill Interamericana, 1999, págs. 209-224.

8. Patterson MD y Ruddy RM. Pain-Chest. En: Fleisher GR y Ludwig S. Textbook of Pediatric Emergency Medicine. Philadelphia, Lippincott William&Wilkins, 2000, págs. 435-440.

9. Ritter SB, Rossi A. Dolor precordial. En: Crain EF, Gershel JC. Manual Clínico de Urgencias en Pediatría. México, McGraw-Hill Interamericana, 1994, págs. 49-52.

NOTAS