

Dolor torácico en Pediatría

Alfonso Ortigado Matamala

Marzo 2011

Caso clínico: dolor torácico (I)

- Niño de ocho años con dolor torácico precordial en reposo de un día de evolución, punzante, irradiado al hombro izquierdo, que no le deja dormir y mejora al sentarse. No refiere palpitaciones ni sensación de taquicardia. Desde hace cinco días presenta febrícula con clínica catarral y tos. No hay antecedente traumático ni enfermedades de interés.

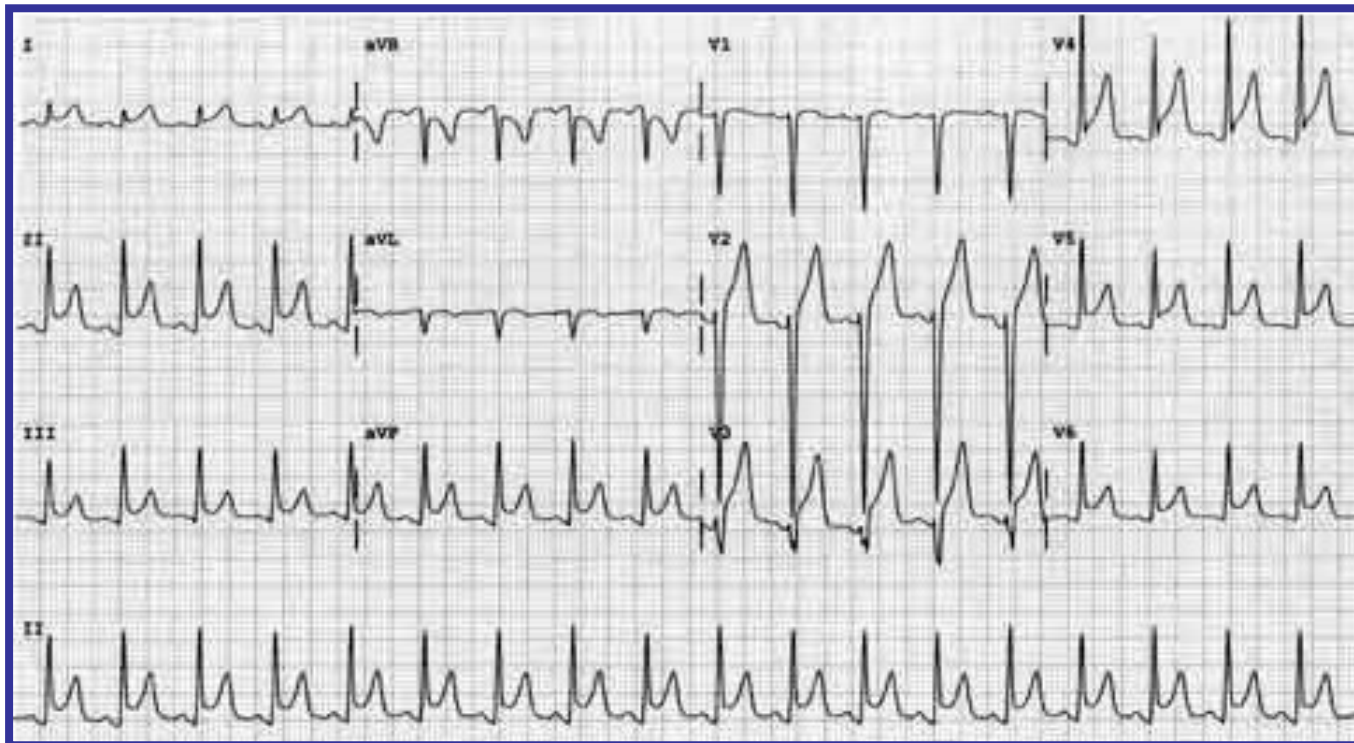
Caso clínico: dolor torácico (II)

Exploración física

Febrícula, polipnea sin disnea, bien perfundido. No hay lesiones ni puntos dolorosos en el tórax. Tolera mal el decúbito supino, mejora al sentarse. El dolor se acentúa con la respiración profunda.

Auscultación: buena ventilación bilateral, está taquicárdico sin soplos y tonos cardiacos normales, pero se ausculta un frote continuo (“crujir de pisar nieve”), más intenso al inclinarse hacia delante y en apnea.

Caso clínico: dolor torácico (III)



Etiología: dolor torácico

Origen	Ejemplos
Idiopático (hasta el 85%)	
Musculoesquelético (15-30%)	Posttraumático, postural, costocondritis, síndrome de Tietze (unión costocondral), punzada de Teixidor (síndrome del pinzamiento), síndrome de las costillas deslizantes
Respiratorio (12-20%)	Asma-broncoespasmo, neumonía, pleuritis-pleurodinia, neumotórax, neumomediastino, aspiración de cuerpo extraño, tromboembolismo pulmonar
Digestivo (10%)	Reflujo gastroesofágico, esofagitis, ingesta de cáustico, cuerpo extraño en esófago, espasmo esofágico, divertículo esofágico, distensión gástrica, aerofagia, pancreatitis, colecistitis
Psicógeno (10%)	Ansiedad, depresión, trastorno somatomorfo
Cardiaco (5%)	Arritmias (taquiarritmias, extrasístoles ventriculares), prolapso mitral, pericarditis, miocarditis, obstrucción del ventrículo izquierdo (estenosis aórtica, miocardiopatía hipertrófica), coartación de aorta, aneurisma-disección aórtica (enfermedad de Marfan), enfermedad isquémica coronaria congénita (arteria coronaria anómala, fístula coronaria) o adquirida (ateroesclerosis precoz por dislipidemia familiar, consumo de cocaína)
Otras	Dolor mamario (mastitis, telarquia, ginecomastia), herpes zóster, tumor mediastínico

Pericarditis: diagnóstico clínico

- Tríada clínica:
 - ✓ Dolor torácico: retroesternal, se irradia a cuello y hombro izquierdo, aumenta en decúbito supino, con la tos y con la inspiración profunda; mejora sentado.
 - ✓ Roce pericárdico (patognomónico): frote continuo (“crujir de pisar nieve”), más intenso al inclinarse hacia delante y en apnea, es variable de una auscultación a otra.
 - ✓ Cambios en ECG: Elevación del ST con ondas T picudas que evolucionará a normalización del ST e inversión de las ondas T.
- Clínica asociada (depende de la etiología).
- Radiografía torácica: cardiomegalia (derrame pericárdico) o normal.

Pericarditis: etiología

- Idiopática (probablemente viral).
- Viral: coxsakie, ECHO, influenza, adenovirus, Epstein-Barr, CMV, varicela, HIV...
- Bacteriana: *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, *Neisseria meningitidis*...
- Tuberculosis.
- Otras infecciones: *Candida*, *Aspergillus*, Toxoplamosis.
- Vasculitis y enfermedad del tejido conectivo: Enfermedad de Kawasaki, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, fiebre reumática.
- Otras: uremia, síndrome postpericardiotomía, mixedema, oncológica, traumática...

Complicación de la pericarditis: taponamiento

- Concepto (emergencia médica): derrame pericárdico que compromete la función cardiaca (colapso aurícula-ventrículo, dificultad del llenado diastólico y bajo gasto).
- Factores para su presentación: volumen del líquido pericárdico, tiempo de instauración (agudo) y elasticidad del pericardio.
- Clínica: empeoramiento del estado general, aumento de la disnea, y dolor torácico, distensión venosa yugular, taquicardia, hipotensión, pulso paradójico (disminución mayor de 10 mmHg de la presión arterial sistólica en inspiración).
- Diagnóstico: ecocardiografía.
- Tratamiento: drenaje urgente de la cavidad pericárdica (pericardiocentesis o drenaje quirúrgico).

ECG en la pericarditis

Fases	Características
Fase I (fase inicial)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elevación difusa del segmento ST de forma cóncava (salvo en aVR y aV1). 2. Ondas T positivas en las derivaciones con el ST elevado 3. Depresión del segmento PR en derivaciones onda P positiva (lesión del pericardio auricular) 4. Elevación del PR en derivaciones con onda P es negativa (aVR). <p>Los segmentos ST y PR presentan cambios de nivel en dirección opuesta (elevación ST-descenso PR, descenso ST-elevación PR).</p>
Fase II (unos días después)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Normalización de la elevación del segmento ST 2. Aplanamiento de la onda T
Fase III (días o semanas)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inversión de la onda T en la mayoría de las derivaciones. A diferencia del infarto de miocardio, no se pierde la onda R, ni aparecen ondas Q patológicas
Fase IV (semanas o meses)	Normalización de las ondas T

Desnivel del segmento ST

ST elevado > 1 cm

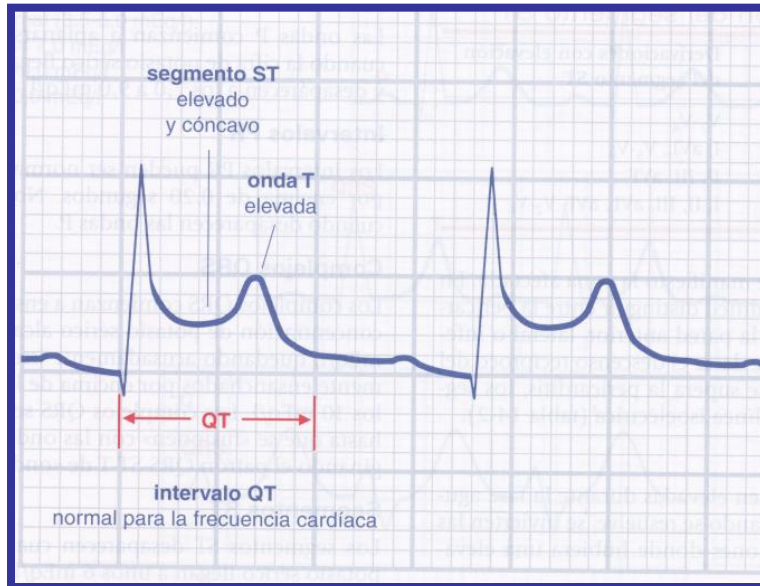
- Síndrome de Brugada.
- Repolarización precoz.
- Pericarditis aguda.
- Lesión subepicárdica.
- Infarto transmural reciente.
- Espasmo coronario (angina Prinzmetal).
- Hiperpotasemia.

ST descendido > 1 cm

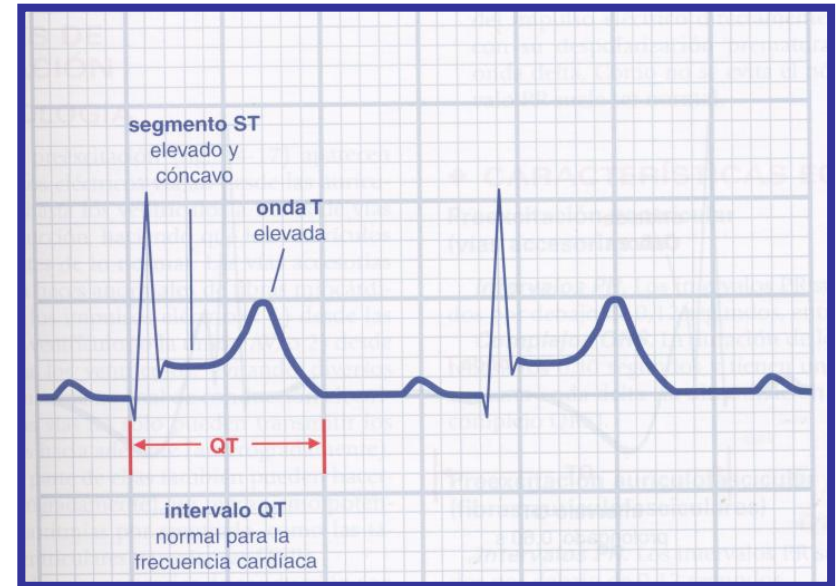
- Taquicardia.
- Hipertrofia VI.
- Digital (“cubeta”).
- Lesión subendocárdica.
- Hipopotasemia.
- Extrasístoles ventriculares.
- Bloqueo de rama.

Diagnóstico diferencial

Pericarditis



Despolarización precoz



- En ambas ST elevado cóncavo (sin Q) y onda T +.
- Repolarización precoz: muesca al final de onda R (punto J), no desnivel del PR.
- Evolución: en pericarditis el ST se normaliza y cambia la onda T (fase aguda: T positiva. Fase resolución: T negativa).
- Pericarditis con derrame: QRS alternancia eléctrica con la respiración.
- La clínica es clave para el diagnóstico diferencial.

Pericarditis en Atención Primaria: conclusión

- El dolor torácico es una consulta relativamente frecuente en Atención Primaria, generalmente de carácter benigno, pero la posibilidad de tener un origen cardiaco genera gran preocupación.
- La pericarditis aguda tiene un diagnóstico clínico, basado en una detallada anamnesis y una correcta exploración física.
- El ECG es una prueba complementaria básica en el diagnóstico y al alcance en el centro de salud.
- Ante la sospecha clínica de pericarditis aguda el paciente debe ser remitido al hospital para valoración cardiológica.