

Dolor torácico en pediatría

Toraxeko mina pediatria arloan

J.M. Galdeano Miranda

Servicio de Cardiología Infantil, Dept. de Pediatría, Hospital de Cruces, Bizkaia.

Correspondencia: M. Galdeano, C/ Hermanos Larrarte 22, 3ºD, Santurtzi, Bizkaia.

El dolor torácico en los niños y adolescentes es un síntoma relativamente frecuente, «alarmante», que produce una gran preocupación y ansiedad en los pacientes, los padres y los médicos, siendo responsable de un número cada vez mayor de visitas al pediatra general y de consultas al especialista.

El dolor torácico es un motivo común de consulta en los adultos y, debido a la bien conocida asociación en dicha edad del dolor torácico con enfermedades cardiovasculares significativas y muertes súbitas, los padres y el personal médico, a menudo, muestran una gran preocupación cuando se encuentran ante un paciente pediátrico con dolor torácico. Asimismo, las muertes súbitas inesperadas de deportistas en edad escolar o juvenil, junto con la creciente preocupación por parte de la comunidad médica y la progresiva concienciación de la población general, de los factores de riesgo de las enfermedades cardíacas, hacen que cualquier queja de dolor torácico en los niños y adolescentes sea causa de mayor «alarma» y, por tanto, de mayor demanda de atención médica.

En contraste con el dolor torácico en los adultos que amenaza con una enfermedad grave (ejemplo: Infarto de miocardio, embolismo pulmonar... etc.) en la edad pediátrica, en general, es un síntoma *benigno y autolimitado* que raramente está asociado a enfermedades de origen cardíaco (menos del 5% de los casos), por lo que muy pocas veces estará relacionado con enfermedades que comprometan la vida.

Aunque es difícil establecer la incidencia y prevalencia del dolor torácico en pediatría, se ha estimado que, aproximadamente, del 0,25-0,30% de las consultas al pediatra son por dicho motivo.

Ocurre principalmente en preadolescentes y adolescentes, siendo la edad media de presentación entre los 11 y 13 años (pudiendo ocurrir a cualquier edad) afec-

tando en la misma proporción a varones y mujeres.

Con frecuencia es idiopático y crónico. La duración de los síntomas varía considerablemente desde días a semanas o meses. Los episodios benignos, generalmente duran menos de 15 minutos (habitualmente segundos) pero suelen presentarse más de un episodio al día. El dolor es a menudo descrito como medioesternal sin irradiar.

Para el cardiólogo consultor el objetivo inicial será identificar cualquier alteración orgánica y de no existir, tranquilizar al niño y sus padres sobre la normalidad cardíaca. El pediatra puede llevar a cabo este papel «tranquilizador» remitiendo al cardiólogo sólo a aquellos pacientes en los que se sospeche una enfermedad orgánica y a la vez aconsejando y apoyando al paciente y su familia. La mayor parte de los casos los pacientes en edad pediátrica que manifiestan dolor torácico, pueden ser valorados eficazmente por el pediatra de Atención Primaria sin necesitar la consulta del cardiólogo pediátrico.

Por lo tanto, debido a la naturaleza «crónica» y a menudo no tener una causa clara («idiopático»), el pediatra ante un cuadro de dolor torácico («afección» común y predominantemente benigna) deberá de desarrollar un trabajo en conjunto con el paciente y su entorno familiar para intentar llegar al diagnóstico y posterior tratamiento, así como tranquilizar a dicho entorno transmitiendo confianza.

Todos los autores están de acuerdo en cuanto a cómo se debe manejar el dolor torácico y debe ser mediante: «reconocimiento» del dolor, explicación de la fenomenología del dolor, proporcionar alivio de los síntomas, proporcionar ánimo y ayudar al paciente a recuperar su actividad.

En este artículo revisaremos una amplia lista de las diferentes etiologías del dolor torácico, discutiendo con más amplitud las causas más comunes y dando unas

orientaciones sobre su evaluación diagnóstica y tratamiento.

El pediatra deberá de abordar el dolor torácico como cualquier otra patología, mediante una anamnesis, exploración física y, si son necesarias, pruebas complementarias.

ANAMNESIS

El dolor torácico desafía la habilidad diagnóstica del pediatra, tiende a presentar escasos hallazgos físicos y los datos de laboratorio son de escasa ayuda, por tanto la historia clínica es muy importante.

Una buena anamnesis es esencial para el diagnóstico adecuado del dolor torácico. Deberemos de ser metódicos en recoger los datos de la anamnesis y evitar diagnósticos precipitados o estudios complementarios exhaustivos. No se debe de transmitir sensación de precipitación o desinterés.

El paciente debe de describir su dolor con sus palabras (ejemplo: «mi corazón corre», nos estará orientando hacia una taquicardia, anemia, arritmia, emoción... etc.).

Interrogaremos sobre el momento del inicio del dolor (circunstancias previas, desencadenantes...), duración del dolor, frecuencia del mismo (constante o intermitente, el dolor constante orienta más hacia una causa cardíaca), naturaleza (p.ej. quemazón retroesternal: orientará hacia una causa retroesofágica), intensidad, localización (2-5ª unión costochondral en la costochondritis), irradiación, factores que lo precipitan, acentúan (el tumbarse en la pericarditis) o mejoran (los de origen «funcional» mejoran con el sueño). Relación del dolor con las comidas, posición corporal, así como el impacto que tiene en el estilo de vida del paciente y en su nivel de actividad. Si tiene relación con el ejercicio o se asocia a mareos o síncope, pensar en origen cardíaco.

Los antecedentes personales (tanto médicos como quirúrgicos) haciendo hincapié en posibles enfermedades cardíacas o cirugías cardíacas previas, deberán ser reflejados en la historia clínica. Comprobar si está siendo controlado por otros motivos (asma... etc.).

Medicaciones que esté tomando, con especial atención a medicamentos no prescritos.

Los antecedentes familiares deberán de ser tomados en consideración sobre todo: muertes súbitas inexplicadas en pacientes jóvenes, enfermedades cardiovasculares... etc.

Circunstancias familiares, personalidad de los padres e hijos, relación familiar, cambios de domicilio, cambios de colegio, relación escolar, tipo de actividades que realiza, actitud con el deporte, actitud del paciente y de los padres ante el dolor torácico, qué les sugiere a ellos dicho dolor. Si fuera posible los pacientes adolescentes deberían de ser interrogados sin los padres, para sonsacar sus preocupaciones y miedos encubiertos (p.ej. ginecomastia)

Además, deberemos realizar una anamnesis sistemática para descartar enfermedades crónicas: presencia de fiebre, fatiga, pérdida de peso, sudor nocturno.

Hay que efectuar una historia concienzuda que de la sensación al paciente de que está ante un médico «comprensivo y competente».

EXPLORACIÓN FÍSICA

Un examen físico completo y exhaustivo es fundamental, aunque, en general, los hallazgos físicos en la mayoría de los pacientes con dolor torácico son anodinos.

Durante la inspección deberemos tener especial atención a los signos vitales (incluyendo la tensión arterial), aspecto general (p.ej. cianótico, ansioso, quejoso, confortable, uso de la musculatura accesoria

para la respiración... etc.), interacción padre-hijo. Debe incluir la observación de signos de traumatismos, así como la presencia de asimetrías torácicas que indiquen una patología cardíaca, escoliosis, o anomalía congénita.

La mayoría de los dolores torácicos con causa conocida, tienen su origen en la pared torácica, por lo que la pared torácica entera: musculatura torácica, mamas, costillas, esternón y xifoides, junto con el abdomen deberán ser palpados para averiguar la localización del dolor y lograr la reproducción del mismo.

El dolor de la parrilla costal es una de las etiologías más frecuentes y, en general, fácil de reproducir.

El dolor visceral tiende a irradiar más allá de sus zonas específicas y pocas veces es reproducible a voluntad. Tanto el tejido pulmonar como la pleura visceral carecen de inervación sensorial. El dolor de la pleura parietal se transmite por vía intercostal y por nervios diafragmáticos, es punzante y bien localizado. El dolor cardíaco es conducido por varias cadenas nerviosas diferentes y, por tanto, puede ser sentido como profundo, de presión y subesternal, o como periférico y punzante, por ejemplo, en el brazo, hombro, o cuello.

La exploración física incluirá además de la «inspección» y «palpación»: 1). Hallazgos pulmonares: frecuencia y profundidad de la respiración, uso de la musculatura accesoria, presencia de roncus, crepitantes,... etc.; 2). Hallazgos cardíacos: latido cardíaco, soplos o ritmo de galope, 3). Examen del abdomen: tamaño del hígado... etc., 4). Extremidades: pulsos femorales, edemas, frialdad distal.

Una vez realizada la anamnesis y la exploración física, podremos incluir el dolor torácico de cada paciente dentro del grupo etiológico correspondiente, sabiendo que hay ciertos hallazgos que podemos considerar como «signos de alarma» que nos

orientarán hacia una patología «no benigna» y que *precisarán la consulta al especialista* correspondiente.

Estos **signos de «alarma»** son: a) Cardíacos: enfermedades cardíacas conocidas (congénitas o adquiridas), dolor torácico de inicio brusco constante y que interfiere con el sueño, dolor «quemazón» con o sin irradiación al brazo izquierdo o cuello, dolor torácico inducido por el ejercicio o acompañado de mareos o síncope, arritmias, taquicardia persistente, hipertensión persistente, hipotensión, ritmo de galope b) Pulmonares: hemoptisis, disnea, cianosis, crepitantes c) Gastrointestinales: historia de ingesta de cuerpo extraño, hematemesis, melenas d) Otros: fiebre, hallazgos compatibles con enfermedades que tengan riesgo de desarrollar patología cardíaca (ejemplo: enfermedad de Kawasaki), enfermedades psiquiátricas con riesgo de vida, tales como las psicosis o ideas suicidas.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL DOLOR TORÁCICO

La realización de pruebas complementarias de forma rutinaria no ayudará a la hora de establecer un diagnóstico. Sólo estarán indicadas de acuerdo con la historia clínica y hallazgos encontrados en la exploración física. El ECG, generalmente, no detecta ninguna enfermedad que no se haya sospechado previamente mediante la exploración o la anamnesis.

Debemos conocer las posibles causas de dolor torácico para intentar llegar a un diagnóstico etiológico correcto y, así, evitar la petición de pruebas complementarias «inútiles» y «costosas», así como remitir al especialista correspondiente sólo a aquellos pacientes en los que se hallan obtenido datos compatibles con patologías, que no puedan ser diagnosticadas o tratadas por el pediatra general.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Por orden de frecuencia los posibles orígenes de dolor torácico son: 1) Idiopáticos (21% - 39%). 2) Músculo-esqueléticos (15% - 31%). 3) Pulmonares (12% - 21%). 4) Psiquiátricos (5% - 17%). 5) Cardíacos (4% - 6%). 6). Gastrointestinales (4% - 7%). 7). Otros (4% - 21%).

1. Dolor torácico idiopático

Es el diagnóstico más frecuente (21%-39%). El diagnóstico se establece, cuando no se encuentra ninguna causa orgánica ni psicológica que explique los síntomas. La mayoría de los casos (más del 80%) desaparece de forma espontánea antes de los 2-3 años.

2. Causas músculo-esqueléticas de dolor torácico

Las causas músculo-esqueléticas son con mucho las más frecuentes (15%-31%) de las etiologías conocidas del dolor torácico. La pared costal es una zona muy frecuente de dolor torácico.

El dolor, generalmente, es localizable y reproducible, mediante la palpación y contracción del grupo músculo-esquelético afectado. Suele precederse de traumatismos o tensiones (sobreesfuerzo). El tratamiento para la mayor parte de los dolores de la pared torácica es sintomático, incluye: reposo, aplicación de calor o frío, compresión, analgésicos y ocasionalmente el uso de antiinflamatorios no esteroideos.

Pueden ser múltiples las causas músculo-esqueléticas del dolor torácico: Sobrecarga muscular (pectorales mayor y menor, músculos intercostales, dorsal ancho, serrato, trapecio). Costo-condritis. Síndrome de Tietze. Costilla cervical (C7). Costillas flotantes⁽⁸⁻¹⁰⁾. Contusión o fractura de clavícula o costillas. Traumatismos. Xifodalgia. Osteomielitis. Miositis. Rabdo-miosarcoma. Espondilitis anquilosante. Discitis. Hernia discal. Mielitis transversa.

El ejercicio excesivo: El dolor de la pared costal, es generalmente, resultado de una lesión muscular o sobrecarga, puede producirse por ejercicio excesivo o por microtraumatismos. Una historia «típica» es el adolescente que tras realizar deporte refiere dolor torácico. La palpación y contracción del grupo de músculos afectados, reproducirán el dolor.

Traumatismo intenso: El traumatismo intenso directo, (deporte, accidente,... etc.) puede presentarse como dolor recurrente mucho después del episodio inicial. Pueden estar ausentes los signos externos. La tos crónica o paroxística puede originar en ocasiones fracturas costales.

La costocondritis: es una de las causas más frecuentes de dolor torácico. Es frecuente sobre todo en niñas. Generalmente, es precedida por una infección de vías respiratorias altas. El dolor varía individualmente, tanto en su localización, como en su irradiación, intensidad, o duración (varios meses). Tiende a ser unilateral, generalmente de la cuarta a sexta uniones costocondrales izquierdas. La tumefacción es rara o mínima. La reproducibilidad del dolor mediante palpación dolorosa del cartílago afectado (donde la costilla se une al esternón) o por movimientos de la zona local o del brazo y hombros es diagnóstica. El tratamiento es sintomático.

El síndrome de Tietze: se caracteriza por tumefacción de las uniones costocondrales. Es raro en niños. Es fácilmente identificable y necesita ser diferenciado de la costocondritis. Es una tumefacción fácilmente visible, solitaria, única, no supurativa, fusiforme, generalmente, en la segunda unión condroesternal o esternoclavicular. El dolor es intermitente, moderado, localizado, generalmente, dura varias semanas La tumefacción puede durar meses o años

Contractura precordial (punzada de Tietze): Se caracteriza por un dolor breve (30 seg. a 5 minutos) agudo, penetrante, que

aparece en reposo o con una actividad mediana, está muy bien localizado «a punta de dedo» en el borde esternal izquierdo o en el ápex cardíaco. El inicio es súbito, originando una detención de la respiración momentáneamente en la inspiración, para paulatinamente reanudar la respiración a un nivel superficial hasta que se calma el dolor gradualmente. Su frecuencia varía desde varios episodios al día hasta un episodio en varios meses, no se conoce la etiología.

La contractura precordial es una situación benigna.

El síndrome de la costilla flotante: resulta del exceso de movilidad de las costillas 8-10 (las cuales no se insertan directamente en el esternón). Es producido por un traumatismo o como resultado del adelgazamiento del tejido fibroso que une la porción anterior de una costilla a otra, esto hace que roce una costilla con otra irritando el nervio intercostal adyacente produciendo el dolor referido (abdominal o torácico). El inicio del dolor es brusco, se describe como sordo, doloroso o quemante, puede irradiar hacia el tórax y abdomen, puede durar varias horas y puede dejar una hipersensibilidad residual durante días. El dolor es reproducible por medio de la flexión anterior, de la respiración profunda o utilizando la «maniobra del pescador» por medio de la cual el margen de las costillas afectadas es empujado y estirado anteriormente. La Rx es normal. El tratamiento será conservador: reposo, frío, antiinflamatorios.

Hipersensibilidad xifoidea: también denominada «Xifodinia» o síndrome del cartílago xifoideo. Raro en niños. Generalmente está originado por el uso de la musculatura abdominal que se inserta en el xifoide durante una carrera prolongada.

Miositis, polimiositis, dermatomio - sitis, tumores óseos, herpes,... etc.: son causas raras pero posibles de dolor torá-

cico.

3. Causas pulmonares de dolor precordial

Las etiologías de origen pulmonar como causa de dolor torácico son frecuentes (12-21% de los casos) particularmente en los niños menores de 12 años. Pueden producir dolor torácico por irritación indirecta de la pared torácica como resultado de la tos o por el uso incrementado de la musculatura torácica.

El diagnóstico de las causas pulmonares de dolor torácico se basará en la historia clínica, auscultación pulmonar y radiografía de tórax. El tratamiento será etiológico y sintomático.

Pueden ser: enfermedad reactiva de las vías aéreas (asma). Neumonías (vídica, bacterianas, hongos, parásitos, micobacterias). Neumotórax. Neumomediastino. Tos crónica. Derrame pleural. Pleurodinia. Embolismo Pulmonar. Aspiración de cuerpo extraño. Malformación adenomatoidea quística. Adenoma o carcinoma primario o secundario.

Las neumonías y la hiperreactividad bronquial (asma) pueden dar dolor torácico por el sobreuso de la musculatura torácica. Las diagnosticaremos por auscultación y por la radiología. El tratamiento será etiológico y sintomático (antibióticos, broncodilatadores,... etc.).

El neumotórax y neumomediastino los diagnosticaremos por la palpación de crepitantes subcutáneos, auscultación y radiología. El dolor aumentará con la inspiración.

El derrame pleural nos mostrará hipoventilación y será visible en la radiografía. Estará relacionado con procesos infecciosos o sistémicos, el dolor aumentará con la respiración profunda.

La pleurodinia (causada por el virus coxsackie): cursa con fiebre y roce pleural.

El embolismo pulmonar es raro en niños, el electrocardiograma revelará el patrón típico de sobrecarga derecha con cambios en el ST. La radiografía suele ser ines-

pecífica. Una gammagrafía de ventilación-perfusión generalmente es diagnóstica, a veces es necesario el cateterismo.

La aspiración de cuerpo extraño se sospechará por antecedentes y examen físico. Una Rx de tórax en inspiración y espiración ayudará en el diagnóstico, aunque la broncoscopia es diagnóstica y terapéutica.

4. Causas cardíacas de dolor torácico

Aunque las etiologías cardíacas como causa de dolor torácico en pediatría son raras (4-6%), son las de mayor motivo de preocupación por la posible morbi-mortalidad que pueden ocasionar.

Estas lesiones se sospecharán por los hallazgos encontrados en: la auscultación cardíaca: latido cardíaco, ritmo, soplos; ECG: cambios específicos electrocardiográficos (hipertrofias... etc.) o signos de isquemia en las lesiones coronarias; Rx de tórax: posible aumento de la silueta cardíaca y, en última instancia, por la ecocardiografía practicada por el cardiólogo de referencia.

Podemos clasificar las causas cardíacas de dolor torácico en 3 grandes grupos: 1). Lesiones anatómicas congénitas 2). Lesiones adquiridas. 3). Arritmias.

1. Lesiones anatómicas congénitas: Estenosis Aórtica (valvular, subvalvular, supra-avalvular). Rotura de los senos de valsalva. Aneurisma con disección aórtica. Coartación aórtica. Coronaria izquierda anómala saliendo del tronco pulmonar. Atresia o estenosis del ostium coronario. Coronarias intramurales. Coronaria izquierda saliendo de la cúspide anterior. Aneurisma congénito coronario. Fístula coronaria. Prolapso mitral. Estenosis pulmonar severa. Displasia arritmógena del ventrículo derecho. Miocardiopatía hipertrófica.

2. Lesiones adquiridas: Cardiomiopatías (hipertroficas, Dilatadas, Restrictivas). Endocarditis. Miocarditis. Fiebre Reumática. Infarto miocárdico. Vasoespasmo coronario. Enfermedad de Kawasaki. Enferme-

dad coronaria en la diabetes mellitus y dislipoproteinemias. Aneurisma disecante de aorta en el síndrome de Marfan. Pericarditis (infecciosa, postraumática, autoinmune). Síndrome postpericardiotomía. Ausencia parcial de pericardio. Hipertensión pulmonar primaria o secundaria. Síndrome de Eisenmenger. Arteritis de Takayasu. Tumores cardíacos. Neoplasias pericárdicas (primarias y secundarias).

La miocardiopatía hipertrófica se sospechará por los antecedentes familiares (muertes súbitas en individuos jóvenes), la auscultación cardíaca (soplo, generalmente eyectivo), y los hallazgos electrocardiográficos (signos de isquemia o arritmias). Se confirmará el diagnóstico mediante el estudio ecocardiográfico. Raramente da síntomas por debajo de los 10 años. En la adolescencia puede dar: intolerancia al ejercicio, dolor, mareos, síncope, palpitaciones.

La miocardiopatía dilatada presentará con signos de insuficiencia cardíaca, ritmo de galope en la auscultación, soplo de insuficiencia mitral, y cardiomegalia en la Rx de tórax. La ecocardiografía será diagnóstica.

La endocarditis nos dará un cuadro de fiebre prolongada con hemocultivos positivos (en un porcentaje elevado serán negativos), posible aparición de soplos.

La miocarditis presentará signos de insuficiencia cardíaca (disnea, fatiga, malestar general, anorexia,... etc.), shock. Suelen referir un cuadro respiratorio reciente. La auscultación puede dar ritmo de galope, soplo de insuficiencia mitral. La Rx de Tórax puede mostrar cardiomegalia y el ECG dar signos típicos con alteración de la repolarización. (depresión del ST, anomalías de la onda T, arritmias).

La pericarditis suele manifestarse por dolor torácico intenso que se irradia al omoplato izquierdo, acompañándose de tos, fiebre y otros síntomas de tipo viral. El dolor empeora al tumbarse y cede al sentarse o inclinarse hacia delante. Al principio del

proceso puede oírse un roce (se oír mejor al cesar la respiración a diferencia del roce pleural). Se sospechará por la presencia de tonos cardíacos apagados (derrame), roce pericárdico, cardiomegalia radiológica (en caso de derrame pericárdico acompañante) y alteraciones en el ECG: elevación del ST al inicio, normalización después e inversión de la onda T al final.

La fiebre reumática se diagnosticará siguiendo los criterios de Jones modificados.

La enfermedad de Kawasaki mostrará los hallazgos clásicos (conjuntivitis, exantema, adenopatías, descamación,... etc.). La ecocardiografía nos mostrará la posible afectación coronaria.

El infarto de miocardio (extremadamente raro en niños) presentará los signos clásicos de: dolor torácico irradiado al cuello o brazo izquierdo, sudoración, disnea. El diagnóstico se apoyará en los hallazgos electrocardiográficos y en el estudio de las enzimas cardíacas (CPK mb, Troponina T). El vasoespasm coronario nos mostrará hallazgos de isquemia miocárdica en el ECG.

Un paciente con *síndrome de Marfan* que refiera de forma brusca dolor torácico es de urgencia vital descartar una disección de aorta.

3. Arritmias: Las arritmias que pueden manifestarse como dolor torácico son: extrasístoles auriculares, flutter auricular, fibrilación auricular. Taquicardia supraventricular (automática o de entrada). Extrasístoles ventriculares. Taquicardia ventricular.

Las arritmias no son raras en pediatría. La mayoría son benignas. Los niños con arritmias las sienten como palpitaciones y dolor torácico. Si hay afectación de signos vitales: shock, insuficiencia cardíaca, síncope, el diagnóstico y tratamiento de la arritmia será urgente. Para niños estables el ECG y el Holter son suficientes para el diagnóstico. Para arritmias significativas se referirá al paciente al cardiólogo.

5. Causas gastrointestinales de dolor

torácico

Las causas gastrointestinales como origen del dolor precordial son raras relativamente (4-7%). En la anamnesis, la relación del dolor con respecto a la dieta, la relación del dolor con las comidas y con la posición corporal nos ayudará a la orientación diagnóstica.

Las etiologías gastrointestinales que pueden producir dolor torácico son: Esofagitis. Espasmo esofágico. Divertículo esofágico, Rotura esofágica. Mallory-Weiss. Reflujo gastroesofágico. Gastritis. Úlcera péptica. Síndrome de Zollinger-Ellison. Hernia hiatal. Ingestión de cuerpo extraño. Colecistitis. Absceso subdiafragmático. Pancreatitis.

En pacientes con sospecha de *gastritis*, *úlcera péptica*, *reflujo gastro-esofágico*, tratamiento con antiácidos o bloqueantes de los hidrogeniones nos ayudarán en el diagnóstico.

En el caso de la *hernia de hiato* el tránsito digestivo es diagnóstico.

La ingesta de *cuerpo extraño* se sospechará por la historia, los hallazgos en la Rx. Si el cuerpo extraño está en el esófago puede ser necesaria una endoscopia para su extracción.

6. Causas psicógenas de dolor torácico

Las causas psiquiátricas: ansiedad y distres emocional, son relativamente frecuentes (5-17%). Generalmente refieren un episodio estresante (ejemplo: muerte en la familia, problemas familiares, separación de los padres, fracaso escolar, no aceptación de los amigos, etc.) precediendo a los síntomas de dolor torácico.

El dolor psicógeno se define como un dolor de origen claramente emocional en el cual no influyen factores orgánicos. Es más frecuente en chicas adolescentes.

Enfermedades psicosomáticas. Estrés. Depresión. Síndrome de hiperventilación. Ataques de pánico. Bulimia. Síndrome de

Distrés agudo	Æ SÍ Æ	Dar oxígeno, remitir a urgencias
Ø		
NO		
Ø		
Realizar historia completa y exploración física		
Ø		
Sospecha de cardiopatía	Æ SÍ Æ	Rx tórax, ECG, considerar consulta
Ø		
NO		
Ø		
Sospecha de cuadro respiratorio	Æ SÍ Æ	Rx tórax. Considerar broncodilatador antibióticos, antitusígenos.
Ø		
NO		
Ø		
Sospecha de causa músculo esquelética	Æ SÍ Æ	Analgésicos, reposo. Calor. Rx si hay traumatismo
Ø		
NO		
Ø		
Sospecha de trastorno gastrointestinal	Æ SÍ Æ	Tto con antiácidos. Endoscopia para cuerpos extraños
Ø		
NO		
Ø		
Sospecha de etiología Psicógena	Æ SÍ Æ	Hablar, tranquilizar. Seguimiento
Ø		
NO		
Ø		
Idiopático	Æ SÍ Æ	Analgésicos. Seguimiento

Figura 1.

Munchhausen.

7. Miscelánea

Hay un grupo muy amplio de enfermedades que pueden dar lugar a dolor torácico, como son: Ginecomastia. Telarquía. Mastitis. Tumores Mediastínicos (Hogdkin, timomas, teratomas... etc.). Anemia falciforme. Síndrome de hipercoagulabilidad. Hipertiroidismo. Fibrosis quística.

La ginecomastia y las «masas mamarias» son causa frecuente de dolor torácico, afectando, tanto a varones, como a mujeres al inicio de la pubertad. Estas «masas» pueden ser dolorosas a la palpación y pueden provocar ansiedad sobre todo a los varones. La mayoría se resuelve de forma esponta-

nea en un período de 6 meses. La chicas postpuberales también pueden tener quistes mamaros dolorosos, los cuales no requieren seguimiento a largo plazo.

TRATAMIENTO DEL DOLOR TORÁCICO

Dependerá de la causa que lo produzca. En la mayoría de los pacientes las pruebas de laboratorio no serán de utilidad y, además, aumentarán la ansiedad. La historia clínica y la exploración física serán de gran utilidad. Un algoritmo práctico como el que se muestra a continuación puede ser de ayuda para el pediatra general ante un

paciente con dolor torácico (Fig. 1).

RESUMEN

El dolor torácico en pediatría muy pocas veces es debido a una patología orgánica seria, en la mayoría de los casos por tanto es *benigno*. Los síntomas suelen ser crónicos (días o meses de duración) cediendo de forma espontánea.

El dolor torácico «idiopático» es el diagnóstico más frecuente.

Las causas músculo-esqueléticas son las más frecuentes dentro de las causas conocidas. Otras etiologías a descartar son: las causas respiratorias, psicógenas y gastrointestinales. Aunque las causas cardíacas forman parte del diagnóstico diferencial son muy raras en este grupo de edad.

Una historia clínica y exploración física adecuadas son suficientes para excluir las etiologías «poco frecuentes» que pueden comprometer la vida. Los tests de laboratorio son, generalmente, costosos, no diagnósticos y, por tanto, innecesarios de forma rutinaria. Se solicitarán sólo en base a los hallazgos obtenidos en la anamnesis y exploración.

Se remitirán al especialista sólo aquellos casos en los que se sospeche una patología orgánica o psicógena «no benigna».

Una relación de «confianza» con el paciente y su familia es necesaria para tranquilizarles y permitir que los síntomas se resuelvan.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anzai AK, Merkin TE. Adolescent Chest Pain. *American Family Physician* 1996 April; **53**(5): 1682-1688.
2. Brenner JJ, Ringel RE, Berman MA. Cardiology perspectives of chest pain in childhood: A referral problem? To whom? *Pediatr Clin North Am* 1984; **31**(6): 1241-1258.
3. Coleman W. Recurrent chest pain in children. *Pediatr Clin North Am* 1984; **31**(5): 1007-1026.
4. Flynn PA. Problemas cardíacos en la sala de urgencias pediátricas. *Clinic Pediatr de Nortea*

- mérica 1992; **5**: 1082-1085.
5. Gutgesell HP, Barst RJ, Humes RA y cols. Common cardiovascular problems in the young Part I: Murmurs, Chest pain, Syncope and irregular rhythms. *Am Fam Physician* 1997; **56**(7): 1825-1830.
 6. Kaden GG, Sheker IR, Gotman N. Chest pain in Adolescents. *J Adolesc Health* 1991; **12**: 251-255.
 7. Kocis KC. Chest Pain in Pediatrics. *Pediatric Clinics of North America* 1999 April; **46**(2): 189-203.
 8. Leung AK, Robson WL, Cho H. Chest pain in children. *Can Fam Physician* 1996; **42**: 1156-1160, 1163-1164.
 9. Rowe BH, Dulberg CS. Characteristics of children presenting with chest pain to a pediatric emergency department. *CMAJ* Sep. 1, 1990; **143**(5): 388-394.
 10. Rowland TW, Richards MM. The natural history of idiopathic chest pain in children. *Clin Pediatr* 1986; **25**(12): 612-614.
 11. Selbst SM. Evaluation of chest pain children. *Pediatr Rev* 1986; **82**: 56-62.
 12. Selbst SM, Ruddy RM, Clark BJ. Pediatrics chest pain: A prospective study. *Pediatrics* 1988; **82**(3): 319-323.
 13. Selbst SM. Chest pain in children. *Am Fam Physician* 1990; **41**(1): 179-186.
 14. Selbst SM, Ruddy RM, Clark BJ. Chest pain in children. *Clin Pediatr* 1990; **29**(7): 374-377.
 15. Selbst SM. Consultation with the specialist: Chest pain in children. *Pediatr Rev* 1997; **18**(5): 169-173.
 16. Sharkey AM. Molestias frecuentes por afecciones cardíacas en niños. *Clín Pediátricas de Norteamérica* 1991; **3**: 675-678.
 17. Swenson JM. Are chest radiographs and electrocardiograms Still valuable in evaluating new patients with heart murmurs or chest pain? *Pediatrics* 1997; **99**(1): 1-3.
 18. Taubman B, Vetter VL. Slipping rib syndrome as a cause of chest pain in children. *Clin Pediatr* 1996; **35**(8): 403-405.
 19. Tunaoglu FS, Olgunturk R, Akcabay S y cols. Chest pain in children referred to a cardiology. *Clinic Pediatr Cardio* 1995; **16**(2): 69-72.
 20. Zavaras-Angelidou KA, Weinhouse E, Nelson DB. Review of 180 episodes of chest pain in 134