

## Dor Torácica em Crianças

Lilian de Moraes Tompson, Munir Ebaid  
São Paulo, SP

Na clínica pediátrica geral, a dor torácica constitui um sintoma preocupante, tanto para os pais quanto para o próprio pediatra, uma vez que habitualmente tende-se associar esse sintoma a problemas cardíacos, embora saibamos que apenas uma pequena percentagem dos casos, cerca de 4 a 5%, seja decorrente de cardiopatias. Podemos encontrar precordialgia em todas as idades. Entretanto, cerca de 50% dos casos têm menos de 12 anos de idade e isto pode ser atribuído ao fato de doenças respiratórias serem mais freqüentes nessa faixa etária. Não há uma predileção por sexo. Geralmente, a dor torácica é um sintoma de caráter crônico, podendo durar mais de seis meses em alguns casos.

Tanto os fatores cardíacos como os extracardíacos podem ser responsáveis por dor torácica na infância e adolescência. Em ambos os grupos, predomina a dor de origem idiopática, onde não se encontra uma causa orgânica, seguindo-se as causas respiratórias, principalmente asma brônquica e pneumonias, fenômenos que constituem cerca de 80 a 90% do atendimento pediátrico geral, embora os traumas torácicos (pneumotórax, pneumomediastino) devam ser lembrados, principalmente quando os sintomas forem de início súbito. Afeções músculo-esqueléticas, tais como osteocondrite e costochondrite ocasionam dor torácica, sendo este achado muito comum em crianças maiores e adolescentes<sup>1-6</sup>. Torna-se relevante a palpação do tórax, pois muito freqüentemente encontramos aumento da sensibilidade nos casos de osteocondrites. Recentes estudos têm demonstrado que distúrbios gastro-esofágicos como esofagite, acalásia, disfunção da motilidade e gastrite, possuem destaque importante na etiologia da dor torácica. Berezin e col<sup>7,9</sup> revelaram que 78% dos casos de dor torácica eram originadas do trato gastro-intestinal. A anemia falciforme pode, eventualmente, apresentar precordialgia devido ao estado de hipóxia crônica em que se submete o miocárdio<sup>10</sup>. No grupo de adolescentes, o prolapso da valva mitral (PVM) e os distúrbios psicogênicos são preponderantes na etiologia da dor. Estudos recentes têm questionado a respeito da etiologia da dor precordial quando do PVM, uma vez que durante algum tempo acreditou-se que podia ser originada por isquemia subendocárdica<sup>11</sup>. Mas, Woolf e col<sup>12</sup>, estudan-

do os aspectos gástricos de crianças portadoras de PVM, mostraram que a grande maioria apresentava alteração do pH e da motilidade do trato gastro-intestinal. Na adolescência, é relevante investigar o uso de drogas, principalmente cocaína, que pode ocasionar dor tipo anginosa por levar à vasoconstricção coronária, além de, através de uma manobra de Vasalva durante a inalação da droga, haver rotura de cistos periféricos e gerar pneumotórax ou pneumomediastino<sup>13</sup>.

No que concerne à dor de origem cardíaca, as miocardites, pericardites, hipertensão pulmonar e as obstruções da via de saída do ventrículo esquerdo constituem as principais causas. A estenose aórtica causa dor do tipo anginosa com irradiação para a região cervical dorsal, abdômen ou membros superiores. Nesses pacientes a semiologia revela sopro sistólico de ejeção em via de saída de ventrículo esquerdo, irradiando-se para fúrcula e carótidas. Contudo, sabe-se que somente nos casos com obstrução importante é que observamos dor torácica como parte dos sintomas. Pericardites são afeções em que geralmente há história de febre, a dor piora em decúbito horizontal, os ruídos cardíacos podem estar abafados, além de estar presente atrito pericárdico na maioria das vezes. As arritmias podem levar à dor torácica acompanhadas de palpitações, constituindo a taquicardia supraventricular o tipo mais comumente encontrado. A doença de Kawasaki pode evoluir com formação de aneurismas, trombose das artérias coronárias e infarto do miocárdio. Algumas crianças com diabetes mellitus apresentam grau de doença coronária, podendo desenvolver precordialgia e infarto miocárdico. Todas as condições em que há roubo de fluxo coronário, como nas fístulas coronário-cavitárias e aorto-pulmonar, a dor torácica pode estar presente. O sopro contínuo será um dado importante na semiologia desses pacientes. Uma situação que não é rara é a origem anômala da artéria coronária esquerda de tronco pulmonar, responsável por dor precordial, cujo eletrocardiograma revela área de infarto do miocárdio. Existem outras causas menos comuns de dor torácica, como os tumores torácicos (linfoma de Hodgkin e não-Hodgkin) e tabagismo, hábito cada vez mais freqüente entre os jovens.

A anamnese e um exame físico cuidadoso podem fornecer a etiologia da grande maioria dos casos de dor torácica. Cabe ao pediatra ou cardiologista decidir sobre a real necessidade de realização de exames complementares. A investigação laboratorial deve ser feita naqueles casos onde não foi possível direcionar o diagnóstico apenas com os dados clínicos. Então, radiografia de tórax,

eletrocardiograma e ecocardiograma farão parte da investigação.

Em conclusão, a dor torácica na infância é sempre preocupante para pais e pediatras mesmo com a consciência de que somente uma minoria seja decorrente de problemas cardíacos, pois o coração, além de ser um órgão importante, constitui o símbolo da afetividade e, a manutenção desse equilíbrio da relação pais-filhos, é extremamente relevante e preciosa ao ser humano. Portanto, o cardiologista pediátrico, após sua avaliação cuidadosa, tem sobretudo a função de orientar e tranquilizar os pais.

### Referências

1. Zavaras-Agelidou KA, Weinhouse E, Nelson DB - Review of 180 episodes of chest pain in 134 children. *Pediatr Emerg Care*, 1992; 8: 189-93.
2. Rowe BH, Dulberg CS, Peterson RG, Vlad P, Li MM - Characteristics of children with chest pain to a pediatric emergency department. *Can Med Assoc J*, 1990; 143: 388-94.
3. Selbst SM, Ruddy RM, Clark BJ, Henretig FM, Sartulli T - Pediatric chest pain: a prospective study. *Pediatrics*, 1988; 82: 319-23.
4. Selbst SM, Ruddy R, Clark BJ - Chest pain in children. Follow-up of patients previously reported. *Clin Pediatr (Phila)*, 1990; 29: 374-7.
5. Selbst SM - Chest pain in children. *Am Fam Physician*, 1990; 41: 179-86.
6. Sharkey AM, Clark BJ - Common complaints with cardiac implications in children. *Pediatr Clin North Am*, 1991; 38: 657-66.
7. Berezin S, Medow MS, Glassman MS, Newman LJ - Chest pain of gastrointestinal origin. *Arch Dis Child*, 1988; 63: 1457-60.
8. Berezin S, Medow MS, Glassman MS, Newman LJ - Esophageal chest pain in children with asthma. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 1991; 12: 52-5.
9. Glassman MS, Medow MS, Berezin S, Newman LJ - Spectrum of esophageal disorders in children with chest pain. *Dig Dis Sci*, 1992; 37: 663-6.
10. Koren A, Wald I, Halevi R, Ben Ami M - Acute chest syndrome in children with sickle cell anemia. *Pediatr Hematol Oncol*, 1990; 7: 99-107.
11. Greenwood RD - Mitral valve prolapse in children. *Am Fam Physician*, 1987; 35: 99-106.
12. Woolf PK, Gewitz MH, Berezin S, Stewart JM, Fish BG - Noncardiac chest pain in adolescents and children with valve prolapse. *J Adolesc Health*, 1991; 12: 247-50.
13. Woodward GA, Selbst SM - Chest pain secondary to cocaine use. *Pediatr Emerg Care*, 1987; 3:153-4.