

¿Cardiopatía o cardiopreocupación?

María Luisa Antúnez Jiménez

Pediatra. Cardiología Infantil. Ex responsable Unidad de Cardiología Pediátrica. Hospital Universitario Materno-Infantil de Las Palmas

El dolor torácico, palpitaciones, disnea de esfuerzo y síncope son un motivo de consulta muy frecuente en los Servicios de Urgencia y en las consultas de Atención Primaria y Especializada, por la angustia que producen al relacionarla con la patología del adulto. Es muy importante dar al paciente y sus familiares una información precisa y adecuada con el fin de tranquilizarles.

Se define como dolor torácico: toda sensación dolorosa comprendida entre el diafragma y el cuello.

Las palpitaciones son una percepción de aumento de los latidos cardiacos, los cuales pueden ser sentidos en el pecho y también en el cuello. Pueden acompañarse de síntomas vegetativos, cuando producen bajo gasto.

El síncope es una pérdida brusca de conciencia y de tono postural, de duración breve, con recuperación espontánea, sin necesidad de maniobras de reanimación.

Pre-síncope es la sensación de atenuación de la conciencia, sin llegar a perderla. Este concepto no se debe confundir con la Lipotimia, ya que ésta es un "desvanecimiento" sin pérdida de conciencia.

Definimos como Disnea de esfuerzo, la sensación subjetiva de dificultad para respirar, que ocurre durante o inmediatamente después de hacer ejercicio. Es un cuadro de instauración progresiva, el paciente puede no ser consciente de ella e ir reduciendo su actividad física para adecuarla a sus posibilidades.

Para cuantificarla recurrimos a la Clasificación funcional de la NYHA (New York Heart Association)

- Grado I: disnea que aparece con esfuerzos superiores a los que representa la actividad habitual del paciente (asintomático con su actividad habitual).
- Grado II: disnea que aparece con las actividades habituales del paciente.

- Grado III: disnea que aparece con esfuerzos menores a los habituales.

- Grado IV: disnea de reposo.

Las causas mas frecuentes de los síntomas descritos, suelen ser extracardiacas, como son fundamentalmente el Asma, el Reflujo Gastro-esofágico, Osteocondritis, dolor musculo-esquelético, patología neurológica, Hipertiroidismo, etc...

Las causas de origen cardiaco representan menos del 5% y entre ellas destacamos:

- Cardiopatías congénitas: EAo severa, Coronaria anómala, S. post-pericardiectomía, etc...
- Cardiopatías adquiridas: Pericarditis, Aneurisma disecante de Ao, Miocardiopatías, Enf. De Kawasaki, consumo de cocaína....
- Alteraciones del ritmo: TPS, EV, TV, canalopatías.

Manejo del paciente

1. Historia Clínica:

- Antecedentes familiares: muerte súbita (canalopatías), miocardiopatías, cardiopatías congénitas, etc
- Antecedentes personales: Cardiopatías congénitas, Enf. De Kawasaki, Arritmias, etc....
- Anamnesis: Descripción del episodio y sus características, duración del mismo, irradiación (del dolor, de las palpitaciones), síntomas acompañantes, situaciones desencadenantes, etc

2. Exploración física:

- Antropometría y toma de TA.

- Inspección: Fenotipo, desarrollo pondero-estatural, color, respiración, malformaciones musculoesqueléticas.
- Palpación: Frémito, palpación cardíaca, abdomen: visceromegalias, pulsos: débiles a todos los niveles, ausentes en femorales, arrítmicos.
- Auscultación: pulmonar y cardíaca: Soplos, arritmia.

3. Exploraciones complementarias:

- Rx tórax: Dolor torácico.
- ECG tira larga: Si dolor torácico, palpitations o síncope.
- Analítica: Descartar trastornos electrolíticos.

Estas exploraciones deben ser realizadas con carácter urgente en el Servicio de Urgencias o en el Centro de Salud.

- Ecocardiografía TT (transtorácica): se realizará en todos los casos.
- Ecocardiografía Transesofágica: En determinadas patologías.
- Holter: En palpitations o síncope.
- Holter de eventos: Permite estudios de hasta 3 meses, se reserva para los síncope y las palpitations recurrentes.
- Ergometría: Se realiza en los dolores torácicos y síncope durante el esfuerzo, en la disnea de esfuerzo y las palpitations.
- MIBI: Para descartar isquemia miocárdica.
- Estudio genético: En cualquiera de los cuatro supuestos, si se objetiva alguna anomalía anatómica o si refieren antecedentes familiares de muerte súbita.
- TAC cardíaco: fundamentalmente para estudiar las coronarias.
- Hemodinámica: Coronariografía, HTP, etc...
- RM cardíaca: sospecha de Miocarditis,

Miocardopatía no compactada, etc

- EEF: Para estudio y tratamiento de arritmias.

Tratamiento

El tratamiento puede ser: Etiológico o sintomático.

Etiológico: Antiarrítmicos, Marcapasos, Cardioversión eléctrica puntual o implante de DAI (Desfibrilador Automático Implantable), Ablación con Radiofrecuencia, valvuloplastia Pulmonar, implante de Stents, valvulotomía, Cierre percutáneo de CIA y DAP, cirugía cardíaca, pericardiocentesis, etc...

Sintomático: Farmacológico, DAI (canalopatías, MCH), maniobra de Rashkind (HTP Eisenmenger).

Indicaciones de derivación a consulta especializada

- Antecedentes Familiares de muerte súbita, Miocardopatías.
- Antecedentes personales de patología cardíaca.
- Dolor, síncope o pre-síncope, palpitations o disnea desencadenada por el ejercicio físico o inmediatamente posterior.
- Anomalías objetivadas en la exploración física, Rx tórax, Ecg.
- Remitir con carácter urgente si el paciente está inestable hemodinámicamente.
- Si se combina alguno de estos síntomas con síncope, o si se acompañan de cortejo vago, remitir con carácter preferente.
- Si la sintomatología es aislada, se estudiará el paciente de forma programada.

Conclusiones

- Las causas de origen cardiológico, no son las más frecuentes.
- Es fundamental tener en cuenta los antecedentes personales y familiares.

- **Resaltar la importancia de la anamnesis.**
- **Es importante conocer el diagnóstico diferencial entre las etiologías de dolor torácico, palpitaciones, etc**
- **Destacar la importancia de explicar bien la etiología para poder tranquilizar al paciente y a su familia.**

Bibliografía

1. Edwards, C.P; Yavari,A; Sheppard, M.N; Sharma,S.(2.010). Anomalous coronary origin: the challenge in preventing exercise-related sudden cardiac death. *British Journal of sports medicine*, 44(2),pp.895-7.
2. Lin CY, Bailowitz A, Koslowe P et al: Kawasaki Syndrome. *Am J Dis Child* 141,306. 1.987.
3. Moore JW, Lock JE. Diagnostic and interventional catheterization in congenital heart disease. Boston: Kluber, 2000.
4. Rudolph AM. Congenital diseases of the heart: clinical-physiological consideration. 2ª ed. New York: Futura, 2001.
5. Hamdan MA, Maheshwari S, Fahey J.T. Endovascular Stents for Coarctation of the Aorta. *J AM Coll Cardiol* 2.001; 38: 1518-23.
6. Arora R, Trehan V, Kumar A et al. Transcatheter closure of congenital ventricular septal defects: experience with various devices. *J Interv Cardiol* 2.003; 16: 83-91.
7. Brugada J et al. Tratamiento de arritmias cardíacas con radiofrecuencia en pediatría. *An Esp. Pediatr* 1.998; 48: 385-88.
8. Richard P et al. Hypertrophic Cardiomyopathy. Distribution of disease genes spectrum of mutation and applications for a molecular diagnosis strategy. *Circulation* 2003; 107: 2.227-32.
9. Cava JR et al. Exercise recommendations and risk factors for sudden cardiac death. *Pediatr clin Amer* 2.004; 51: 1.401-20.
10. Sagristá Sauleda J. Diagnóstico y guía terapéutica del paciente con taponamiento cardíaco o constricción pericárdica. *Rev Esp Cardiol* 2.003; 56: 195-205.
11. Fernández Pineda L. Presente y futuro del tratamiento de la Insuficiencia Cardíaca. *Rev Esp Pediatr* 2.004; 60: 95-104.

