

Adolescente con fiebre y dolor torácico. El abordaje de siempre; pero lo ya conocido a veces sorprende

M.ª Mar López Matiacci, Miguel Ángel Zafra Anta, M.ª Teresa Penela Vélez de Guevara, Ana Isabel Mohedas Tamayo

Publicado en Internet:
4-abril-2022

M.ª Mar López Matiacci:
marlomatiacci@gmail.com

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. España.

Palabras clave:

- Dolor torácico
- Enfermedad de Bornholm
- Enterovirus
- Pleurodynia epidémica

Resumen

El dolor torácico en Pediatría es un síntoma común que puede suponer ingresos hospitalarios y derivaciones a especialistas. La etiología cardíaca es la responsable en una minoría de los casos, aunque es una de las que más preocupa al paciente y a sus familias. El dolor torácico agudo es un síndrome clínico que puede ser causado por casi cualquier condición que afecte al tórax, al abdomen o a los órganos internos. En ocasiones, este extenso y costoso trabajo de diagnóstico puede ser evitado teniendo en cuenta las causas más comunes y no graves. Se comenta el caso de un niño con la enfermedad de Bornholm secundaria a la infección por enterovirus.

Adolescent with fever and chest pain. The usual approach; but what is already known sometimes surprises

Abstract

Chest pain in paediatrics is a common symptom that may generate in hospital admissions and referrals. Although a cardiac etiology is only identified in a minority of cases, it is one of the causes that patients and families are most worried about. Acute chest pain is a presentation syndrome that may be caused by almost any condition affecting the thorax, abdomen, or internal organs. In some cases, this extensive and expensive diagnostic workup can be avoided with awareness of more common and non-severe reasons. We describe the case of a child with Bornholm disease secondary to enterovirus infection.

INTRODUCCIÓN

El dolor torácico es un motivo de consulta frecuente también en la edad pediátrica: hasta el 0,5-1% de las consultas en los servicios de urgencias. Las posibilidades etiológicas son muy amplias y casi siempre se trata de un proceso benigno, sin consecuencias. Pero es percibido con ansiedad por la posibilidad de una patología cardiovascular grave, y debe hacerse un adecuado diagnóstico diferencial¹⁻³.

Entre sus causas, está el síndrome de Bornholm o pleurodynia epidémica. Un médico danés, Ejner Sylvest (1880-1972), fue el primero en darle nombre a este síndrome; sin embargo, ya había sido descrito previamente por Daae y Homann, noruegos, en 1872 en la localidad de Bamble (Noruega)⁴. En el verano de 1930, en la isla de Bornholm, Dinamarca, en el mar Báltico, Ejner Sylvest, su mujer y 23 personas más sufrirían una serie de síntomas a los que él llamó «mialgia epidémica» o «enfermedad de Bornholm». Lo publicó como miositis epidémica, y en

Cómo citar este artículo: López Matiacci MM, Zafra Anta MA, Penela Vélez de Guevara MT, Mohedas Tamayo AI. Adolescente con fiebre y dolor torácico. El abordaje de siempre; pero lo ya conocido a veces sorprende. Rev Pediatr Aten Primaria. 2022;24:71-4.

1933 fue motivo de su tesis doctoral. La clínica consiste en un cuadro de fiebre y cefalea, acompañado en ocasiones por ataques de intenso dolor torácico inferior, brusco, que dificulta la respiración, y puede ser una experiencia hasta aterradora. Puede haber dolor abdominal superior. Posteriormente se han publicado diversos brotes de casos, asociados a virus, predominando el Coxsackie B^{4,5}.

CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 11 años que, en el mes de agosto de 2019, consultó en el servicio de urgencias por fiebre (38,5 °C) y dolor centro-torácico de 12 horas de evolución. Refería que el dolor se irradiaba al hemitórax derecho, y se acentuaba con el decúbito y con la inspiración profunda. No presentaba clínica catarral, ni traumatismos previos. Sin vómitos ni diarrea. No había datos en los antecedentes personales o familiares relevantes, con vacunación al día y sin alergias. Tuvo bronquitis sibilante de repetición en la primera infancia.

La exploración física general fue normal. En las exploraciones complementarias realizadas no tenía hallazgos patológicos en la radiografía de tórax (solo contractura antiálgica) ni en el electrocardiograma (ECG). La analítica no tenía nada destacable: hemograma normal, proteína C reactiva 4,04 mg/dl, bioquímica con perfil hepatorrenal y coagulación normal.

Presentó buena respuesta con analgesia oral, por lo que se da de alta con un fármaco antiinflamatorio pautado por posible diagnóstico de costocondritis.

A las 24 horas acudió de nuevo al servicio de urgencias por persistencia de la fiebre (38,5 °C) y el dolor centro-torácico, acompañado en esta ocasión de dolor en hipocondrio derecho tanto en reposo como a la palpación. Se realizó un control de analítica sanguínea (con lipasa y hemocultivo), ECG, radiografía simple de abdomen y el sistemático de orina, resultando todo normal. También se realizó ecocardiografía donde no se objetivaron alteraciones estructurales ni en la función cardíaca. Ante la

normalidad de las exploraciones complementarias y la mejoría de la clínica durante su observación se decidió alta.

Cuatro días más tarde regresó de nuevo por persistencia de la fiebre y vómitos, ya no presentaba dolor torácico ni abdominal; sin embargo, en esta ocasión presentaba cefalea con intensa rigidez nucal a la exploración, por lo que se realizó punción lumbar. Citobioquímica del líquido cefalorraquídeo. Tenía aumento de leucocitos, 24 cels/mm³ (92% mononucleares: 92% y 8% PMN), glucosa: 59 mg/dl, proteínas: 28 mg/dl. No se visualizaron gérmenes en la tinción de Gram. Era compatible con meningitis aséptica. El resultado de la reacción en cadena de la polimerasa fue positiva para enterovirus, así como negativo para varicela y herpes.

Ante la clínica de fiebre, dolor torácico y abdominal complicado posteriormente con meningitis aséptica por enterovirus, se diagnosticó de pleurodinia epidémica o síndrome de Bornholm. Precisaría hospitalización durante dos días por cefalea post-punción, para control del dolor, con mejoría clínica. La evolución posterior fue normal, y no hubo casos en el entorno.

DISCUSIÓN

La pleurodinia epidémica suele tratarse de un cuadro que presenta sintomatología durante 4-6 días, siendo lo más común la cefalea y la fiebre, acompañadas de mialgias y dolor tipo pleurítico intenso, intermitente y súbito en región anteroinferior del tórax. Asocia en ocasiones dolor abdominal; con baja frecuencia se complica con meningitis aséptica, como en el caso de nuestro paciente, así como orquitis y miocarditis⁴⁻⁶.

El diagnóstico suele hacerse por exclusión, con base en la clínica, sin confirmarse la etiología en la mayoría de los casos. En nuestro paciente, al presentar meningismo, pudimos caracterizar el enterovirus como causante del cuadro, por medio de la técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) del líquido cefalorraquídeo. La PCR nos permitió acortar el tiempo de estancia hospitalaria, explicar a la

familia la causa y el pronóstico favorable, y evitar un tratamiento antibiótico innecesario.

Este caso clínico es previo a la pandemia actual de coronavirus SARS-CoV-2, iniciada en China en diciembre de 2019. En estos tiempos, nuestro paciente hubiera requerido una PCR de coronavirus para su diagnóstico, según los protocolos actuales en la pandemia; pero el manejo habría sido similar.

En la bibliografía encontramos poco acerca de la etiología de la pleurodinia epidémica, puesto que la benignidad de este proceso ha impedido un mayor desarrollo de la investigación. Dada las manifestaciones intensas y súbitas de dolor torácico,

recibe coloquialmente una multitud de nombres narrativos: «el agarre del diablo» o «la empuñadura del fantasma», y en Noruega la enfermedad de Bamble^{4,6}. No parece que su prevalencia sea excepcional, y probablemente haya casos asintomáticos o poco sintomáticos.

En las primeras publicaciones sobre este síndrome describían como principal causante el virus Cosxakie tipo B, virus perteneciente a la familia *Picornaviridae* (RNA virus), del género Enterovirus. Actualmente con las pruebas de amplificación del ARN y ADN sabemos que puede ser provocada por varios tipos de enterovirus. La patología es una miosis

Tabla 1. Causas de dolor torácico, con su frecuencia relativa como consulta en Pediatría*

| | |
|--|--|
| Idiopática (12-85%) | |
| Musculoesquelética (15-43%) | <ul style="list-style-type: none"> • Costocondritis • Síndrome De Tietze • Síndrome De Pinzamiento Precordial (o Puncada De Teixidor) • Síndrome De La Costilla Deslizante • Pleurodinia |
| Respiratoria (12-21%) | <ul style="list-style-type: none"> • Asma • Neumonía, bronquitis y tos • Derrame pleural • Neumotórax • Neumomediastino |
| Psicógena (5-17%) | |
| Gastrointestinal (4-7%) | <ul style="list-style-type: none"> • Reflujo gastroesofágico • Esofagitis • Ingesta de cuerpo extraño/cáustico • Colecistitis • Pancreatitis • Hepatitis • Aeroftagia |
| Cardiovasculares (0-4%) | <ul style="list-style-type: none"> • Arritmias: taquiarritmias, extrasistolia • Anomalías estructurales: con obstrucción del tracto de salida ventricular izquierdo (estenosis aórtica y la miocardiopatía hipertrófica obstrutiva), prolapo de la válvula mitral (controvertida), arterias coronarias anómalas • Fenómenos inflamatorios: miocarditis, pericarditis • Enfermedad de Kawasaki • Vasoespasmo coronario: primario, secundario a cocaína • Vasooclusión coronaria en niños con drepanocitosis • Vasculares: rotura o disección aórtica (muy infrecuente, aunque existe riesgo aumentado en conectivopatías, sobre todo en el síndrome de Marfan), síndrome de Turner, síndrome de Noonan y pacientes con válvula aorta bicúspide • Tromboembolismo pulmonar • Infarto de miocardio |
| Otras (<1-5%, según el entorno de la consulta) | <ul style="list-style-type: none"> • Mastalgia (se da tanto en niñas como en niños) • Herpes zóster • Traumática (costal, cardiaca, visceral) • Reumática • Leucemia y tumoral |

*Elaboración propia, modificado de las referencias 1, 2, 5 y 6.

infecciosa, causada por Coxsackie B1-B6, y también Echovirus. Raramente hay complicaciones, como miocarditis o pericarditis. Por tanto, el nombre de pleurodynia epidémica realmente no es exacto en muchas ocasiones, dado el origen muscular del dolor. Generalmente no presenta afectación de la pleura, ni del peritoneo; aunque se produzca un intenso dolor torácico o incluso pueda hasta simular un abdomen agudo. El tratamiento es sintomático, con manejo de soporte dada la benignidad del cuadro.

El manejo diagnóstico del dolor torácico es un reto dada la multitud de posibles causas. Véase la **tabla 1**. Tras la valoración de gravedad o posibles signos de alarma, una anamnesis y una exploración adecua-

das nos orientarán de forma suficiente en muchos casos para diferenciar los casos banales de aquellos que pueden deberse potencialmente a enfermedades graves^{1,2}.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo. Existe consentimiento familiar para la publicación anónima del caso.

ABREVIATURAS

ECG: electrocardiograma • **PCR:** reacción en cadena de la polimerasa • **PMN:** leucocito polimorfonuclear.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guixeres Esteve T, Moriano Gutiérrez A, Insa Albert B. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Dolor torácico. AEPap; 2015 [en línea] [consultado el 12/11/2021]. Disponible en <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/10/dolor-toracico>
2. Crespo Marcos D, Pérez-Lescure Picarzo J, Zambrano Castaño M. Dolor torácico. Rev Pediatr Aten Primaria. 2010;12:95-107.
3. Ferrés F, García F. Dolor torácico. En: SEUP-AEP. Protocolos diagnóstico terapéuticos de Urgencias Pediátricas. Madrid: Ergon; 2010. p. 83-90. Disponible en https://algoritmos.aepap.org/adjuntos/dolor_toracico.pdf
4. Huebner RJ, Risser JA, Bell JA, Beeman EA, Beigelman PM, Strong JC. Epidemic pleurodynia in Texas. A Study of 22 Cases. N Engl J Med. 1953;248:267-74.
5. Lal A, Akhta J, Isaac S, Mishra AK, Khan MS, Noreldin MN, et al. Unusual cause of chest pain, Bornholm disease, a forgotten entity; case report and review of literature. Respir Med Case Rep. 2018;25:270-3.
6. Bruehl MJ, Brown WD, Metropulos D, Antoon JW. A Devil of a Case: Chest Pain in an Adolescent. Clin Pediatr. 2019;58:482-4.