

Quando il dolore toracico fa riflettere

Un case report pediatrico

Valerio M. Magro¹, Michele Fiore²

¹ Medico di Medicina Generale, Roma; ² Pediatra di Famiglia, Genova

CASE REPORT

Si descrive il caso di un ragazzo di 10 anni. MF giunge alla nostra osservazione per dolore diffuso al torace che ha causato il risveglio dal sonno, della durata – riferita – di circa 1 ora. All’anamnesi i genitori riferiscono che MF presenta febbre (TC massima 38,5 C) da circa 7 giorni che perdura ancora al momento della nostra valutazione. MF era già stato visitato da altro sanitario in seconda giornata di febbre, l’obiettività aveva evidenziato solo faringe iperemico ed era stata prescritta terapia con ketoprofene.

Nei due giorni precedenti la nostra valutazione, viene riferita comparsa di dolore epigastrico talora associato a ipersialorrea e difficoltà respiratoria (non meglio specificata), della durata di pochi minuti e a regressione spontanea.

Alla visita, MF si presentava in buone condizioni generali ed in apparente buona salute. L’esame obiettivo si presentava sostanzialmente normale eccetto che per iperemia faringo-tonsillare con tonsille ipertrofiche, soffio sistolico 2/6 al centrum.

Venivano effettuati esami ematici e strumentali presso un nosocomio cittadino.

All’emocromo i GB erano normali con formula invertita (WBC 12600/mcl di cui 71,2% neutrofilo e 16,3% linfociti); I GR erano 4.560.000/mcl, con emoglobina 13 g/dl, piastrine 276.000/mcl. Il titolo anti streptolisinico era pari 1421 U/ml con VES 75 mm/h e Proteina C Reattiva pari a 10,1 mg/dl (v.n. < 0,5). I restanti parametri erano negativi o nella norma con glicemia 115 mg/ml, ratio proteinuria/creatininuria 0,22. All’esame urine si notava nitriti urinari ed ematuria. Venivano ricercati i livelli di troponina, TnI 6,91 ng/ml (v.n. < 0,08), CK 243 U/l, CK-MB 16,9 ng/ml.

ECG seriati non mostravano alterazioni, mentre l’ecocardiogramma metteva in evidenza solo una lieve insufficienza mitralica, già presente in anamnesi. L’Holter-ECG metteva in evidenza la presenza di extrasistolia ventricolare monomorfa con fasi di aritmia respiratoria.

Negativi Rx torace, urinocoltura, ecografia renale, titolo degli ANA, IgA, fattore reumatoide, C3 e C4, sierologia per TORCH, cardio-RM.

Sulla base della storia clinica e dei risultati delle indagini veniva posta diagnosi di malattia reumatica con lieve screezio miocardico e intrapresa terapia con benzatrin-penicillina 1.200.000 UI intramuscolo e successive somministrazioni ogni 28 giorni e controllo degli indici infiammatori, assieme ad ASA 850 mg/6 ore per un mese, con rabeprazolo 20 mg. Veniva inoltre consigliata – in post-dimissione – il riposo assieme alla limitazione della attività fisica. Il bambino quindi veniva dimesso in stato apiretico, senza dolori toracici e cardiomarkers ed enzimi cardiaci nella norma.

DISCUSSIONE

La probabilità che il dolore toracico, in età pediatrica, sia dovuto a cause cardiache o sia associato a patologie cardiache è estremamente bassa. Le domande a cui dobbiamo rispondere sono: quanto è frequente; quali sono le cause più frequenti, quali strumenti usare per la diagnosi ma, soprattutto, è più utile escludere o fare diagnosi?

Non ci sono molti dati sulla frequenza; da una indagine condotta dall’Ospedale Burlo Garofalo, viene riportato che gli accessi al PS per questa causa sono meno dell’1%.

Le cause, più frequenti, di dolore toracico si possono iscrivere a quelle di natura non organica, quali dolori muscolari, ipersensibilità soggettiva alle variazioni di frequenza cardiaca e talvolta anche alla iperventilazione.

Quali sono, allora, le riflessioni che dobbiamo fare da medici del territorio (MMG e PdF)? Certamente avere un referto ECG compilato da un cardiologo pediatra è di fondamentale importanza. Sappiamo bene che alcune delle "anomalie" ecografiche che si incontrano, sono situazioni fisiologiche (o *para-fisiologiche*) in età pediatrica (es. deviazione assiale destra, ipertrofia ventricolare dx, "sovraccarico ventricolare", "ischemia" per T negativa in V3-V4).

In presenza di un dolore toracico (associato o meno ad altre patologie, come nel caso clinico qui esposto), le domande che dobbiamo porci per l'inquadramento sono le seguenti.

Fattori di rischio all'anamnesi

- malattie rare che prevedono nella loro storia naturale problemi cardiaci (lupus ES, malattia di Takayasu, s. di Williams, s. di Prader Willi, s. di Ehlers Danlos);
- dislipidemie familiari;
- fumo, abuso di sostanze;
- uso di pillola anti-concezionale.

Caratteristiche del dolore riferite dal ragazzo

- durata;
- frequenza;
- lunghezza (in genere ci vengono riferiti dolori toracici di lunga durata);
- tipo di dolore;
- localizzazione.

CONCLUSIONI

Il dolore toracico è un disturbo relativamente comune nei bambini. Gli studi presenti in letteratura suggeriscono che questo disturbo raramente è di origine cardiaca. La storia clinica del ragazzo, l'esame obiettivo e pochi esami possono rassicurare la famiglia. L'invio allo specialista cardiologo, può rassicurare la famiglia (e noi stessi) ma raramente è necessario.

Bibliografia essenziale

- Hanson CL, Hokanson JS. *Etiology of Chest Pain in Children and Adolescents Referred to Cardiology Clinic*. *Wisconsin Medical J* 2011;110:58-62.
- Angoff GH, Kane DA, Giddins N, et al. *Regional implementation of a pediatric cardiology chest pain guideline using SCAMPs methodology*. *Pediatrics* 2013;132(4):e1010-7.
- Favory R, Neviere R. *Bench-to-bedside review: Significance and interpretation of elevated troponin in septic patients*. *Critical Care* 2006;10:224.