

Síndrome coronario agudo: una causa excepcional de dolor torácico en pediatría

Lucía Barbosa¹ , Ana Laura Casuriaga^{2*} , Alicia López¹ , Gustavo Giachetto³ 

¹Hospital Regional de Tacuarembó, Tacuarembó, Uruguay

²Hospital Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay

³Facultad de Medicina, Universidad de la República Oriental del Uruguay, Montevideo, Uruguay

Fecha de recepción: 20-01-2025

Fecha de aceptación: 24-04-2025

*Correspondencia: Ana Laura Casuriaga. anitacasuriaga7@gmail.com

Resumen

Introducción: las causas cardíacas de dolor torácico en niños y adolescentes son poco frecuentes, pero potencialmente graves. Las anomalías de las arterias coronarias constituyen el 2,2 % de las cardiopatías congénitas.

Objetivo: describir un caso clínico de dolor torácico de causa cardíaca, con énfasis en el proceso diagnóstico.

Caso clínico: varón de 13 años. Presenta síncope de esfuerzo y ángor clase funcional II-III de tres meses de evolución durante la realización de ejercicio físico. Consulta por síncope durante la práctica de fútbol. Concomitantemente, refiere dolor torácico, opresivo, muy intenso, en todo el precordio, sin irradiaciones. Examen: normal. Electrocardiograma: infra desnivel del segmento ST en DI, DII y V2-V6. Test de troponinas: negativo. Radiografía de tórax y ecocardiograma: normales. Se inicia tratamiento con morfina intravenosa, nitritos transdérmicos, ácido acetilsalicílico y enoxaparina. Una hora después, ECG: renivelación del ST. A las 12 horas: test cualitativo de troponinas positivo. Enzimograma cardíaco: CPK 965 U/L y CPK-MB 67. Cineangiografía: origen coronario anómalo del tronco coronario izquierdo. Angiotomografía: tronco coronario izquierdo nace del seno coronario derecho, con un trayecto intramural e intraarterial. Se realizó creación de neoostium izquierdo mediante fijación del endotelio a la pared. Evolución: favorable.

Discusión: resulta fundamental que los profesionales que asisten a niños y adolescentes estén familiarizados con los principales aspectos a considerar de la anamnesis y el examen físico, a fin de pesquisar adecuadamente cardiopatías congénitas y adquiridas, según las recomendaciones vigentes. Esto contribuirá al diagnóstico precoz y al tratamiento oportuno de estas patologías y podrá modificar sensiblemente el pronóstico, tal como ocurrió en el caso analizado.

Palabras clave: Dolor precordial. Arteria coronaria anómala. Niños.

Introducción

El dolor torácico representa 6 de cada 1.000 consultas en los servicios de urgencia pediátricos; la distribución por sexos es similar y predomina en adolescentes¹⁻³. Su etiología es muy variada. Si bien en la mayoría de los casos se trata de procesos benignos no cardíacos, suele generar gran ansiedad y preocupación en las familias^{4,5}.

Las causas extracardíacas representan el 95% y se subdividen en musculoesqueléticas (30%),

respiratorias (10-12%), psicógenas y gastrointestinales (5-7%). Las causas cardíacas son poco frecuentes, pero potencialmente graves y son más probables cuando el dolor ocurre durante un ejercicio intenso. Las principales causas cardíacas incluyen arritmias, anomalías estructurales (obstrucción del tracto de salida ventricular izquierdo, prolapso de válvula mitral, arterias coronarias anómalas), procesos infecciosos o inflamatorios de estructuras cardíacas y causas vasculares⁴.

Resulta fundamental realizar una anamnesis completa y un examen físico minucioso para poder tener una adecuada aproximación diagnóstica y racionalizar la indicación de estudios complementarios^{1,2,4}.

A continuación, se desarrolla el caso de un adolescente de 13 años que presentó dolor torácico durante la práctica de fútbol a nivel competitivo, en el que se arribó al diagnóstico de origen coronario anómalo del tronco coronario izquierdo. El objetivo de la presentación es describir un caso clínico de dolor torácico de causa cardíaca con énfasis en el proceso diagnóstico.

Caso clínico

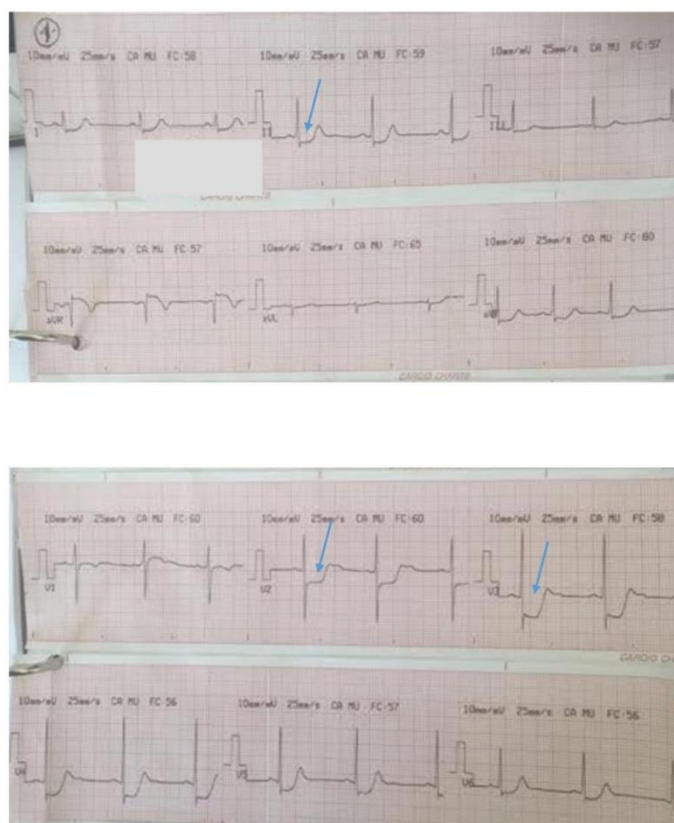
El adolescente tiene 13 años, es de sexo masculino y procedente de Tacuarembó. Sin antecedentes familiares a destacar. Antecedentes personales: síncope recurrentes durante la realización de actividad física, precedidos de dolor torácico de segundos de duración, de 3 meses de evolución. En algunos episodios, consulta en emergencia y se interpretan como síncope vasovagales. Se indica control ambulatorio con pediatra y cardiólogo. Niega el consumo de sustancias psicoactivas, no ingiere fármacos. No tiene otros antecedentes a destacar.

El día del ingreso, es trasladado por unidad de emergencia móvil por presentar durante la práctica de fútbol un episodio brusco de pérdida de conocimiento,

de segundos de duración, con pérdida del tono postural, con recuperación espontánea y completa. Concomitantemente, dolor precordial, opresivo, intensidad 8/10, sin irradiaciones, acompañado de sudoración profusa y palidez cutánea.

Al arribo a la emergencia: lúcido, sudoroso, palidez cutánea. Presión arterial 80/50 mmHg. Saturación de O₂ ventilando espontáneamente al aire 98%. Temperatura axilar: 36° C. A nivel cardiovascular: ritmo regular de 60 cpm tonos bien golpeados, sin soplos. Pulsos periféricos presentes, simétricos y sincrónicos con central en los 4 miembros. Tiempo de recoloración de 2 segundos. Pleuropulmonar buena entrada de aire bilateralmente sin estertores. Mantiene intenso dolor precordial. El resto del examen físico sin alteraciones. El electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones muestra infra desnivel del segmento S-T de 5 a 7 mm en derivadas DI y DII y en las precordiales V2 a V6 (**Figuras 1 y 2**). Test de troponinas: negativo y radiografía de tórax: normal. Ecocardiograma Doppler: sin alteraciones sectoriales de la contractilidad, no presenta alteraciones valvulares. Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) conservada. Raíz de aorta de dimensiones normales.

Se inicia tratamiento con morfina intravenosa, nitratos transdérmicos, ácido acetilsalicílico vía oral y enoxaparina subcutánea. Una hora luego del comienzo



Figuras 1 y 2. Electrocardiograma realizado en emergencia donde se evidencia el infra desnivel de segmento S-T de 5 a 7 mm en derivadas DI y DII y en las precordiales V2-V6.

del tratamiento, se reitera ECG donde se evidencia re-nivelación del segmento ST, paciente sin dolor.

Dadas las manifestaciones clínicas y los hallazgos en los estudios paraclínicos se plantea síndrome coronario agudo (SCA) con infra desnivel del segmento ST. Dentro de las posibles causas etiológicas se plantearon: miocarditis aguda, anomalía coronaria congénita y angina de Prinzmetal.

Ingresa al centro de terapia intensiva donde permanece 48 horas, hemodinámicamente estable. Se continúa el tratamiento con nitritos transdérmicos. A las 12 horas del ingreso troponinas positivas, creatinfosfo cinasa (CPK) 965 U/L (valor de referencia: 32-294 U/L) y CPK-MB 67. Se reitera ECG evidenciándose nuevamente el infra desnivel del segmento S-T.

Se traslada al centro cardiológico de referencia para realización de cineangiocoronariografía que informa el origen coronario anómalo del tronco coronario izquierdo.

Angiotomografía: tronco coronario izquierdo nace del seno coronario derecho, en forma independiente al nacimiento de la arteria coronaria derecha (ACD), con un trayecto intramural (tangencial a la pared

de la aorta) e intraarterial, transcurriendo entre la arteria pulmonar y la aorta. Calibre de 2 mm, con una reducción del 50 % con relación al calibre del tercio proximal (**Figura 3**).

Se realizó cirugía cardíaca, evidenciándose ostium coronario izquierdo de nacimiento anómalo en seno de Valsalva derecho al lado del ostium derecho. Trayecto intramural de la arteria coronaria izquierda hasta su salida en el seno de Valsalva izquierdo. Se realizó neo ostium izquierdo mediante fijación del endotelio a la pared.

El ecocardiograma de control mostró FEVI conservada, VI no dilatado, sin trastornos de la motilidad, flujo de coronaria partiendo del ostium izquierdo. La angiotomografía de control al año de la cirugía informa: arteria coronaria izquierda originada del neo ostium en topografía del seno coronario izquierdo, con trayecto norma. Tronco coronario izquierdo (TCI): en su origen de 3 mm de diámetro sin placas.

El conjunto de datos que respaldan los hallazgos de este estudio no se encuentra disponible en repositorios de acceso público.

Discusión

El 1-4 % de las causas de dolor torácico en pediatría tienen un origen cardíaco. Las principales causas de etiología cardíaca son arritmias, cardiopatías y patología coronaria congénita y adquirida⁵. Las arritmias pueden ser taquiarritmias y estar relacionadas o no con el ejercicio físico. En este paciente, el examen físico y el ECG permitieron descartar este diagnóstico. Otras causas pueden ser las anomalías estructurales con obstrucción del tracto de salida ventricular izquierdo; dentro de estas la más frecuente es la estenosis aórtica y la miocardiopatía hipertrófica obstructiva. Estas últimas no fueron planteadas en este paciente dados los hallazgos clínicos y paraclínicos no compatibles con estos diagnósticos⁴.

Cuando el dolor torácico se asocia con alteraciones en el ECG y la elevación de las enzimas cardíacas, plantea el diagnóstico diferencial fundamentalmente entre la miopericarditis y el síndrome coronario agudo. La miocarditis se presenta habitualmente con taquicardia, disnea de esfuerzo y afectación de estado general y si asocia compromiso pericárdico, el dolor es brusco y punzante, empeora en decúbito supino y mejora inclinado hacia delante. Por otra parte, las miopericarditis suelen ser precedidas de síntomas de infección respiratoria más comúnmente u otras. En el paciente que se analiza, la ausencia de taquicardia, la aparición del dolor frente al ejercicio y las características semiológicas del mismo, en ausencia de síntomas sugestivos de infección, no orientaban a este planteo diagnóstico^{6,7}.

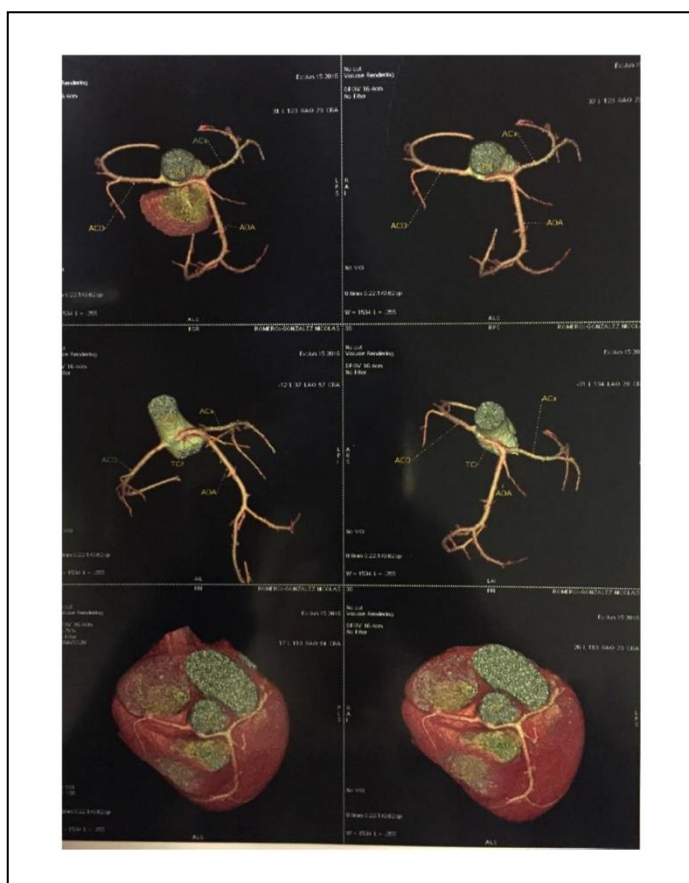


Figura 3. Angiotomografía coronaria. Se observa que el tronco coronario izquierdo nace del seno coronario derecho en forma independiente al nacimiento de la ACD, con un trayecto intramural (tangencial a la pared de la aorta) e intraarteria, transcurriendo entre la arteria pulmonar y la aorta.

Existen otras causas vasculares poco frecuentes que no fueron planteadas en el paciente que se analiza, por la ausencia de manifestaciones clínicas y/o antecedentes sugestivos como la enfermedad de Kawasaki, el vasoespasmo secundario a consumo de cocaína, vaso oclusión coronaria y rotura o disecación aórtica. La enfermedad de Kawasaki es una de las causas adquiridas de patología coronaria más frecuentes^{2,6}.

Las anomalías de las arterias coronarias constituyen el 2,2 % de las cardiopatías congénitas. Se pueden encontrar aisladas o en asociación con otros defectos anatómicos cardíacos. Se las agrupan en 7 categorías según la clasificación de Rigatelli para unificar criterios diagnósticos y terapéuticos. El grupo causante de la mayor parte de los eventos clínicos (muerte súbita e isquemia miocárdica) se atribuye a las que tienen su origen en el seno de Valsalva contralateral, trayecto transmural arterial e interarterial^{2,8}.

Se caracterizan por tener un espectro de presentación clínica muy variable. Pueden manifestarse clínicamente como muerte súbita o mediante síntomas relacionados con el ejercicio, como síncope y/o dolor torácico, tipo isquémico que obligan al paciente a detener su actividad, tal como ocurrió en el caso que se analiza^{2,9,10}. La patología coronaria puede estar localizada a nivel del origen, en el trayecto epicárdico o en las ramas intramurales.

Las anomalías congénitas de las arterias coronarias son la segunda causa de muerte súbita en el ejercicio, siendo responsables del 12 % al 19 % de las muertes súbitas en pacientes jóvenes, en general durante el ejercicio^{11,12}.

Frente a la muerte súbita de un lactante, niño o adolescente, especialmente si ocurre en relación con el ejercicio, es fundamental verificar el estado de las arterias coronarias, el origen en la aorta, la forma y situación de los ostium, el ángulo de emergencia, el trayecto que hace en su recorrido inicial en su localización epicárdica e intramural^{1,13}. Actualmente, se postula que las arterias coronarias que tienen un trayecto interarterial (o intramural), en las que la arteria anómala es la dominante, y las que se presentan con sintomatología clínica en menores de 30 años, son las que tienen mayor índice de muerte súbita³.

Con relación al diagnóstico, la prueba no invasiva recomendada es inicialmente el ecocardiograma transtorácico (ETT) que permite la visualización de los ostium coronarios en más del 90% de los casos. En este caso clínico, el ecocardiograma fue normal. Las coronarias en edades pediátricas pueden ser muy delgadas, por lo que en el ecocardiograma se puede visualizar el nacimiento, pero pocas veces el trayecto de la misma. Por ello, habitualmente se requiere de otros estudios de imagen como angiotomografía

coronaria e incluso cinenagiocoronografía. También, se aconseja la utilización del eco Doppler color para identificar la dirección del flujo cuando se trata de descartar una anomalía.

La angiotomografía coronaria (angioTC) y la angiersonancia son los mejores métodos diagnósticos para visualizar y analizar el trayecto arterial. Krishnamurthy et al. evaluaron la precisión de la angiotomografía en la identificación de anomalías en el origen de las arterias coronarias. Además, compararon las lecturas de la angioTC con los hallazgos quirúrgicos en una serie de pacientes observando que resultó ser muy precisa para identificar anomalías en el origen de la arteria coronaria y el trayecto intramural y moderadamente precisa para identificar la ubicación del ostium o lesiones asociadas¹⁴. En el caso clínico que se analiza, se realizó una angiotomografía que permitió la confirmación diagnóstica y la planificación del tratamiento quirúrgico.

El electrocardiograma puede mostrar signos de isquemia y/o infarto agudo de miocardio en más del 80 % de los casos, en nuestro paciente mostró un infra desnivel del segmento ST. Es importante destacar que los pacientes portadores de patología coronaria habitualmente presentan ECG basales normales, por lo que esta patología puede pasar desapercibida aún en pacientes bien controlados¹.

La arteria coronaria izquierda, originada en el seno de Valsalva derecho con trayecto inicial entre los troncos arteriales de aorta y pulmonar, como en este paciente, es la forma que más se asocia a muerte súbita con el ejercicio. En este caso se realizó un diagnóstico oportuno dado que, según la casuística, la mayoría de los diagnósticos se realizan *post mortem* en necropsias³.

El diagnóstico temprano es lo que permite la corrección quirúrgica del defecto, evitando la muerte¹.

En cuanto al tratamiento en personas jóvenes asintomáticas, la revascularización es discutida. Algunos autores optan por realizarla dado que la muerte súbita es impredecible, y otros realizan seguimientos anuales con ecografías de estrés con talio y actúan según los resultados².

En nuestro país existen recomendaciones de expertos acerca de la valoración pre deportiva en niños, niñas y adolescentes. En ellas se considera fundamental la realización de una anamnesis y examen físico exhaustivos, considerando los 14 puntos recomendados por la *American Heart Association* (Tabla 1)¹⁵. La solicitud de estudios complementarios e interconsultas dependerá de la situación clínica y los antecedentes. En el paciente que se analiza, se destacan los antecedentes de síncope sin una causa explicada que aparecían durante el ejercicio y

Tabla 1. Lista de verificación para pesquisa de cardiopatías congénitas y adquiridas en atletas jóvenes recomendada por la American Heart Association (AHA).

Antecedentes personales	
1	Dolor torácico anterior u opresión que aparece en el esfuerzo y cede con el reposo (características de ángor típico).
2	Síncope o presíncope de causa inexplicada, que aparece durante el esfuerzo físico y/o en el cual no se sospecha origen reflejo. El síntoma en el post esfuerzo inmediato de un trabajo intenso suele ser de origen reflejo.
3	Disnea o fatiga excesiva e inexplicada en relación con el ejercicio. Tiene especial importancia cuando aparece en un sujeto que viene entrenado y menos importancia cuando es de inicio de la práctica de ejercicio.
4	Detección de soplo cardíaco que no haya sido estudiado y desestimado.
5	Hipertensión arterial diagnosticada y/o tomando medicación antihipertensiva.
6	Restricción previa a deportes indicada por otro equipo médico.
7	Estudios cardiológicos previos pendientes o de los que desconocemos los resultados indicados por otro equipo médico.
Antecedentes familiares	
8	Muerte inexplicada y repentina (muerte súbita) antes de los 50 años en algún familiar.
9	Discapacidad por causa cardíaca en familiar de primer grado <50.
10	Antecedente personal de patología cardíaca conocida como: <ul style="list-style-type: none"> • Cardiopatía hipertrófica o dilatada • Síndrome de QT largo u otras canalopatías • Trastorno del ritmo severo • Síndrome de Marfan • Alteraciones genéticas cardíacas en familiares.
Examen físico	
11	Soplo cardíaco, con signos de organicidad. Los soplos sistólicos en foco aórtico y pulmonar, que varían con la inspiración y espiración, de jóvenes delgados son en general soplos "funcionales".
12	Valoración de pulsos femorales: ausentes.
13	Valoración de estigmas de síndrome de Marfan.
14	Toma de presión arterial en miembros superiores e inferiores: diferencia >20 mmHg entre ambos miembros superiores o inferiores menor que superiores. En cualquier caso, verificar.

Fuente: Rossi et al¹⁵.

de disnea de esfuerzo que no fueron adecuadamente jerarquizados en las consultas previas.

Conclusiones

El dolor torácico en pediatría corresponderá a patología cardíaca en menos del 5% de los casos. Dentro de las causas cardíacas, las arterias coronarias anómalas son una etiología poco frecuente, pero relevante dada la repercusión y consecuencias que puede determinar, entre ellas, la muerte súbita.

Resulta fundamental que los pediatras y otros profesionales responsables de los controles en salud de niños, niñas y adolescentes estén familiarizados con los principales aspectos a considerar de la anamnesis

y el examen físico para así pesquisar adecuadamente cardiopatías congénitas y adquiridas según las recomendaciones internacionales y locales vigentes. Esto contribuirá al diagnóstico precoz y al tratamiento oportuno de las patologías, tal como ocurrió en el paciente que se analiza.

Es necesario, además, dado que en muchos pacientes aún bien controlados esta patología puede pasar desapercibida, que la población general y particularmente el personal de centros educativos e instituciones deportivas reciban capacitación para la asistencia inicial de situaciones de urgencia que pueden surgir durante las prácticas deportivas. El entrenamiento en

reanimación cardiopulmonar y utilización del desfibrilador externo automático modificará sensiblemente el pronóstico y permitirá salvar vidas sin retrasos en el inicio de la asistencia.

Financiación

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiamiento de los sectores público, comercial o sin fines de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no presentar conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Los autores declaran contar con el consentimiento del paciente para la publicación del caso clínico.

Contribución de los autores

Lucía Barbosa: concepción, ejecución, Redacción y revisión crítica.

Ana Laura Casuriaga: concepción, ejecución, redacción y revisión crítica.

Alicia López: concepción, ejecución, redacción y revisión crítica.

Gustavo Giachetto: concepción, ejecución, redacción y revisión crítica.

Aprobado por el Consejo Editorial de la Revista Médica del Uruguay.

Referencias

1. Chiesa P, Gutiérrez C, Ceruti B. Patología coronaria en la edad pediátrica. Alto riesgo de muerte súbita. Arch Pediatr Urug 2014;85 (4): 226-234.
2. Barriales R, Moris de la Tassa C. Anomalías congénitas de las arterias coronarias con origen en el seno de válvula contralateral: qué actitud se debe seguir. Revista Esp Cardiol 2006;59(4):360-370.
3. Balaguer-Malfagon J, Estornell-Erill J, Vilar-Herrero J, Pomar-Domingo F, Zaragoza P, Paya-Serrano F. Arteria coronaria anómala en el seno de Valsalva derecho asociada a aterosclerosis coronaria. Rev Esp Cardiol 2005; 58(11):1351-1354.
4. Sangil M, Falconi C, Bazicnik S, Delgado N, Falcon H, Antuñez M, et al. Manejo del dolor torácico en pediatría. Can Pediatr 2012; 36 (1): 31-37.
5. Muñoz D, Álvarez P. Dolor precordial en pediatría. Puesta al día. Rev Ped Elec 2018;15 (2):19-25.
6. Sánchez A, Moya B, Insa J, Carrasco I. Miocarditis y síndrome coronario agudo en la infancia. Anales de Pediatría 2014; 81 (5):335-337.
7. Sarda L, Colin P, Boccara F, Daou D, Lebtahi R, Faraggi M, et al. Myocarditis in patients with clinical presentation of myocardial infarction and normal coronary angiograms. J Am Coll Cardiol 2001; 1;37(3):786-92. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0735-1097\(00\)01201-8](https://doi.org/10.1016/s0735-1097(00)01201-8).
8. Arce A, Concheiro A, Cambra F, Pons M, Palomeque A, Mortera C. Isquemia coronaria secundaria a anomalías congénitas de las arterias coronarias. Anales de Pediatría 2003; 58 (1): 71-73.
9. Fuglsang S, Heiberg J, Byg J, Hjortdal VE. Anomalous origin of the right coronary artery with an interarterial course and intramural part. Int J Surg Case Rep 2015; 14:92-4. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2015.07.018>.
10. Maron BJ. Sudden death in young athletes. N Engl J Med 2003; 349 (11):1064-75.
11. Maron BJ, Thompson PD, Puffer JC, McGrew CA, Strong WB, Douglas PS, et al. Cardiovascular preparticipation screening of competitive athletes: a statement for health professionals from the Sudden Death Committee (clinical cardiology) and Congenital Cardiac Defects Committee (cardiovascular disease in the young), American Heart Association. Circulation 1996; 94(4):850-6.
12. Perdomo R, Carballosa Y, López Y, Ramírez M, Suárez B. Orientación. Diagnóstica del dolor torácico en el niño. Rev Cuba Pediatr 2016; 88(3): 281-291.
13. Gutiérrez C, Ho Y. Normal coronary arteries in newborns. The fourth World Congress of Pediatric Cardiology and Cardiac Surgery, Buenos Aires, Argentina; 18-22. 2005.
14. Jegatheeswaran A, Alsoufi B. Anomalous aortic origin of a coronary artery: 2020 year in review. J Thorac Cardiovasc Surg 2021;162(2):353-359. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2021.04.048>.
15. Rossi S, Burdiat G, Cuesta A, Díaz O, Gambetta J, Pinchack C. Recomendaciones sobre la evaluación cardiovascular para la realización de ejercicio y deporte. Rev Urug Cardiol 2021;36, (3): 1-7.

Acute coronary syndrome: an exceptional cause of chest pain in pediatrics

Abstract

Introduction: Cardiac causes of chest pain in children and adolescents are uncommon but potentially serious. Coronary artery anomalies account for 2.2% of congenital heart diseases.

Objective: To describe a clinical case of chest pain of cardiac origin, with emphasis on the diagnostic process.

Case report: A 13-year-old male presented with exertional syncope and functional class II–III angina of three months' evolution during physical activity. He sought medical attention after a syncopal episode during a football match. Simultaneously, he experienced very intense, oppressive chest pain involving the entire precordial area, without radiation. Physical examination: normal. Electrocardiogram: ST-segment depression in leads DI, DII, and V2–V6. Troponin test: negative. Chest X-ray and echocardiogram: normal. Intravenous morphine, transdermal nitrates, acetylsalicylic acid, and enoxaparin were initiated. One hour later, ECG: ST-segment normalization. At 12 hours: qualitative troponin test positive. Cardiac enzyme panel: CPK 965 U/L and CPK-MB 67. Coronary angiography: anomalous origin of the left coronary trunk. CT angiography: the left coronary trunk originated from the right coronary sinus, with an intramural and interarterial course. A neo-ostium of the left coronary artery was created by fixing the endothelium to the vessel wall. Outcome: favourable.

Discussion: It is essential that healthcare professionals involved in the care of children and adolescents be familiar with the key aspects of history-taking and physical examination in order to adequately detect congenital and acquired heart diseases in accordance with current guidelines. This contributes to early diagnosis and timely treatment of these conditions and can significantly alter the prognosis, as was the case in the present report.

Keywords: Precordial pain. Anomalous coronary artery. Children.

Síndrome coronariana agudo: uma causa excepcional de dor torácica em pediatria

Resumo

Introdução: As causas cardíacas de dor torácica em crianças e adolescentes são pouco frequentes, porém potencialmente graves. As anomalias das artérias coronárias representam 2,2 % das cardiopatias congênicas.

Objetivo: Descrever um caso clínico de dor torácica de origem cardíaca, com ênfase no processo diagnóstico.

Relato de caso: Paciente do sexo masculino, 13 anos. Apresenta síncope aos esforços e angina classe funcional II–III com evolução de três meses durante a prática de atividade física. Procurou atendimento por síncope ocorrida durante jogo de futebol. Concomitantemente, referiu dor torácica opressiva, muito intensa, em todo o precórdio, sem irradiação. Exame físico: normal. Eletrocardiograma: infra desnivelamento do segmento ST em DI, DII e V2–V6. Teste de troponinas: negativo. Radiografia de tórax e ecocardiograma: normais. Iniciado tratamento com morfina intravenosa, nitratos transdérmicos, ácido acetilsalicílico e enoxaparina. Após uma hora, ECG: renivelamento do ST. Após 12 horas: teste qualitativo de troponinas positivo. Enzimograma cardíaco: CPK 965 U/L e CPK-MB 67. Cineangiocoronariografia: origem anômala do tronco coronariano esquerdo. Angiotomografia: o tronco coronariano esquerdo nasce do seio coronariano direito, com trajeto intramural e interarterial. Foi realizada a criação de um neoóstio esquerdo mediante fixação do endotélio à parede arterial. Evolução: favorável.

Discussão: É fundamental que os profissionais que assistem crianças e adolescentes estejam familiarizados com os principais aspectos da anamnese e do exame físico, a fim de identificar adequadamente cardiopatias congênicas e adquiridas, conforme as recomendações vigentes. Isso contribui para o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno dessas patologias, podendo modificar significativamente o prognóstico, como ocorreu no caso relatado.

Palavras-chave: Dor precordial. Artéria coronária anômala. Crianças.