

# Anomalías torácicas más frecuentes en la infancia y adolescencia desde la Atención Primaria

---

Javier Pisón Chacón

Diciembre 2019

## Puntos clave

---

- Las anomalías torácicas son cada vez más motivo de consulta al pediatra de Atención Primaria y es el pediatra el primer profesional consultado.
- La edad “crítica”, con cuadros de ansiedad y demanda asistencial importante, aparece alrededor de la adolescencia, cuando se produce mayor crecimiento musculoesquelético.
- La mayoría son aisladas, sin ningún síndrome malformativo complejo.
- El fenotipo habitual en estos paciente es de tipo asténico, delgados, con tallas altas y alteraciones en el eje del raquis.

## Puntos clave

---

- Son excepcionales los problemas cardio-respiratorios cuyos síntomas obedezcan a una base orgánica.
- Presentan frecuentemente trastornos en la esfera psicosocial.
- Los criterios para iniciar un tratamiento son fundamentalmente estéticos.
- Podemos inicialmente ofertar tratamientos conservadores y poco agresivos con buenos resultados.
- La opinión del paciente debe ser valorada y tomada en cuenta.

# Tipos de anomalías

***Pectus excavatum*** o forma deprimida:

- En >70% de los casos aparece aislada.
- La forma más frecuente es la simétrica “en cuchara”.
- Incidencia estimada de 1/300 recién nacidos (RN).
- Predominante en el sexo masculino 3:1
- Existe una asociación familiar en >40% de los casos.
- Cardiopatía congénita leve en un 12%.
- Visible en edades precoces.



# Tipos de anomalías

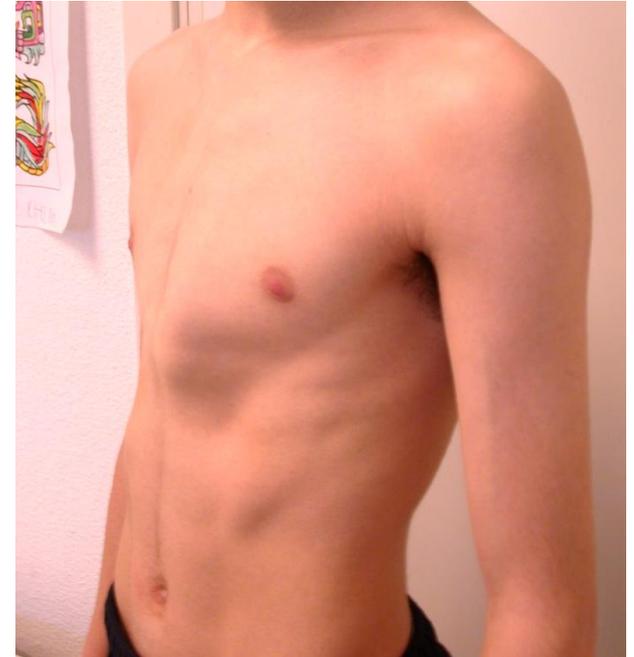
---

***Pectus carinatum*** o forma protusiva:

- Más raro, 1/1500 RN. Ratio de 1:5 respecto al *excavatum*.
- Más prevalente en el sexo masculino (4:1).
- Formas simétricas y asimétricas, estas últimas más frecuentes.
- Diagnóstico tardío, en periodo puberal, sobre los 11-13 años.

# Tipos de anomalías

- Localización: superiores, medios e inferiores.
  - Variante tipo 1 (95%) condrogladiolar.
  - Variante tipo 2 o condromanubrial (síndrome de Currarino-Silverman) en forma de herradura con concavidad superior.



# Tipos de anomalías

---

## Variantes dismórficas:

- Son las más numerosas.
- Tienen el mismo origen que las anteriores.
- Son todas asimétricas y muy variables.
- Mayor afectación de arcos costales inferiores.
- Pasar desapercibidas salvo que sean importantes y muy visibles.

# Etiopatogenia

---

- Ambas formas son variantes con un mismo origen y fisiopatología, aunque desconocemos los motivos por los que en unos casos se desplazan anteriormente y otros posteriormente.
- Existe alteración de la composición del colágeno, con una desorganización cartilaginosa e hipercrecimiento de la trama condral.

# Clínica

---

- El 90 % no presenta clínica observable.
- Posible intolerancia al ejercicio en forma episodios disneicos durante esfuerzos o ejercicio intenso.
- Los síntomas son poco definidos y valorables, con importante componente de ansiedad. Palpitaciones, dolor, etc.
- En sindrómicos, presentan la clínica que acompaña al síndrome.
- En *excavatum*, retracción centroesternal manubrial en niños pequeños con problemas respiratorios.
- En *carinatum*, dolores o molestias en la protrusión y por las posiciones viciosas adoptadas en niños mayores.

# Diagnóstico

---

- Solo un tercio de los casos son visibles en la primera infancia.
- El diagnóstico inicialmente es visual.
- Siempre valorar conjuntamente el eje raquídeo.
- La radiografía simple es suficiente inicialmente.
- La tomografía computarizada se emplea solo en casos complejos, sindrómicos, ante sospecha anomalías cardiopulmonares y para valoración preoperatoria en todos los quirúrgicos.
- Prueba de esfuerzo más útil que espirometría , electrocardiograma y ecocardiografía.

# Cuándo tratar

---

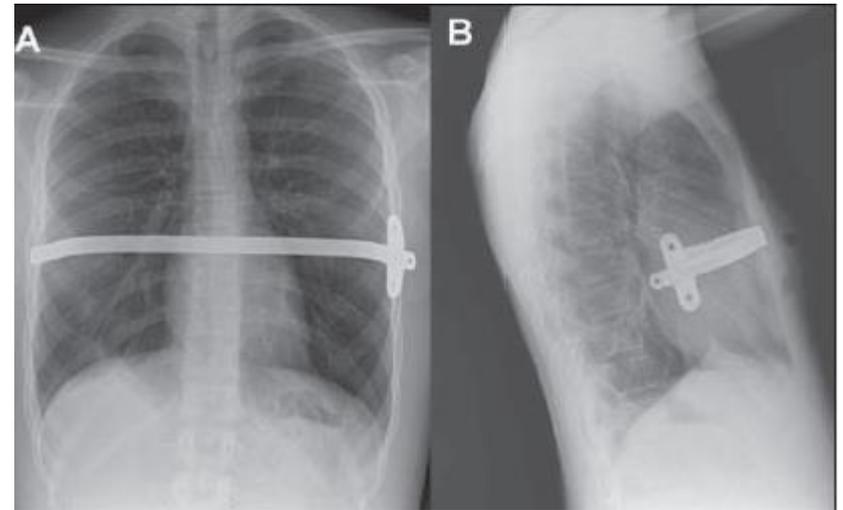
1. La deformidad sea mejorable con el tratamiento propuesto.
2. El paciente lo demande y acepte, tras conocer las complicaciones y los posibles resultados.
3. La familia exprese su consentimiento por escrito.

# Pectus excavatum

**Campana de succión**  
No quirúrgico

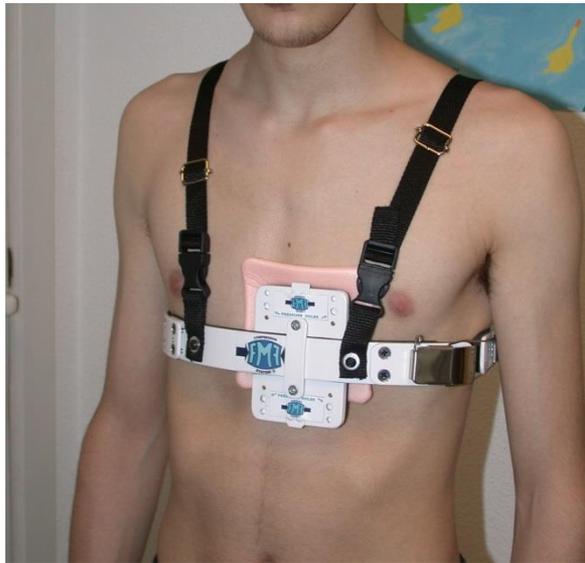


**Barras de Nuss**  
Quirúrgico

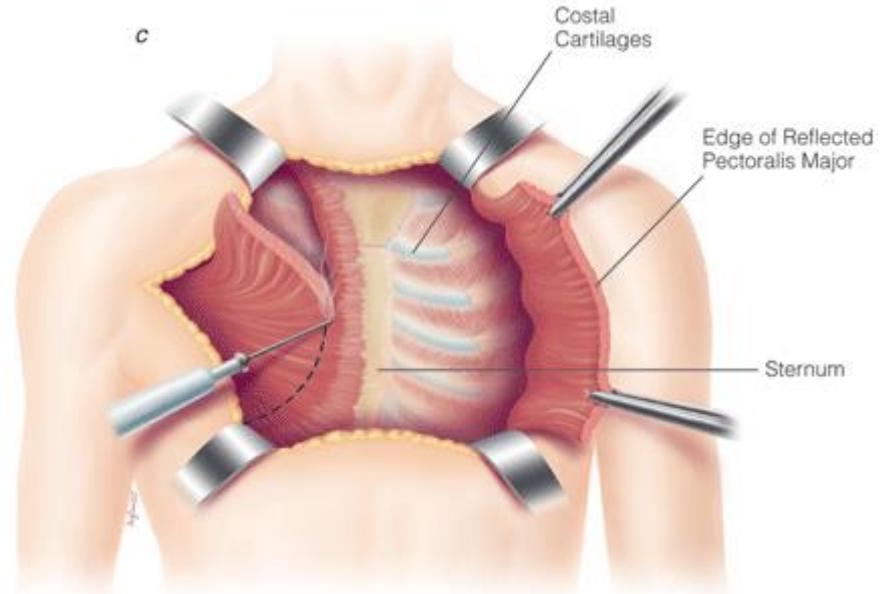


# Pectus carinatum

## Sistema de compresión dinámica No quirúrgico



## Técnicas invasivas Quirúrgico



# Cuaderno del pediatra

---

- Un estudio radiológico simple es suficiente al inicio para definir el tipo de deformidad y si existen anomalías óseas congénitas.
- No se debe proponer un tratamiento por debajo de los 10-11 años.
- Son suficientes los controles anuales en el centro de salud hasta la edad de tratamiento.
- No olvidar abordar los trastornos de la esfera psicosocial de estos pacientes.
- Habrá que valorar y corregir las alteraciones del raquis.
- Estas deformidades se pueden tratar. Los tratamientos no quirúrgicos, pueden ser una buena opción en casos leves o los que rechazan procedimientos quirúrgicos.
- Debe existir consenso entre el paciente, el especialista y la familia.