



**argerich**

## **Lesiones de pared torácica**

Servicio de Diagnóstico por Imágenes  
Hospital general de Agudos Dr. Cosme Argerich

Autores: Romina Frioni, Nebil Larrañaga, Andrés Oyarzun Madrid,  
Germán Espil, Nancy Díaz Villarroel, Shigeru Kozima

# Introducción

- Las lesiones de pared torácica son un grupo heterogéneo de entidades que pueden originarse en los distintos tejidos que componen la misma: hueso, tejidos blandos y cartílago.

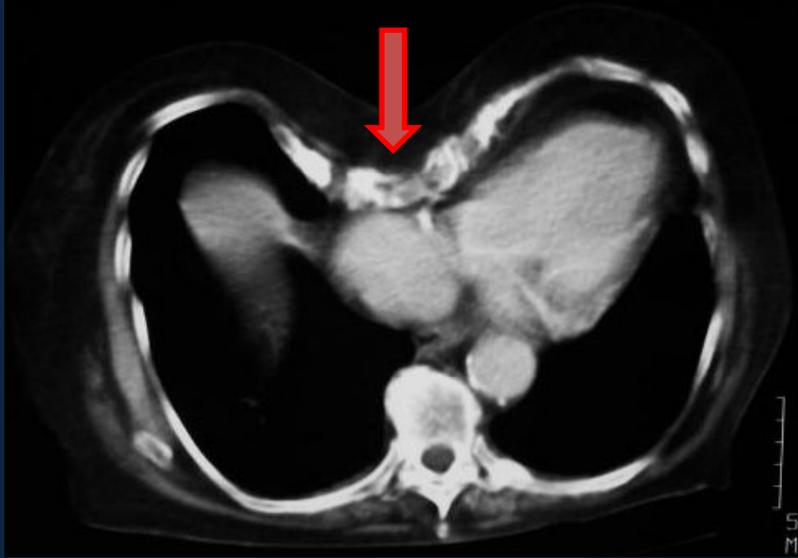
# Objetivos

- Describir y caracterizar algunas de las lesiones más frecuentes en la pared torácica.

# Revisión del Tema

- Las alteraciones de la pared torácica pueden clasificarse en congénitas, inflamatorias, traumáticas y tumorales, pudiendo clasificarse estas últimas en benignas o malignas. Las técnicas de imagen tienen un papel principal en la detección, localización y caracterización de estos procesos. La radiología simple de tórax sigue siendo la técnica de imagen básica, si bien la TC y la IRM permiten caracterizar mejor las mismas.

# Anomalías Congénitas



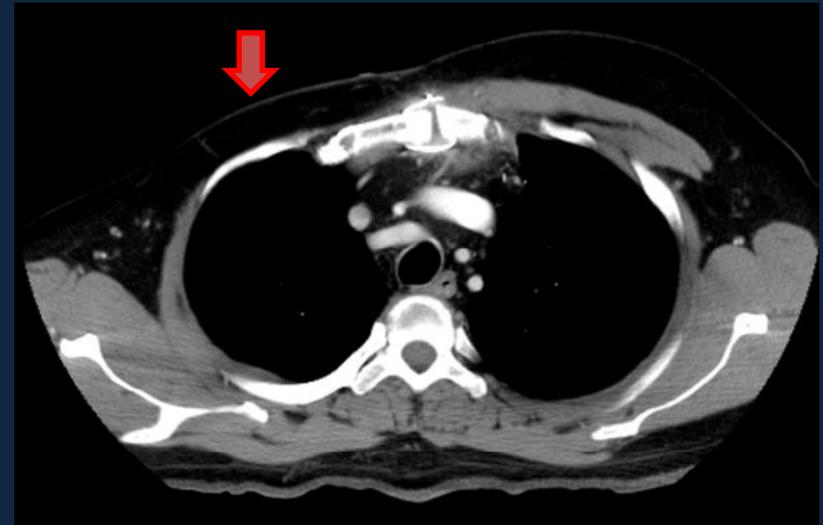
## Pectum excavatum

Es la alteración de la morfología más común de la caja torácica y esta producida por una posición profunda del esternón por depresión de los cartílagos costales .

Paciente de 65 años que muestra una marcada depresión de la pared torácica anterior y desplazamiento cardíaco a la izquierda.

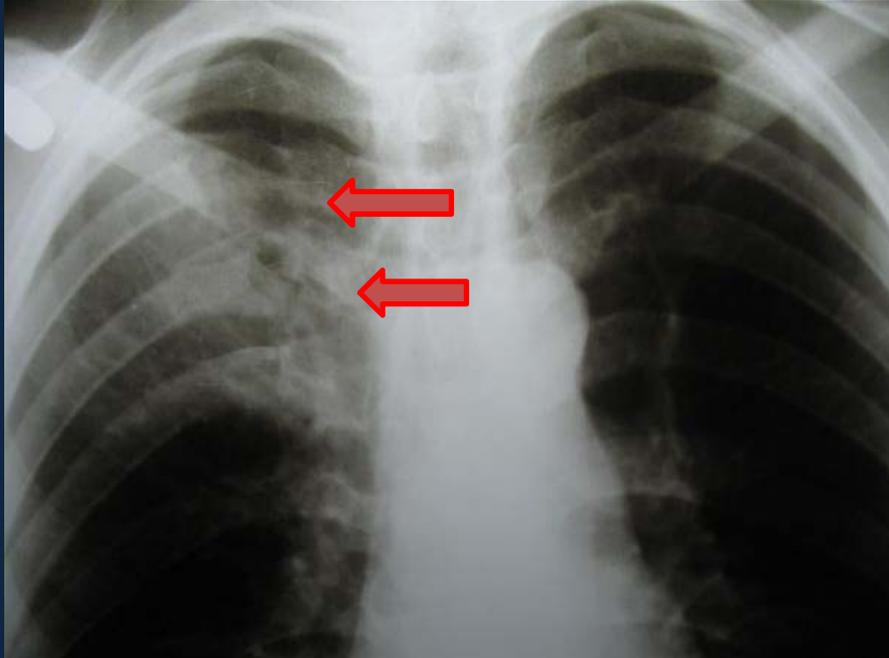
## Síndrome de Poland

Es una rara anomalía caracterizada por la ausencia total o parcial del músculo pectoral mayor, sindactilia ipsilateral, ausencia del pectoral menor, alteraciones costales, mamarias y dextrocardia.



Pte de 35 años presenta ausencia total del pectoral mayor y menor derechos.

# Lesiones traumáticas



Pte politraumatizado con fracturas múltiples a nivel de arcos costales posteriores y enfisema subcutáneo.

Los traumatismos pueden afectar cualquiera de los huesos que componen la caja torácica. Las más frecuentes son las fracturas costales, únicas o múltiples.



# Elastofibroma Dorsi

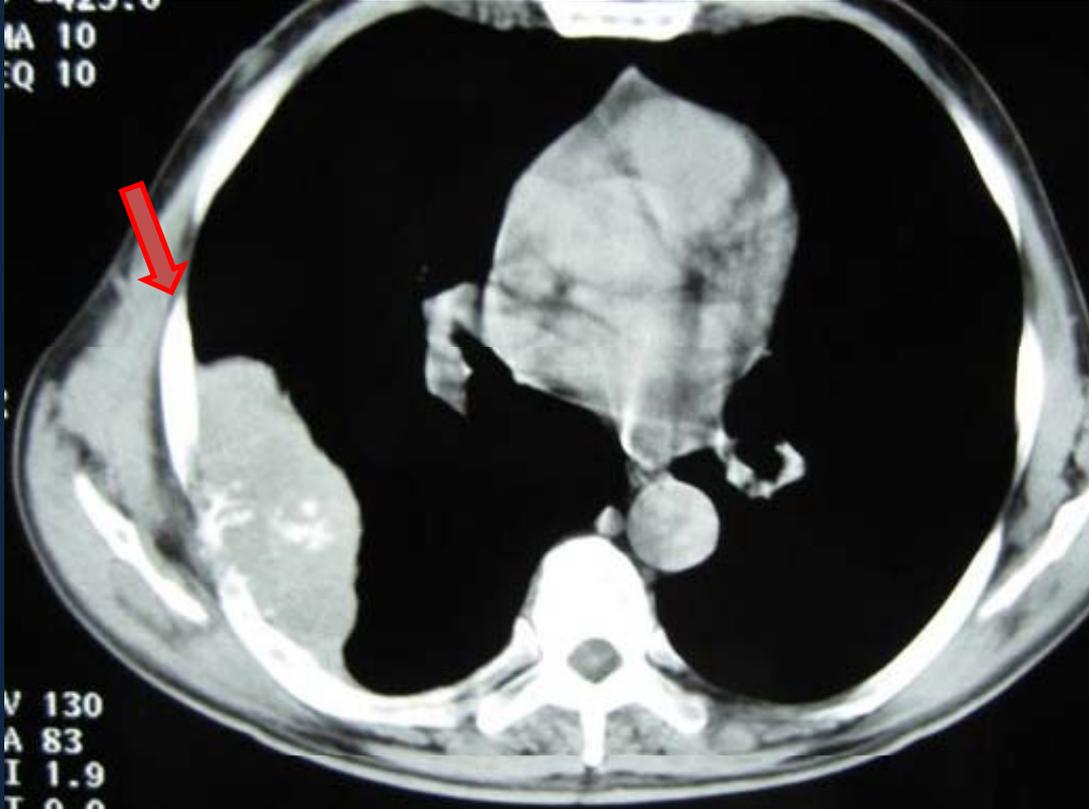


Es una lesión pseudo tumoral fibrosa reactiva benigna por una producción anormal de fibras elásticas.

Se localiza entre la punta de la escapula y la pared torácica, siendo generalmente bilaterales pero asimétricas en su disposición.

Pte de sexo masculino de 63 años que presenta dos masas bilaterales localizadas inferiores a la punta de las escapulas con una densidad similar a la del musculo adyacente.

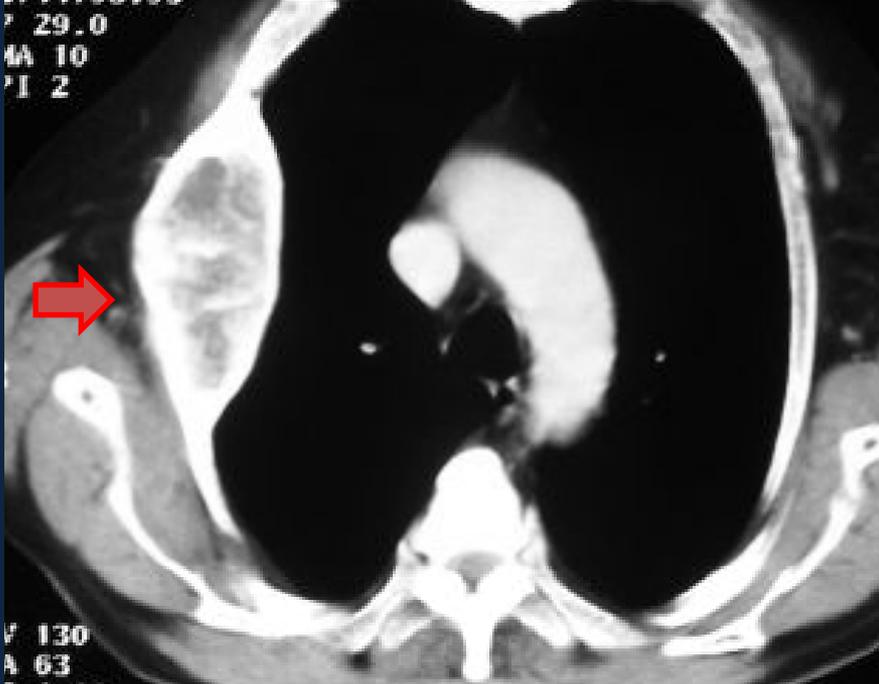
# Amiloidosis



Clásicamente se ha diferenciado una amiloidosis primaria y una secundaria, esta última se encuentra en relación con los procesos inflamatorios crónicos. Cuando compromete la pared torácica o regiones paravertebrales se presenta como una masa llamada amiloidoma.

Pte de 55 años con antecedentes de artritis reumatoidea con dolor torácico y masa palpable. La TC muestra una masa lobulada y calcificada que se origina en la pared torácica derecha destruyendo los arcos costales adyacentes.

# Displasia Fibrosa



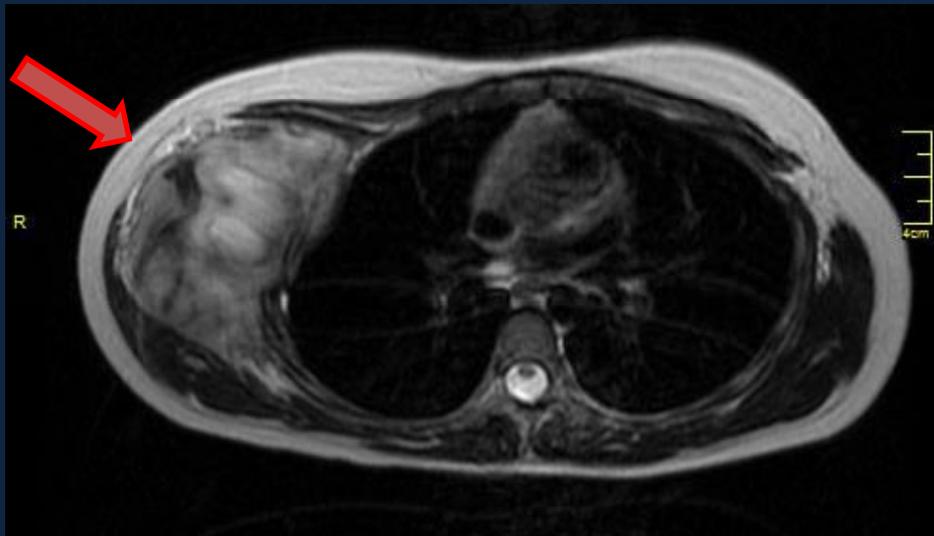
Pte de sexo masculino de 36 años presentando una imagen expansiva que no destruye la cortical ósea a nivel de la pared costal derecha con el patrón típico en vidrio esmerilado de las displasias fibrosas.

Anomalía del desarrollo en la cual el hueso medular es reemplazado por tejido fibroóseo. Frecuente en adolescentes y adultos jóvenes siendo el 70% monostóticas y un 30% polistóticas.

Radiológicamente se presentan como lesiones con epicentro en la médula ósea, expansivas, bien delimitadas que adelgazan la cortical sin destruirla, siendo radiolúcidas cuando predomina el componente fibroso y de mayor densidad con un aspecto característico en “vidrio esmerilado” si predomina el componente óseo.

# Neurofibroma

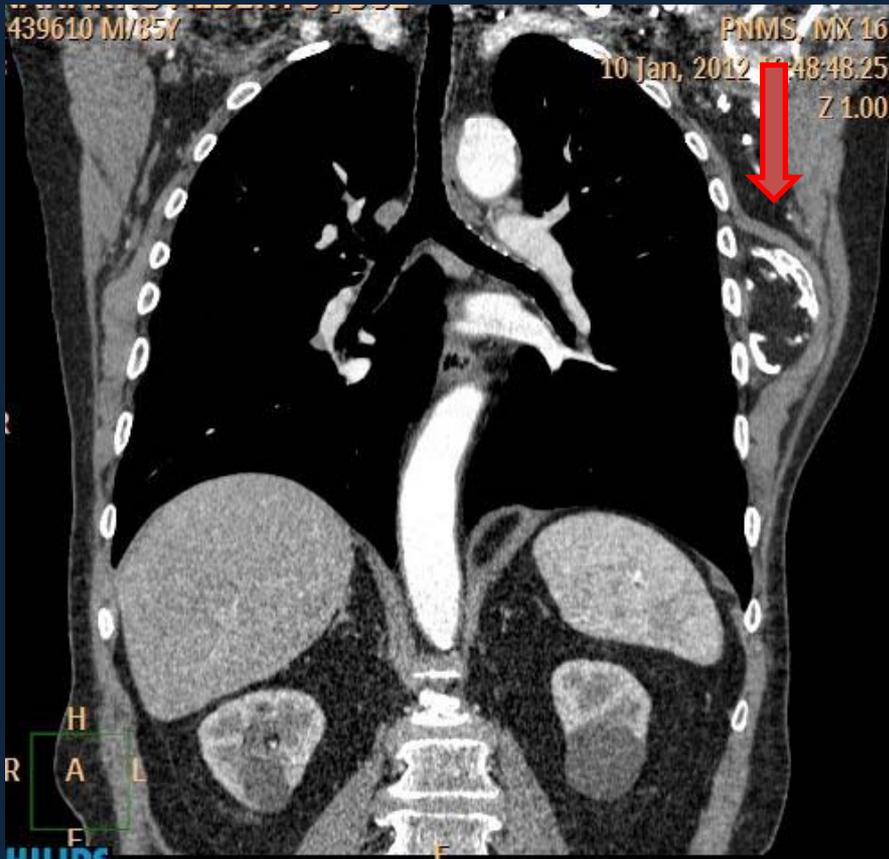
Tumor benigno que se caracteriza por la presencia de elementos nerviosos periféricos y tejido conectivo. Su edad de aparición es entre los 20 a 30 años de edad y a menudo se presentan como una masa superficial indolora.



RM de una pte de 25 años de edad que presenta una masa hiperintensa en T1 en relación a la pared costal y región axilar derecha con diagnóstico de neurofibroma tras la biopsia.

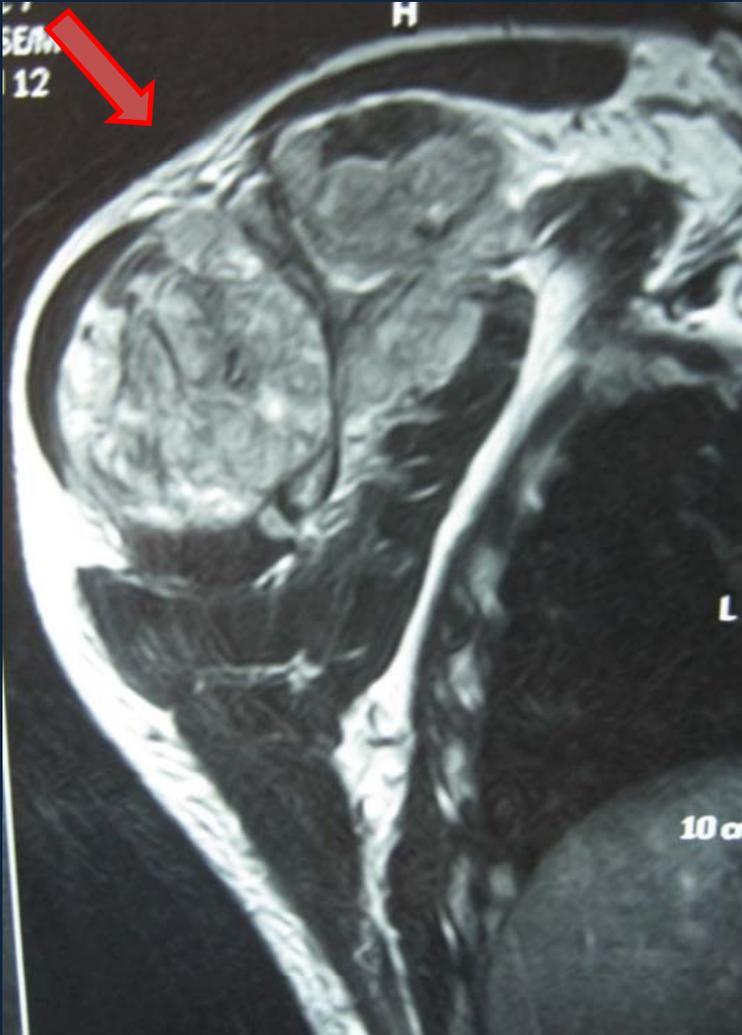
# Lipoma

Son lesiones benignas compuestas por células grasas, siendo los tumores mesenquimales más frecuentes. Se encuentran en el tejido subcutáneo y con menos frecuencia en órganos internos. Su diagnóstico imagenológico es relativamente sencillo dado que siguen las características de la grasa en los diferentes métodos de imagen.



Pte de 47 años que presenta una lesión de densidad grasa con calcificaciones periféricas en relación a la pared costal izquierda compatible con lipoma.

# Fibrosarcoma

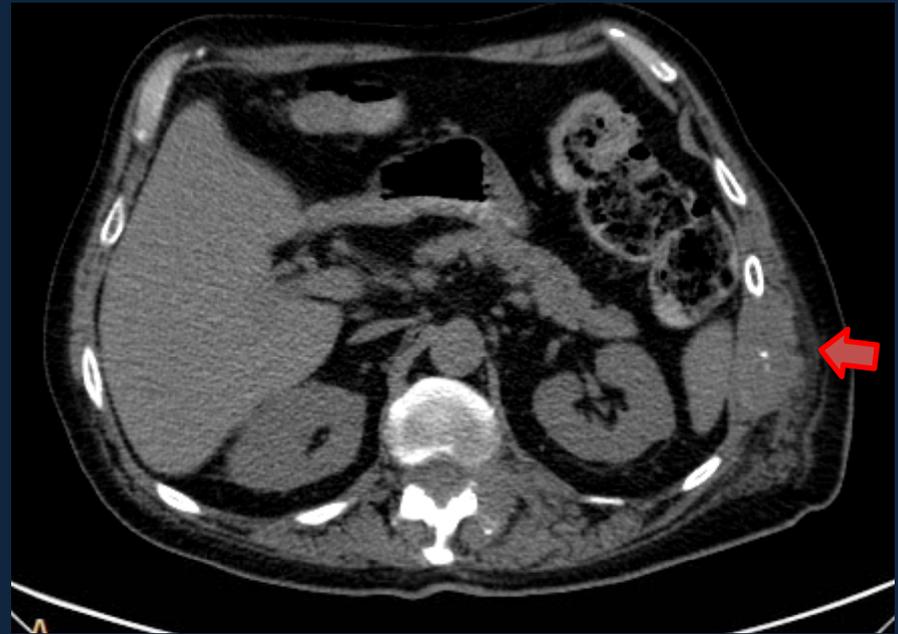


Tumor maligno con mayor incidencia en la segunda y sexta década de la vida. Radiológicamente se comportan como lesiones de partes blandas agresivas que destruyen el hueso adyacente.

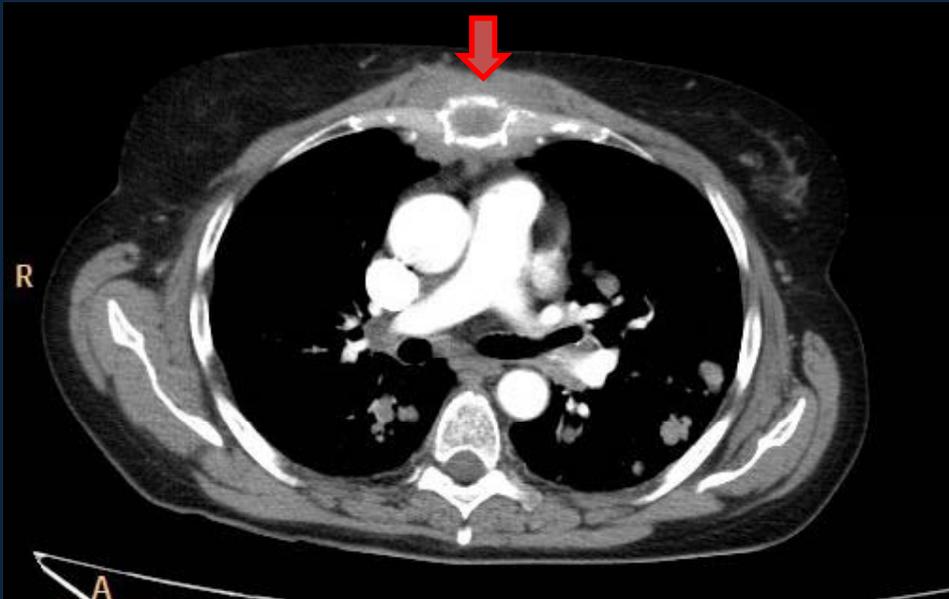
Pte de 27 años que presenta masa de partes blandas que compromete y destruye la escápula derecha.

# Metástasis

Las metástasis óseas en columna, costillas o esternón son frecuentes y generalmente son secundarias a cáncer de pulmón, mama y próstata principalmente. Las lesiones dependiendo de la etiología pueden ser líticas, blásticas o mixtas, con o sin expansión ósea, y pueden presentar ruptura de la cortical.



Pte de 75 años con metástasis lítica costal de primario de pulmón.



Pte de 56 años con antecedente de cáncer de mama con metástasis en esternón y pulmón.

# Conclusión

Las lesiones de la pared torácica constituyen un grupo de patologías poco frecuentes, de diversa etiología, siendo la TC y IRM los métodos de diagnóstico de elección para su caracterización y diagnóstico diferencial.

# Bibliografía

- Goodman LR, Kay HR, Teplik SP Computer Tomography of the Normal Sternum. AJR 1983;14:219-221.
- Robledo H, Sferco, Archivos Arg. de Pediatia. 2001;99(3/249).
- Brandser E; Goree JC; El-Khoury GY. Elastofibroma dorsi: prevalence in an elderly patient population as revealed by CT. AJR 1998;171:977-980
- Liem T; Bui-Mansfield; Felix S Chew. Elastofibroma Dorsi of the Chest Wall. AJR 2000;175:244.
- Hurst Medicina Interna. Panamericana. Ginecomastia pag. 445-447.
- Fraser RG, Pare JAP, Pare PD, Fraser RS, Genereaux GP. Diseases of the diaphragm and chest wall. In Diagnosis of the Chest. 3rd Edition. Philadelphia, Pa, 1991; 2921-2973.
- Schaefer JA, Kramer SS, Lietman SA. Use of CT scan in selection of patients for pectus excavatum surgery: a Preliminary Report. J Pediatr Surg 1987; 10:904-906.
- Swischuk LE, Stansberry SD, Radiographic manifestations of anomalies of the chest wall. Radiol Clin North Am 1991;29:271- 277.
- Fisher MS. Eve's rib (letter). Radiology 1981;140:841
- Pearl M, Chow TF, Friedman E Poland's syndrome. Radiology 1971; 101:619-623.
- Goodman LR, Kay HR Terpick SP, et al. Complication of medial sternotomy. CT evaluation. AJR. 1983.; 181: 225.228