

## «Pectus excavatum» y patrón radiológico torácico anormal

C. López-Menchero, J. Adrián, M.T. Echevarría, A. Salcedo  
Sección de Neumología Pediátrica. Hospital Universitario «Gregorio Marañón». Madrid

### Resumen

Se describe el caso clínico de una paciente de 7 años de edad con *pectus excavatum*, remitida a la Sección de Neumología Pediátrica del Hospital Universitario «Gregorio Marañón» por presentar imagen radiológica persistentemente anormal en radiografía de tórax, a pesar de haber recibido múltiples tratamientos, y con la sospecha de malformación broncopulmonar o aspiración de cuerpo extraño.

### Palabras clave

*Pectus excavatum*, radiografía de tórax

### Abstract

*Title: Pectus excavatum and abnormal chest radiologic pattern*

We report the case of a 7-year-old girl with *pectus excavatum* who was referred to our service with persistently abnormal radiographic images, despite numerous treatments. Bronchopulmonary malformation or foreign body aspiration was suspected.

### Keywords

*Pectus excavatum*, chest radiography

### Caso clínico

Niña de 7 años y 2 meses de edad, asintomática desde el punto de vista respiratorio hasta los 6 meses, cuando presentó un cuadro clínico con tos seca, fiebre y dificultad respiratoria. Fue diagnosticada de neumonía basal derecha y tratada con claritromicina y cefonicida, con resolución clínica y radiológica.

Presenta antecedentes de procesos respiratorios de repetición, con broncoespasmo asociado durante los primeros años de vida relacionados con infecciones víricas. A los 5 y 6 años de edad padece nuevos episodios catalogados como broncopatía disneizante y sinusitis maxilar el primero de ellos, y de neumonía basal derecha, el segundo. Este último cuadro cursó con tos seca, rinorrea serosa y dificultad respiratoria con alguna sibilancia aislada a la auscultación pulmonar. Tras la administración de antibióticos por vía oral y salbutamol inhalado, mejora clínicamente y desaparece la sintomatología; sin embargo, persiste la imagen radiológica.

Entre los episodios descritos, no ha existido sintomatología destacable ni antecedente de atragantamiento. Ha sido tratada de forma ocasional con corticoides inhalados, inhibidores de los leucotrienos y antihistamínicos por tos y procesos respiratorios de repetición acompañados de broncoespasmo.

Desde la aparición de la imagen radiológica, ha sido medicada con antibióticos, mucolíticos, broncodilatadores y fisioterapia respiratoria, a pesar de no haber presentado sintomatología destacable entre los distintos episodios.

Antecedentes personales: embarazo y parto normales, peso adecuado a la edad gestacional y test de Apgar 8/9. En el período neonatal se observó fractura de clavícula derecha. Recibió lactancia materna durante 2 años y medio, sin intolerancias ni alergias alimentarias. Como enfermedades previas, destaca

una ptosis palpebral, de etiología no filiada, resuelta en la actualidad. Existen antecedentes familiares de polinosis en hermanos (asma y rinoconjuntivitis).

En la exploración clínica, se detecta *pectus excavatum* moderado (figura 1), sin signos de dificultad respiratoria y con auscultación pulmonar normal.

En su centro de origen se realizaron pruebas complementarias (hemograma y reactantes de fase aguda, determinación de inmunoglobulinas, Mantoux y prueba del sudor), todas resultados normales.

En la figura 2 se observa la imagen radiológica motivo de la consulta. En la radiología lateral de tórax (figura 3) no se detecta imagen de aumento de densidad.

Fue dada de alta con el juicio clínico de *pectus excavatum* e imagen de aumento de densidad relacionada con la deformidad torácica y sin la necesidad de otras pruebas complementarias ni terapias específicas.

### Discusión

El *pectus excavatum* es una de las anomalías congénitas de la pared torácica más frecuentes en la infancia (un 87% de éstas). Ocurre en uno de cada 400 nacimientos (5 varones/1 mujer).

Consiste en una depresión de la pared anterior del tórax, con diferentes grados de gravedad, asociada a conectivopatías y con una alta frecuencia de escoliosis asociada.

No es una malformación que regrese, suele evolucionar en algunos casos con progresión más o menos intensa durante la pubertad, por lo que puede producir clínica más o menos importante (dificultad respiratoria relacionada con el ejerci-



Figura 1. Imagen del tórax de la paciente



Figura 2. Radiografía posteroanterior de tórax donde se evidencia borramiento del seno cardiofrénico derecho con mala visualización del borde cardíaco

cio, dolor torácico o palpitaciones). La problemática psicológica asociada con pobre imagen corporal, baja autoestima o ansiedad puede llegar a ser muy importante. Sólo precisan cirugía los casos con grave deformidad productora de enfermedad pulmonar restrictiva, de enfermedad cardíaca secundaria a compresión, o que genera problemas psicológicos. La edad óptima de reparación es entre los 12 y los 16 años.

El control evolutivo de estos pacientes se lleva a cabo mediante exploración clínica, fotografías del enfermo en diferentes fases de la enfermedad y técnicas de imagen como la radiografía y la tomografía computarizada (TC) de tórax.



Figura 3. Radiología lateral de tórax sin evidencia de condensación

En publicaciones previas se alerta de un aumento de densidad en la región paracardiaca derecha en la radiografía de tórax en pacientes con *pectus excavatum*; este signo se debe a la compresión de los campos pulmonares por la inclinación de los cartílagos costales en el *pectus*, y no debe interpretarse como un infiltrado pulmonar. También puede simular la presencia de masas hiliares o mediastínicas que, en algunos casos, precisa para el diagnóstico diferencial, según algunos autores, estudio con TC de tórax por la compresión por la deformidad torácica, del corazón y de los grandes vasos.

Con este caso se pretende recordar una más de las múltiples imágenes radiológicas que pueden conducir a un fallo diagnóstico, con la realización de pruebas innecesarias y tratamientos inadecuados, como en el caso de la paciente descrita. ■

## Bibliografía

- Fonkalsrud EW. Current management of *pectus excavatum*. *World J Surg*. 2003; 27: 502-508.
- Goretsky MJ, Kelly RE Jr, Croitoru D, Nuss D. Chest wall anomalies: *pectus excavatum* and *pectus carinatum*. *Adolesc Med Clin*. 2004; 15: 455-471.
- Hoefel JC, Winants D, Marcon F, Worms AM. Radioopacity of the right paracardiac lung field due to *pectus excavatum* (funnel chest). *Rontgenblatter*. 1990; 43: 298-300.
- Soteropoulos GC, Cigtay OS, Schellinger D. *Pectus excavatum* deformities simulating mediastinal masses. *J Comput Assist Tomogr*. 1979; 3: 596-600.
- Williams AM, Crabbe DC. *Pectus* deformities of the anterior chest wall. *Paediatr Respir Rev*. 2003; 4: 237-242.