



SINDROME COSTOESTERNAL: A PROPOSITO DE UN CASO



José Alberto Cabero Pérez, Alicia Alonso Cardaño, Carmen Baena Navarro Servicio de Anestesiología Hospital de León



Introducción

El dolor torácico puede deberse a una alteración de la articulación costoesternal. Se debe descartar el origen cardiaco del dolor, con el que puede confundirse y llevar al paciente a realizar costosas pruebas de modo innecesario. El interés radica en el diagnóstico diferencial

Motivo de consulta

Varón 45 años refiere dolor en la parte inferior y anterior de la caja torácica de carácter bilateral. Comenzó hace tres años. Fue estudiado por los servicios de Cardiología, Traumatología, Digestivo y Medicina Interna, sin hallazgos relevantes.

Antecedentes Personales

Sin interés. No antecedentes de traumatismo sobre pared torácica. Analítica normal. TAC y RMN descartan tumores o metástasis, fracturas óseas ocultas, enfermedad del tejido conectivo. Obesidad de 98 kg.

Cuadro clínico de dolor

Dolor bien localizado en la parte inferior de las costillas, solamente al realizar ciertos movimientos: encogerse de hombros, toser en posición de decúbito, retracción de los hombros y movimientos de la pared torácica. Lo define como un calambre de gran intensidad, agudísimo. Para incorporarse del decúbito, tiene que adoptar una postura de rigidez de hombros y posición lateralizada para proteger las articulaciones. Presentaba un abdomen superior globuloso, y la palpación sobre la zona dolorosa presentaba hiperalgesia, sin otros hallazgos destacables a la exploración. Dado que las medidas terapéuticas conservadoras no obtuvieron respuesta, se indicó una infiltración con anestésicos locales y corticoides. Tras obtener el consentimiento del paciente, se realizó una infiltración intraarticular en posición supina. Con técnica aséptica, se introdujo una aguja intramuscular en el punto donde la costilla se une al esternón en posición medial y cefálica, hasta la proximidad de la articulación costocondral. Se inyectaron 2 cc de la solución L-bupivacaina 0,5% 10 cc y 80 mg de metilprednisolona, y se infiltraron las dos últimas articulaciones costocondrales a cada lado del esternón. Con ayuda de ultrasonidos, se comprobó que la inyección no invadía el espacio pleural. Se contactó con el paciente en los días 1, 3, 5 y 7 posteriores a la infiltración, presentando ausencia completa del dolor.

Principales diagnósticos diferenciales del Síndrome costoesternal:
Origen cardiogénico
Subluxación articular
Artritis degenerativa, a. reumatoide, espondilitis anquilosante, a. psoriásica
Tumores malignos o metástasis
Fracturas óseas ocultas: costillas, esternón
Síndrome de Tietze (costocondral): origen vírico
Dolor neuropático: polineuropatía diabética, herpes zoster agudo
Pleuritis: embolismo pulmonar, pleurodinia epidémica

TABLA I.- Principales diagnósticos diferenciales del Síndrome costoesternal

Conclusiones

- 1.- El síndrome costoesternal es una causa de dolor torácico que puede pasar inadvertida.
- 2.- El principal reto al que nos enfrentamos fue el diagnóstico diferencial, especialmente la afectación de los cartílagos costocondrales (síndrome de Tietze).
- 3.- La atención cuidadosa a la sintomatología expresada por el paciente y la exploración del mismo realizando diferentes movimientos, es primordial para un correcto diagnóstico.
- 4.- La complicación más frecuente de la infiltración de las articulaciones costoesternales es el pneumotórax, que se limita con el uso de ecografía.

Bibliografía

- * Patel V M, Patel S V, Pacheco L (January 23, 2023) Bemoan My Collarbone: A Case of Costochondral Junction Syndrome Complicated by Methicillin Sensitive Staphylococcus aureus Sternoclavicular Osteomyelitis and Septic Arthritis. Cureus 15(1): e34108. DOI 10.7759/cureus.34108
- * Waldman SD: Atlas of Pain Management Injection Techniques. WB Saunders, Philadelphia, 2000, pág 173