



# Condroma costal de la primera costilla. Abordaje transclavicular con reconstrucción de la clavícula

**Antonio Francisco Honguero Martínez<sup>a</sup>, Antonio Arnau Obrer<sup>a</sup>, Miguel Sanfeliu Giner<sup>b</sup>, Míriam Estors Guerrero<sup>a</sup> y Antonio Cantó Armengod<sup>a</sup>**

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía Torácica. Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

<sup>b</sup>Servicio de Traumatología. Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

Correspondencia: Dr. A.F. Honguero.  
Servicio de Cirugía Torácica. Hospital General Universitario  
de Albacete.  
Hermanos Falcó, 37. 02006 Albacete. España.  
Correo electrónico: tonyhonguero@yahoo.es

Manuscrito recibido el 8-11-2007 y aceptado el 27-11-2007.

Varón de 60 años a quien, de forma casual en una placa de tórax, se descubrió una tumoración de la primera costilla izquierda. Como antecedentes personales destacaron: fumador y hernia discal L-5. La tomografía computarizada (TC) mostró una tumoración dependiente del tercio anterior de la primera costilla con protrusión hacia el vértice del pulmón izquierdo, calcificaciones en su seno y sin invasión de tejidos adyacentes (fig. 1). La exploración

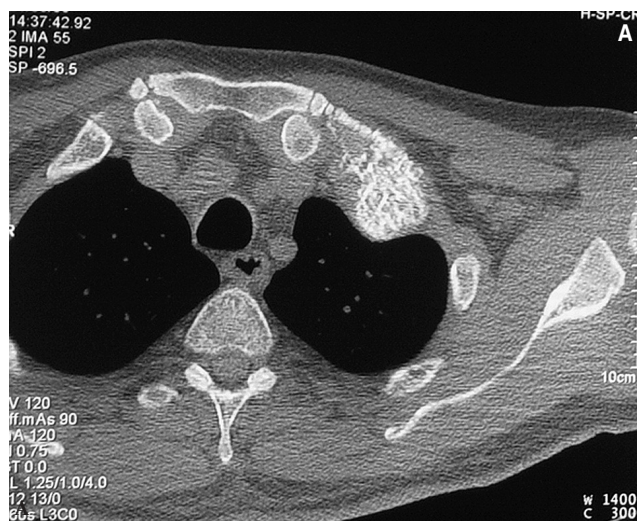


Fig. 1. A: tomografía computarizada de la tumoración de la primera costilla. B: fotografía del campo quirúrgico al traccionar de la primera costilla después de su desinserción (se observa la cavidad pleural abierta y el pulmón izquierdo).

ósea con gammagrafía  $^{99}\text{Tc}$  identificó un único foco captaante que correspondía a la lesión costal descrita. El paciente no presentó ninguna sintomatología clínica ni deterioro vascular a la exploración y el estudio analítico no mostró alteraciones significativas. En un primer tiempo se realizó una biopsia incisional sobre la primera costilla para obtener un diagnóstico anatomopatológico: compatible con condroma. En una segunda intervención se llevó a cabo la resección parcial de la primera costilla que abarcó toda la tumoración. La incisión cutánea fue sobre la clavícula izquierda (en la cicatriz previa), aproximadamente de unos 8 cm. Tras la sección del tejido subcutáneo y del músculo cutáneo del cuello, se alcanzó la superficie de la clavícula y se seccionó con una sierra eléctrica en su porción paraesternal, respetando su articulación con el esternón y protegiendo las estructuras vecinas (fig. 2). A continuación con unas pinzas se traccionó de la clavícula hacia arriba y lateralmente para acceder a la porción medial de la primera costilla (fig. 2). Una vez desinsertada la costilla del esternón se continuó su disección identificando y protegiendo la vena y la arteria subclavias hasta alcanzar el extremo lateral de la tumoración para seccionarla y conseguir la exéresis de la tumoración. Finalmente, se estabilizó la clavícula con un cerclaje en ocho con alambre de acero (fig. 2). El paciente evolucionó sin complicaciones en el postoperatorio y se le dio el alta al tercer día. El estudio anatomopatológico reveló un condroma de  $4 \times 5$  cm (tejido cartilaginoso maduro con tejido óseo sin atipias). Después de 1 año de seguimiento no ha habido recidiva y el paciente no tiene ninguna limitación de la movilidad del brazo izquierdo ni defecto estético llamativo.

Los tumores costales son poco frecuentes. Los más frecuentes son las metástasis y el tumor primario más habitual es el condroma. Hay pocos casos descritos en la literatura de tumores de la primera costilla. Durante su crecimiento un tumor originado en la parte anterior puede causar un síndrome del estrecho torácico por compresión

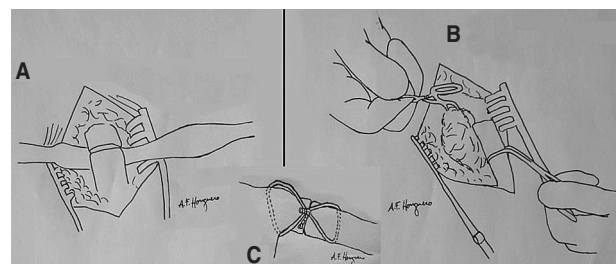


Fig. 2. A y B: esquema de la sección de la clavícula y su tracción para acceder a la tumoración de la primera costilla. C: esquema de la reconstrucción de la clavícula con un cerclaje en ocho.

de estructuras vecinas como los vasos subclavios o las raíces nerviosas braquiales. En general, ante un tumor costal primario único es aconsejable la exéresis quirúrgica para obtener el diagnóstico y para evitar las posibles complicaciones por su crecimiento, como compresión de estructuras vecinas o malignización.

Es difícil determinar con exactitud la naturaleza de una tumoración ósea, pero según las características clínicas y radiológicas se puede aproximar a su naturaleza benigna o maligna. Se han descrito zonas de degeneración maligna en el seno de un tumor óseo benigno. Así, en el condroma, una biopsia incisional nos puede aportar el diagnóstico histológico, pero no se puede descartar totalmente su malignidad. Un tumor anterior en la primera costilla puede, con su crecimiento, dar clínica de un síndrome del estrecho torácico si afecta a estructuras próximas como los vasos subclavios y el plexo nervioso braquial. La parte anterior de la primera costilla está oculta por la clavícula y para acceder a ella hay que movilizar la clavícula. Se han descrito varios abordajes de la primera costilla, como la vía transaxilar<sup>1</sup> y la interescapulovertebral<sup>2</sup> para la parte más posterior de la costilla; la vía anterior<sup>3</sup> supraclavicular o infraclavicular para la resección de

la primera costilla, principalmente por síndrome del estrecho torácico<sup>4</sup>, e incluso mediante toracoscopia<sup>5</sup>. Con la vía anterior algunos autores suelen extirpar la parte medial de la clavícula<sup>6</sup>. Esto produce un defecto estético más notable si el paciente es delgado y limitaciones para la estabilidad del brazo, sobre todo, al elevarlo. Presentamos una pequeña variante que consiste en movilizar la clavícula sin extirpar ninguna porción de ella. Se realiza una sección próxima a la cabeza clavicular extraarticular con sierra eléctrica para producir una superficie de corte más lisa y homogénea. Se tracciona de ella abrazándola con unas pinzas de cangrejo y se va liberando de la primera costilla que va quedando al descubierto. Conforme se va traccionando de la clavícula y liberándola de la primera costilla se accede a los vasos supraclaviculares que son controlados antes de la exéresis de la costilla. La estabilización de la clavícula se lleva a cabo mediante la colocación de instrumentación variada como placas y tornillos, agujas o, como presentamos en este caso, con un cerclaje en ocho a través de la clavícula y del ma-

nubrio esternal, de modo que se consigue estabilización y función adecuadas, junto con un buen resultado estético.

### Bibliografía

1. Urschel HC. Thoracic outlet syndromes. En: Baue AE, Geha AS, Laks H, Hammond GL, Naunheim KS, editores. Glenn's thoracic and cardiovascular surgery. 6.ª ed. Stamford, Connecticut: Appleton-Lange; 1995. p. 567-80.
2. Clagett CT. Research and prosearch. J. Thorax Cardiovasc Surg. 1962;44:153-66.
3. Robicsek F, Eastman D. "Above-Under" exposure of the first rib: a modified approach for the treatment of thoracic outlet syndrome. Ann Vasc Surg. 1997;11:304-6.
4. Hempel GK, Shutze WP, Anderson JF, Bukhari HI. 770 consecutive supraclavicular first rib resections for thoracic outlet syndrome. Ann Vasc Surg. 1996;10:456-63.
5. Ohtsuka T, Wolf RK, Dunster SB. Port-access first-rib resection. Surg Endosc. 1993;13:940-2.
6. Melliére D, Ben Yahia NE, Etienne G, Becquemin JP, De Labareyre H. Thoracic outlet syndrome caused by tumor of the first rib. J Vasc Surg. 1991;14:235-40.