



<http://www.elsevier.es/semergen>

387/41 - DOCTOR: ME DUELE EL PECHO, PERO NO VA A SER EL CORAZÓN

V. González Novoa¹, L. Campo Alegría², E. Vejo Puente³, J. Martín Delgado⁴, A. Villaverde Llana⁵, S. Ibáñez Novoa⁶

¹Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.²Médico de Familia. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.³Médico de Familia. Centro de Salud Bezana. Santa Cruz de Bezana. Cantabria.⁴Médico de Familia. Centro de Salud Liébana. Potes. Cantabria.⁵Médico de Familia. Centro de Salud de Colindres. Cantabria.⁶Auxiliar de clínica. Servicio Cántabro de Salud.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 32 años, sin antecedentes de interés salvo obesidad grado 1. Refiere dolor a nivel medio torácico alto, de características mecánicas, con un curso de varias semanas de evolución. En los últimos días empieza a notar cierta tumefacción y eritema en zona superior de esternón. No clínica anginosa, ni respiratoria asociada.

Exploración y pruebas complementarias: Piel de zona superior del esternón con eritema local, calor, y cierta deformidad de consistencia dura. ECG ritmo sinusal a 75 lpm, sin alteraciones. Se remite a urgencias para radiografía de tórax urgente que se informa como imagen sospechosa de malignidad en manubrio esternal. TAC torácico: masa de características líticas que invade corticales en manubrio esternal.

Juicio clínico: Condrosarcoma.

Diagnóstico diferencial: Tumor óseo, absceso cutáneo, lipoma. Menos probable patología cardiorespiratoria.

Comentario final: El paciente ingresa en cirugía torácica para intervención quirúrgica, realizándose exéresis de la masa y confirmándose mediante la histología el diagnóstico de condrosarcoma. Se coloca una prótesis esternal. No precisó tratamiento adyuvante. En ocasiones un motivo de consulta inicial, como en este caso "dolor de pecho", nos hace activar unas "alarmas" y una cadena de actuaciones para descartar a priori otras patologías, que finalmente con la anamnesis dirigida y la exploración, nos lleva a reconducir el caso hacia otros procesos de distinta índole. Los tumores primarios de pared torácica son raros, con una incidencia muy baja, menos del 2%, representando el 5% de las neoplasias torácicas. Del 50 al 80% de los tumores de pared torácica son malignos, siendo aproximadamente la mitad originados en hueso o cartílago. Tienen una supervivencia a los 5 años de un 60% aproximadamente, con una tasa de recidiva de hasta el 50%, disminuyendo la supervivencia en estos casos al 17% a los 5 años.

Bibliografía

Chest wall tumors: introduction. Semin Thorac Cardiovasc Surg. 1999;11:250.

Incarbone M, Pastorino U. Surgical treatment of chest wall tumors. World J Surg. 2001;25:218-30.

Hsu PK, Hsu HS, Lee HC, et al. Management of primary chest wall tumors: 14 years' clinical experience. J Chin Med Assoc. 2006;69:377-82.