

# TC MULTICORTE DE LA PARED TORÁCICA: LESIONES INFRECIENTES Y ATÍPICAS

D. VARONA PORRES\*, A. C. MONTEALEGRE\*, O. PERSIVA\*, A. ROQUE\*, J. ANDREU\*, E. PALLISA\*

\*Servicio de Radiología. Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona.

## CONTENIDO

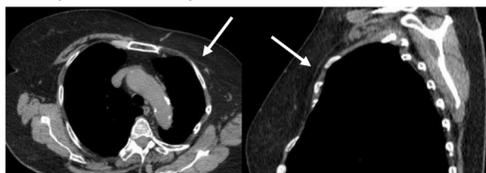
### OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

1. Revisar lesiones infrecuentes y atípicas de la pared torácica, excluyendo las lesiones óseas primarias.
2. Describir los hallazgos radiológicos visualizados en TC multicorte (TCMC).
3. Discutir la utilidad del TCMC para el estudio de estas lesiones.

### HALLAZGOS EN IMAGEN

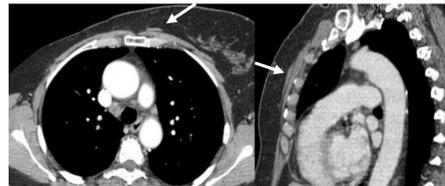
#### 1. CONGÉNITAS

**1.1. Síndrome de Poland:** Ausencia parcial o total del músculo pectoral mayor y presencia de sindactilia y braquidactilia ipsilateral. En TC, ausencia de pectoral mayor.



**Fig. 1.1.** Mujer de 78 años con síndrome de Poland. En TC, se aprecia ausencia de musculatura pectoral izquierda (flechas).

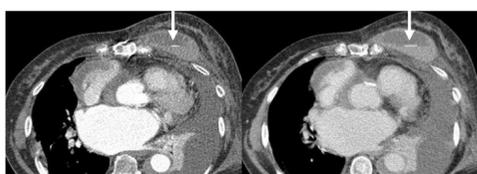
**1.2. Músculo sternalis:** Incidencia del 2-8% de la población general. Músculo plano de grosor variable desde la región infraclavicular hasta la porción inferior del esternón, de localización subcutánea y superficial al pectoral mayor, paralelo al esternón.



**Fig. 1.2.** Mujer de 64 años con neoplasia de mama intervenida. En TC, se visualiza músculo sternalis de localización superficial al músculo pectoral mayor izquierdo y paraesternal (flechas).

#### 2. POST-TRAUMÁTICAS O POST-TRATAMIENTO

**2.1. Hematomas:** Complicación del tratamiento con anticoagulantes o traumatismo. En TC sin contraste, áreas de mayor densidad. Si hay sangrado activo, extravasación del contraste.



**Fig. 2.1.** Mujer de 66 a. en tratamiento anticoagulante. En TC con contraste endovenoso en fases arterial y venosa, se aprecia hematoma con extravasación del contraste que aumenta en fase venosa por sangrado activo (flechas).

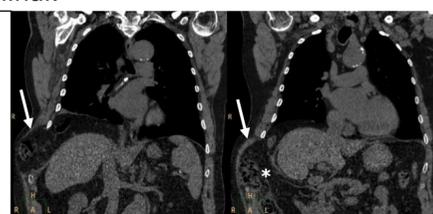
**2.2. Cuerpos extraños:** Predispone a infecciones. Mayoría de localización superficial, bien tolerados.



**Fig. 2.2.** Hombre de 66 a. con antecedente de accidente por arma de fuego en la infancia. En TC se aprecian perdigones de localización preesternal (flechas).

**2.3. Hernia intercostal transdiafragmática:** Defecto diafragmático que permite el paso de contenido intestinal a la cavidad torácica y debilidad en la pared torácica que permite la salida del contenido abdominal.

**Fig. 2.3.** Hombre de 55 a. con masa en pared torácica lateral derecha desde hace 2 a. (flechas). En TC, se aprecia hernia intercostal de contenido abdominal (flechas) con defecto diafragmático asociado (asterisco).

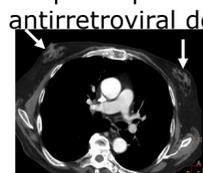


**2.4. Calcificaciones post-radioterapia:** Complicación tardía en tejido previamente maligno o tejido adyacente sin afectación neoplásica (calcificación heterotópica). Diagnóstico por presencia de calcificaciones e historia previa de radioterapia.

**Fig. 2.4.** Mujer de 55 a. con neoplasia de mama tratada con radioterapia hace 15 a. En TC se visualizan calcificaciones en lecho postquirúrgico de mastectomía izquierda (flechas).



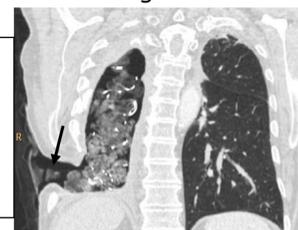
**2.5. Ginecomastia:** Desarrollo excesivo de la mama masculina. En adultos, fármacos en más del 20% (antiandrogénos en tratamiento de neoplasia prostática y terapia antirretroviral del HIV).



**Fig. 2.5.** Hombre de 74 a. con neoplasia de próstata avanzada tratada con hormonoterapia. En TC se aprecia ginecomastia bilateral (flechas).

**2.6. Flap de Eloesser modificado:** Fístula quirúrgica entre piel y espacio pleural mediante toracotomía para drenaje del empiema pleural. En empiema pleural crónico de larga evolución.

**Fig. 2.6.** Hombre de 71 a. con empiema post-neumonectomía derecha resistente al tratamiento. Finalmente, se decidió realizar drenaje quirúrgico abierto demostrado en TC (flecha).



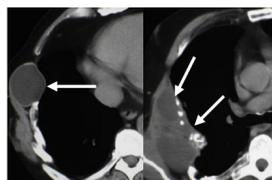
#### 3. INFECCIOSAS

**3.1. Tuberculosis:** Un empiema pleural puede drenar espontáneamente a través de pleura parietal a pared torácica formando abscesos subcutáneos (empiema necessitatis).



**Fig. 3.1.** Hombre de 81 a. con tumoración en pared torácica derecha y antecedente de neumotórax terapéutico por tuberculosis a los 16 a. En TC, se visualiza empiema pleural crónico con calcificaciones y absceso subcutáneo con fístula a piel (flecha).

**3.2. Hidatidosis:** Afectación primaria de pared torácica muy rara (7,4%). Lesiones multiquísticas complejas, con septos y captación periférica del contraste endovenoso en TC.



**Fig. 3.2.** Hombre de 58 a. con antecedente de hidatidosis pulmonar intervenida. En TC se aprecian lesiones hipodensas de aspecto quístico en pared torácica derecha por hidatidosis (flechas).

**3.3. Actinomicosis:** Afectación de pared torácica en 12%. Por contigüidad desde pleura o pulmón.



**Fig. 3.3.** Hombre de 81 a. con dolor en pared torácica inferior derecha. En TC se aprecia absceso por actinomicosis (asterisco) con destrucción costal (flecha).

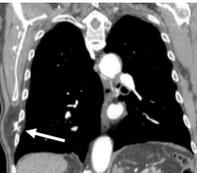
**3.4. Aspergilosis:** Por contigüidad desde foco pulmonar o vía hematogena. Masas extrapleurales y erosiones o esclerosis en costillas o vértebras.



**Fig. 3.4.** Hombre de 62 a. con antecedente de trasplante pulmonar y dolor en pared torácica derecha. En TC se aprecian aumento de partes blandas (asterisco) y destrucción costal (flechas) por aspergilosis de pared torácica que fue tratada con cirugía.

#### 4. NEOPLÁSICAS

**4.1. Lipoma:** Los tumores de partes blandas más frecuentes en pared torácica. Calcificaciones en un tercio.



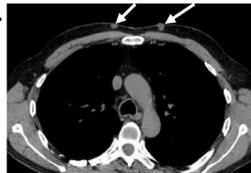
**Fig. 4.1.** Hombre de 79 a. con lipoma intercostal inferior derecho que muestra calcificaciones en TC (flecha).

**4.2. Elastofibroma dorsi:** Prevalencia de 2%. Masas de partes blandas subescapulares mal delimitadas con apariencia en capas y líneas de atenuación grasa.



**Fig. 4.2.** Mujer de 69 a. con neoplasia de sigma tratada con cirugía. En TC se aprecian masas subescapulares bilaterales por elastofibroma dorsi (flechas).

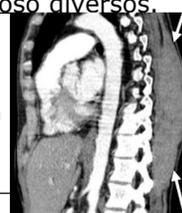
**4.3. Neurofibroma:** Mayoría con neurofibromatosis tipo I (60-90%). Si subcutáneos, baja atenuación.



**Fig. 4.3.** Hombre de 58 a. con neurofibromatosis tipo I. En TC se aprecian lesiones hipodensas subcutáneas en pared torácica anterior compatibles con neurofibromas subcutáneos (flechas).

**4.4. Tumor desmoide:** Más frecuente en pared abdominal. Asociación con síndrome de Gardner. En TC, atenuación o patrones de captación del contraste endovenoso diversos.

**Fig. 4.4.** Mujer de 79 a. con síndrome de Gardner. En TC se aprecia masa de partes blandas en musculatura paravertebral de pared torácica por tumor desmoide (flechas).



**4.5. Metástasis hipervasculares:** Las metástasis de carcinoma renal son usualmente hipervasculares, por lo que presentan captación intensa del contraste endovenoso.



**Fig. 4.5.** Mujer de 79 a. con neoplasia renal. En TC se aprecia masa hipercaptante en pared posterior torácica posterior derecha por metástasis (asterisco).

**4.6. Mesotelioma:** En TC puede apreciarse obliteración de plano graso extrapleurales, invasión de músculos intercostales, desplazamiento costal, o destrucción ósea.



**Fig. 4.6.** Hombre de 67 a. con mesotelioma pleural izquierdo. En TC se aprecia invasión de la pared torácica (flechas).

**4.7. Tumores malignos asociados a empiema pleural crónico:** Los más frecuentes son linfoma y carcinoma de células escamosas.



**Fig. 4.7.** Hombre de 69 con empiema pleural crónico derecho post-tuberculosis. En TC se aprecia masa de pared torácica derecha por linfoma B difuso de células grandes (flechas).

**4.8. Sarcoma alveolar:** Neoplasia maligna rara con prevalencia de menos de 1% de sarcomas primarios de partes blandas.



**Fig. 4.8.** Hombre de 39 a. con lumbalgia. En TC se aprecia masa heterogénea en pared torácica posterior izquierda (asterisco) por sarcoma alveolar.

### CONCLUSIÓN

Las lesiones de la pared torácica pueden presentar manifestaciones atípicas o ser infrecuentes y el TC multicorte permite el estudio detallado de las mismas.