Pectus Excavatum

¿Qué es el pectus excavatum?

El pectus excavatum es una depresión del esternón (el hueso alargado y aplanado que se encuentra en el centro del pecho) y la porción central inferior de las costillas (cartílagos costales) (ver figura 1).

Figura 1

¿Cuál es la causa del pectus excavatum?

- El pectus excavatum es causado por un crecimiento excesivo de cartílago costal durante el desarrollo de la pared torácica antes del nacimiento. Estos cartílagos son demasiado largos y empujan el esternón hacia atrás.
- El pectus excavatum no siempre se nota al nacer el bebé. Por lo general, se hace aparente a los 2 o 3 años de edad. Puede volverse más severo más adelante durante la infancia y seguir progresando con el crecimiento de la pubertad.
- Es 4 veces más común en los varones que en las niñas y ocurre con más frecuencia en las familias en las que un miembro tiene esta anormalidad.
- El pectus excavatum se asocia con otras anormalidades de los músculos y huesos (musculoesqueléticas), particularmente la escoliosis (15% de casos).

¿Es peligroso el pectus excavatum?

No. Ocasionalmente los pacientes se quejan de un dolor inespecífico en la pared torácica.

¿Cómo se trata el pectus exacavatum?

- Si el pectus excavatum limita el ejercicio, causa problemas del corazón, o el niño se siente incómodo con su apariencia, puede repararse mediante cirugía.
- Una a dos semanas antes de la cirugía se realiza una evaluación preoperatoria. En ese momento usted se encontrará con:
  - una enfermera especializada que trabaja con el cirujano,
  - una enfermera,
  - un médico anestesiólogo y
  - un técnico de laboratorio que le toma una muestra de sangre.
- La cirugía se hace bajo anestesia general. El niño permanece en el hospital por 4 a 6 días después de la cirugía.

¿Cómo repara el cirujano el defecto?

Hay dos tipos de cirugía correctiva:

- En la **"cirugía tradicional"**, se hace una incisión a lo ancho del pecho centrada debajo del nivel de los pezones. Los músculos del pecho se levantan del esternón y las costillas. La porción cartilaginosa de las costillas que está junto al esternón se

© Children's Hospital Boston, 2005 All rights reserved. Publication Date 02/14/2005

remueve parcialmente. El tejido que reviste al cartílago se deja en su lugar. Bajo este revestimiento crecerá un nuevo cartílago que no estará en posición deprimida. También se extrae una porción de hueso del esternón en el punto en que está hundido. Esto permite elevar el esternón a una posición normal. Luego se pone un puntal detrás del esternón para asegurarlo firmemente en la posición elevada (por delante). El puntal queda colocado durante por lo menos seis meses después de la cirugía. Esto da una cantidad suficiente de tiempo para que el esternón sane y el cartílago crezca. El esternón queda entonces firmemente en su lugar (Figura 2).

Figura 2

- Recientemente se ha desarrollado un procedimiento llamado **"técnica de Nuss"**, que se suele considerar como "mínimamente invasiva". Un puntal metálico en forma de C se coloca detrás del esternón y delante del corazón a través de incisiones a ambos lados del pecho. Luego se lo rota hasta el punto medio para elevar el esternón y doblar los segmentos cartilaginosos de las costillas. Este método puede no ser apropiado para algunos adolescentes mayores o para niños con ciertas deformidades.

¿Se pone al paciente "a dormir" durante la cirugía?

- Un miembro del Departamento de Anestesia se reunirá con usted y su niño antes de la cirugía. Les preguntará sobre su historial de salud, hará un examen físico al paciente, les dirá cuál es el plan para la anestesia y contestará cualquier pregunta que tengan.
- Para esta operación, se pone al paciente a dormir con anestesia general. Durante la cirugía se supervisan todos los signos vitales. Una enfermera de anestesiología, un médico residente de anestesiología o un médico anestesiólogo supervisor permanece junto al paciente durante todo el procedimiento.
- Para esta cirugía se necesita insertar un tubo respiratorio mientras el paciente está dormido. Pueden requerirse líneas intravenosas (IV) adicionales y una sonda en la vejiga.

¿Qué ocurre después de la operación?

- Después de la operación, el paciente va a la sala de recuperación y después de aproximadamente 1 a 2 horas es trasladado al piso de cirugía.
- Debajo la incisión puede colocarse un pequeño tubo de goma (drenaje), que se quita 1 a 2 días después de la cirugía.
- El día después de la cirugía se ayuda al paciente a que camine.
- Si se siente bien, puede comer y beber el día después de la cirugía.
- Por lo general, no es necesario quitar los puntos. Están debajo de la piel y se disuelven solos.
- No se debe hacer gimnasia ni practicar deportes de contacto hasta después de la visita posoperatoria con el cirujano. El médico o la enfermera especializada le dará instrucciones precisas.
- El cirujano querrá ver a su niño alrededor de dos semanas después de la operación para comprobar cómo está sanando el área operada.

¿Cómo se maneja el dolor?

- El Equipo de Tratamiento del Dolor supervisa el manejo del dolor del paciente. Los médicos y las enfermeras del Equipo de Tratamiento del Dolor visitan al paciente todos los días y están disponibles 24 horas por día.

© Children's Hospital Boston, 2005 All rights reserved. Publication Date 02/14/2005

- El dolor puede manejarse de 2 maneras: **bomba PCA o catéter epidural.**
- La **bomba PCA** (siglas en inglés de "analgesia controlada por el paciente") requiere que el paciente apriete un botón que está en la bomba. Esto envía una dosis de medicación para el dolor a la línea intravenosa. Hay mecanismos de seguridad para evitar que el paciente se administre accidentalmente demasiada medicina para el dolor.
- El **catéter epidural** (similar a lo que se usa durante un parto) administra una infusión continua de medicina para el dolor a través de un catéter pequeño que se inserta en la espalda del paciente. El catéter puede insertarse antes de comenzar la cirugía, cuando el paciente ya está bien sedado. Como se usa un anestésico local (similar a la medicación insensibilizadora que usan los dentistas), el paciente puede sentir temporalmente algo de entumecimiento o debilidad después de la cirugía. De vez en cuando, los pacientes se quejan de comezón (picor) por la medicación epidural para el dolor.
- Para mayor información, pida la hoja de información sobre el catéter epidural o la bomba PCA a un miembro de su equipo de cuidado de salud.

¿Cuándo debo llamar al médico de mi niño?

Llame si su niño tiene:

- aumento del enrojecimiento o la hinchazón o alrededor de la herida;
- secreción o sangrado desde la incisión;
- fiebre de 100.5 ºF o más alta;
- dolor fuerte que no se alivia con la medicina para el dolor;
- falta de aire al respirar.

Números de teléfono

Lunes a viernes 8:30 a.m. a 5:00 p.m.	Línea de enfermería (617) 355-7704 Línea de enfermería especializada (617) 355-7716
Tardes, noches, fines de semana y días feriados	Operadora (617) 355-6369 Pida hablar con el cirujano de guardia (*surgeon on-call*, en inglés).

Enviar comentarios o preguntas a: ***Familyed***@childrens.harvard.edu

© Children's Hospital Boston, 2005 All rights reserved. Publication Date 02/14/2005