

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Recordar diferentes patologías que pueden involucrar a los arcos costales señalando las más frecuentes, así como algunas de sus características específicas en las diferentes técnicas de imagen. Revisar el papel de las pruebas y procedimientos diagnósticos disponibles, así como su correcta indicación.

NEOPLASIAS BENIGNAS

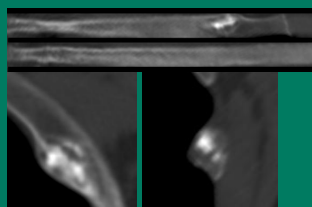
DISPLASIA FIBROSA

Lesión costal benigna más común.
Edad: 3ª - 4ª décadas (aunque es congénita).
Localización: Arco costal posterior-medio. Más común en la 2ª costilla.

Imagen: Lesión lítica, expansiva, matriz en vidrio deslustrado (más evidente en TC que suele ser diagnóstica).
Gammagrama (+).

La RM no suele aportar más, señal variable en T2, con reborde hipointenso.
Se trata de una anomalía de la maduración osteoblástica.

Reemplazo de la médula con fibrosis y hueso inmaduro.
Clínica: Asintomática. Dolor en caso de fractura o compresión de tejidos blandos. ¡No Tocar!



ENCHONDROMA

Segunda lesión benigna más frecuente.
Edad: 2ª - 3ª décadas.

Localización: Cercano a las uniones costochondral o costo vertebral.

Imagen: Lesión lítica, expansiva, a veces excéntrica, con matriz condroide y calcificaciones (en arcos y anillos). Rx-TC suficientes.

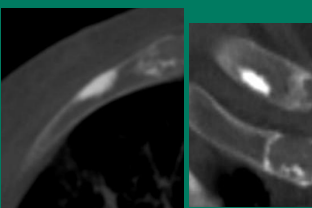
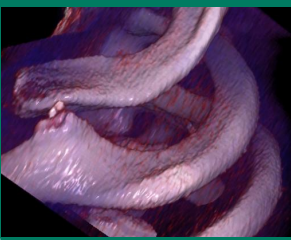
Clínica: Asintomática. Dolor en lesiones de gran tamaño. Consiste en lóbulos o islotes de cartilago hialino intramedulares. ¡No Tocar!

OSTEOCONDROMA

El 50% de lesiones costales benignas.
Edad: Infancia y adultos jóvenes (60% < 20 años)
Localización: Arco costal anterior, junto a la unión costochondral.

Imagen: Masa ósea exofítica, pediculada, con un casquete cartilaginoso hiperintenso en T2 (RM).
Continuación de la cortical ósea y la cavidad medular con el hueso (TC).

El grosor del rodete > 2cm en adultos y 3 cm en niños aumenta el riesgo de transformación maligna.
Clínica: Lesión rígida, con crecimiento lento, indoloro.



OSTEOSTOSIS (ISLOTE ÓSEO)

Edad: Afecta cualquier edad
Localización: Sigue el eje largo del arco costal.
Imagen: Foco hiperdenso homogéneo, no expansivo. El borde espiculado es común. Suele ser fría (-) en gammagrafía.

Se trata de un foco de hueso cortical dentro de hueso esponjoso (origen hamartomatoso).
Clínica: Asintomático. ¡No tocar!

NEOPLASIAS MALIGNAS

METÁSTASIS

Lesión costal maligna más común (70%).

Edad: Cualquier edad
Localización: Afectación focal única o múltiple, cualquier parte del arco costal.

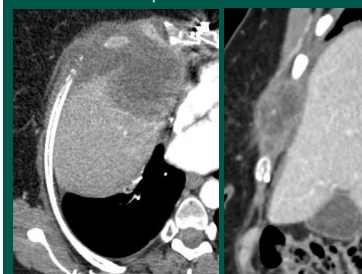
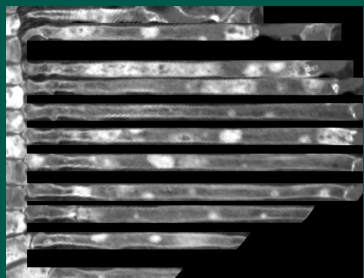
Imagen: Líticas: Mama, pulmón.

Líticas expansivas: Tiroides, riñón.

Escleróticas: Próstata, mama, pulmón, estómago, colon.

Mixtas: Mama y pulmón.

Pueden ser asintomáticas, o causar dolor, masa palpable, deformidad o fracturas.
Dx de certeza: biopsia.



INVASIÓN DIRECTA

Puede tratarse de invasión por lesiones intratorácicas (cáncer pulmonar, implantes pleurales), intraabdominales con afectación de arcos costales inferiores, o bien extensión de lesiones extratorácicas (cáncer de mama o lesiones de tejidos blandos).

MIELOMA MÚLTIPLE

Afecta arcos costales en el 50%.
Suelen ser lesiones múltiples, la lesión única (plasmocitoma) es rara.

Edad: > 50 años.

Loc.: El arco costal medio es más común.

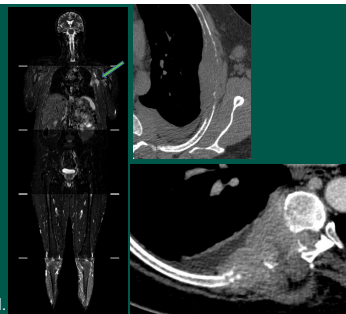
Imagen: Múltiples lesiones osteolíticas, con bordes definidos. Asocian edema de tejidos blandos. La RM de cuerpo entero es mejor que la serie ósea para detección de lesiones.

PLASMOCITOMA:

Edad: >40 años

Imagen: Lesión lítica con masa de partes blandas, con expansión y destrucción cortical.

Dx -> biopsia.



CONDROSARCOMA

Tumor maligno primario costal más común.

Edad: 3ª a 7ª décadas

Loc.: Afecta comúnmente en el arco anterior, primeras 5 costillas (unión costochondral).

H: Masa osteolítica, matriz condroide con calcificaciones en el 60% (con forma de arcos y anillos).

Clínica: Edema y dolor

INFLAMATORIA - INFECCIOSA

TUBERCULOSIS

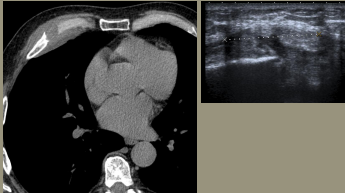
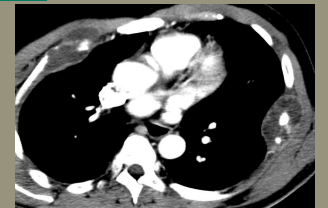
Sitio poco común de afectación osteoarticular por TB (0,5 - 5%).

Edad: Cualquier edad.

Imagen: lesión de predominio lítica, con borde delimitado. Puede presentar secuestro óseo.

TC y RM caracterizan mejor la afectación de tejidos blandos y formación de abscesos fríos. Pueden asociar adenopatías necróticas.

La ecografía es útil para dirigir punciones.



ARTRITIS SÉPTICA

Puede afectar a cualquier edad. Asociación con ADVP.

Imagen: Osteolisis cortical, reacción perióstica, erosión subcondral. Afectación de tejidos blandos adyacentes.

Papel de la ecografía para guiar punción diagnóstica.

Clínica: Dolor, tumefacción, SRIS. Agente común *Staphylococcus aureus*.

INFLAMATORIA - NO INFECCIOSA

SAPHO: Sinovitis, Acné, Pustulosis, Hiperostosis y Osteitis.

Síndrome también llamado osteomielitis crónica recurrente multifocal. Afecta cualquier grupo de edad.

Imagen: Osificación del ligamento esterno clavicular e hiperostosis del extremo esternal de las costillas superiores. TC método ideal.

Clínica: Dolor en pared torácica anterior, acné y artralgias.

Posible asociación con espondiloartropatías seronegativas y psoriasis.



OTRAS



ENFERMEDAD DE GORHAM

Gorham - Stout o Enfermedad de huesos evanescentes.

Hemangiomas con osteolisis masiva. Proliferación de vasos linfáticos progresiva y extensa con destrucción y resorción ósea. Afecta las costillas, columna, pelvis, cráneo, clavículas y área maxilofacial.

La tasa de progresión es impredecible. Condiciona deformidad y limitación funcional.

Edad < 40 años.

Origen esporádico, sin factores de riesgo ambientales, genéticos o inmunológicos conocidos.

Dx de exclusión y biopsia.

CONCLUSIONES:

La patología más frecuente que afecta a las costillas es benigna.

El sitio afectado, la edad y el contexto clínico ayudan a desarrollar el diagnóstico diferencial.

Es labor del radiólogo torácico y/o musculoesquelético reconocer la patología más frecuente, la indicación de pruebas y procedimientos adicionales y los casos en los que éstos pueden evitarse.