

## **Tórax Excavado Información**

[www.childrensmercy.org/pectus](http://www.childrensmercy.org/pectus)

### **¿Qué es el pectus excavatum?**

Si su hijo desarrolla un tórax hundido, lo que se conoce como pectus excavatum, es probable que otro miembro de la familia también haya tenido la afección congénita. Si bien se desconocen las causas del pectus excavatum, la afección tiende a ser hereditaria. El 25 por ciento de los pacientes descubren antecedentes familiares de otros con "pecho de embudo" (también conocido como pecho hundido).

La afección es la deformidad más común en las paredes torácicas de los niños y puede volverse visible en cualquier momento desde la infancia hasta la pubertad. El pectus excavatum se presenta en aproximadamente 1 de cada 1,000 niños y es 4 veces más común en hombres que en mujeres. Ocurre cuando varias costillas y el esternón no crecen normalmente, lo que hace que el esternón se presione hacia adentro y provoque una depresión que es visible al mirar el pecho de su hijo. La depresión puede variar en tamaño y profundidad, siendo más profunda en un lado, lo que hace que el esternón se curve y, en casos graves, empuja el esternón hasta casi tocar la columna. El pectus excavatum puede causar deterioro funcional y problemas psicosociales.

Existe una ligera correlación entre el pectus excavatum y la escoliosis, aunque una no necesariamente causa otra.

### **¿Cuáles son los síntomas del pectus excavatum?**

Los síntomas como dificultad para respirar, dolor en el pecho o intolerancia al ejercicio pueden ocurrir o no. Los problemas de imagen corporal también son comunes.

Se debe alentar a los niños con pectus excavatum a que vivan estilos de vida activos sin restricciones.

### **¿Puedo participar en deportes si tengo pectus excavatum?**

¡Sí! Las personas que tienen pectus excavatum deben seguir participando en todas las actividades que disfruten. Algunos síntomas pueden agravarse con la actividad física, pero la actividad en sí no representa un riesgo para la salud. Preste atención a las actividades que parecen causar problemas y pregunte a su profesional de pectus si existe alguna relación.

### **¿Cuáles son las opciones de tratamiento?**

Para los casos leves sin síntomas asociados y los niños pequeños, es probable que se recomiende la observación. El pectus excavatum leve a menudo se puede mejorar con ejercicios para aumentar la fuerza de la parte superior del cuerpo y mejorar la postura.

**Dr. Shawn St. Peter**  
Surgeon-In-Chief  
Thomas Holder and Keith  
Ashcraft Endowed Chair  
Director, Pediatric Surgery  
Fellowship Program

**Dr. Charles L. Snyder**  
Chief, Section of General  
Surgery

**Pablo Aguayo, MD**  
Associate Director Trauma,  
Critical Care Burns

**David Juang, MD**  
Director, Trauma & Burns

**Tolulope Oyetunji, MD, MPH**  
Director, Health Outcomes  
Research

#### **Nurse Practitioners**

Beth Orrick, APRN, FNP-BC  
Amy Pierce, APRN, PPCNP-BC

#### **Registered Nurses**

Lindsay Gore, RN, CPN  
Kelly Jones, RN, CPN  
Alex Wank, RN, CPN

A la mayoría de los niños no les molesta tener un pecho cóncavo hasta que comienzan su período de crecimiento acelerado. Los adolescentes con un caso grave de pectus excavatum y síntomas asociados pueden ser candidatos para la reparación quirúrgica con la reparación mínimamente invasiva del pectus excavatum.

Para determinar la gravedad del defecto, se puede recomendar una tomografía computarizada (TAC) del tórax de su hijo para medir la depresión torácica para determinar la candidatura quirúrgica. La tomografía computarizada no es dolorosa y simplemente requiere que su hijo permanezca quieto durante unos 5 a 10 minutos mientras se toman una serie de imágenes.

Es posible que se requieran pruebas adicionales (como una prueba de esfuerzo, pruebas de función pulmonar o un ecocardiograma) según la compañía de seguros para la aprobación de la cirugía. Recomendamos consultar con su compañía de seguros.

### **Cirugía de pectus excavatum**

Los médicos comenzaron a utilizar la cirugía abierta para corregir la afección a principios del siglo XX. Ochenta años después, Donald Nuss, MD, un médico de Norfolk, Virginia, ideó un enfoque menos invasivo. Desde entonces, los cirujanos generales de Children's Mercy han modificado el procedimiento Nuss.

El cirujano inserta una barra de acero que se ha curvado para encajar debajo del esternón cóncavo y alrededor de la parte frontal del pecho. La barra ayuda a remodelar el pecho a medida que el niño crece.

Después de aproximadamente tres años, la barra se retira en un procedimiento el mismo día. Este tratamiento de pectus excavatum es muy eficaz. Menos del 1 por ciento de los niños volverá a desarrollar la afección.

### **Usar crioblación para reducir el dolor después de la cirugía**

La crioblación es una modalidad más nueva de manejo del dolor para los pacientes que se someten a la colocación de una barra para reparar la reparación del pectus excavatum que reduce drásticamente el dolor después de la cirugía. La decisión de utilizar la crioblación se basó en una investigación exhaustiva de los resultados de los pacientes que reveló que la crioblación era segura y eficaz para mejorar el control del dolor y acortaba la estancia hospitalaria. En el quirófano, el cirujano congelará 4 nervios intercostales de cada lado antes de colocar la barra. Esto disminuirá temporalmente la transmisión del dolor a través de estos nervios. El efecto completo puede tardar de 12 a 24 horas para un control óptimo del dolor. Esto no elimina el dolor por completo. La crioblación durará 2-3 meses. Los pacientes pueden sentir cierto adormecimiento de la piel de la pared torácica. El entumecimiento deberá desaparecer en un plazo de 3 meses cuando el nervio se regenere.

**Dr. Shawn St. Peter**  
Surgeon-In-Chief  
Thomas Holder and Keith  
Ashcraft Endowed Chair  
Director, Pediatric Surgery  
Fellowship Program

**Dr. Charles L. Snyder**  
Chief, Section of General  
Surgery

**Pablo Aguayo, MD**  
Associate Director Trauma,  
Critical Care Burns

**David Juang, MD**  
Director, Trauma & Burns

**Tolulope Oyetunji, MD, MPH**  
Director, Health Outcomes  
Research

#### **Nurse Practitioners**

Beth Orrick, APRN, FNP-BC  
Amy Pierce, APRN, PPCNP-BC

#### **Registered Nurses**

Lindsay Gore, RN, CPN  
Kelly Jones, RN, CPN  
Alex Wank, RN, CPN

Los pacientes se irán a casa con medicamentos orales para el dolor para que los sigan tomando durante su recuperación. Cuando la crioablación funciona bien, la mayoría de los pacientes pueden irse a casa uno o dos días después de la cirugía. Algunos pueden ser dados de alta más tarde en el mismo día de la cirugía.

## Después de la cirugía de pectus

Su hijo no necesitará que le quiten ningún punto porque los médicos habrán cerrado las incisiones usando puntos que se disuelven debajo de la piel. Las tiras Steri estarán en su lugar y se caerán solas en aproximadamente 2 semanas. Las incisiones se verán rosadas y se desvanecerán gradualmente durante el próximo año. Recomiende usar protector solar en las cicatrices para mejorar la cicatrización.

## Citas de seguimiento

2 semanas y 3 meses después de la cirugía y luego anualmente hasta que sea el momento de la extracción.

## Limitar la actividad de su hijo

Dependiendo de cómo se recupere su hijo después de la cirugía, le recomendamos que regrese lentamente a las actividades. No hay restricciones de peso con respecto al levantamiento de objetos pesados, pero se recomienda tomarlo con calma y hacer lo que sea cómodo.

- Sin actividad física intensa durante las 2 semanas posteriores a la cirugía
- Puede volver a la actividad normal según lo tolere después de 2 semanas.
- No encorvarse. Se recomienda encarecidamente una buena postura.

## Regreso a la escuela

Por lo general, los niños deben permanecer en casa aproximadamente 1 a 2 semanas después de la cirugía. Su hijo puede regresar a la escuela cuando su nivel de energía y el control del dolor lo permitan.

## Mientras la barra está en su lugar

- No hay exámenes de resonancia magnética del tórax y el abdomen. Las tomografías computarizadas son aceptables.
- Si se necesita desfibrilación, la colocación de la paleta debe ser anterior / posterior (frontal y posterior).
- PUEDE REALIZARSE RCP. Puede requerir más fuerza externa de esfuerzo.
  - Se recomienda una pulsera de alerta médica. La inscripción debe indicar "barra de acero quirúrgica en el pecho". Puede encontrarla [identifyyourself.com](https://www.identifyyourself.com).

**Dr. Shawn St. Peter**  
Surgeon-In-Chief  
Thomas Holder and Keith  
Ashcraft Endowed Chair  
Director, Pediatric Surgery  
Fellowship Program

**Dr. Charles L. Snyder**  
Chief, Section of General  
Surgery

**Pablo Aguayo, MD**  
Associate Director Trauma,  
Critical Care Burns

**David Juang, MD**  
Director, Trauma & Burns

**Tolulope Oyetunji, MD, MPH**  
Director, Health Outcomes  
Research

### Nurse Practitioners

Beth Orrick, APRN, FNP-BC  
Amy Pierce, APRN, PPCNP-BC

### Registered Nurses

Lindsay Gore, RN, CPN  
Kelly Jones, RN, CPN  
Alex Wank, RN, CPN



## Center for Pectus Excavatum and Carinatum

Adele Hall Campus  
2401 Gillham Road  
Kansas City, Missouri 64108  
Phone: (816) 234-3097  
Fax: (816) 302-9634

Children's Mercy Kansas  
5808 W 110<sup>th</sup> Street  
Overland Park, Kansas 66211

### Qué hacer si tiene alguna duda

Comuníquese con el equipo de pectus al **(816) 234-3097** con las siguientes inquietudes:

- La incisión se enrojece, se inflama, es muy dolorosa o comienza a drenar o se desarrolla un sarpullido.
- Cree que la barra se ha desprendido (el pecho cambia de forma o su hijo ha recibido un fuerte golpe en el pecho).
- Dolor nuevo que no responde a los medicamentos para el dolor de venta libre.

#### **Dr. Shawn St. Peter**

Surgeon-In-Chief  
Thomas Holder and Keith  
Ashcraft Endowed Chair  
Director, Pediatric Surgery  
Fellowship Program

#### **Dr. Charles L. Snyder**

Chief, Section of General  
Surgery

#### **Pablo Aguayo, MD**

Associate Director Trauma,  
Critical Care Burns

#### **David Juang, MD**

Director, Trauma & Burns

#### **Tolulope Oyetunji, MD, MPH**

Director, Health Outcomes  
Research

#### **Nurse Practitioners**

Beth Orrick, APRN, FNP-BC  
Amy Pierce, APRN, PPCNP-BC

#### **Registered Nurses**

Lindsay Gore, RN, CPN  
Kelly Jones, RN, CPN  
Alex Wank, RN, CPN