



Publicado en Internet:  
26-mayo-2025

Iciar Echevarría Matia:  
itziareche@gmail.com

# Caso clínico. Miscelánea

## Manejo del *pectus excavatum* en Atención Primaria

Iciar Echevarría Matia<sup>a</sup>, Aitziber Etxagibel Galdós<sup>b</sup>, Manuel Carneiro Díaz<sup>c</sup>,  
Josep Lluís Jornet Montori<sup>d</sup>, Miren Crespo González<sup>a</sup>, Ane Sánchez García<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CS Olarizu. Vitoria-Gasteiz. Álava. España.

• <sup>b</sup>Organización Sanitaria Integrada de Osakidetza. Vitoria-Gasteiz. Álava. España.

• <sup>c</sup>Dirección General de Osakidetza. Vitoria-Gasteiz. Álava. España.

• <sup>d</sup>Hospital Universitario de Donostia. San Sebastián. Guipúzcoa.

### INTRODUCCIÓN

El *pectus excavatum* (PE), también denominado tórax en embudo o en chimenea, es la deformidad congénita del tórax más frecuente. Es una alteración condroesternal, generalmente benigna, aunque a veces se asocia a compromiso cardiorrespiratorio. Se observa en 1 de cada 300 recién nacidos vivos, con una relación 5 a 1 en varones. Aunque el defecto es congénito y se empieza a hacer visible a lo largo del periodo lactante, hasta el 15% refieren la aparición del PE con la pubertad. Su causa es desconocida, pero se ha asociado a trastornos del tejido conectivo y otras enfermedades congénitas. La evolución es hacia la estabilización, aunque puede progresar rápidamente en la adolescencia. La importancia clínica depende de la gravedad del defecto de la pared torácica, la morbilidad cardiopulmonar y el impacto psicológico, porque el defecto altera la estética.

### RESUMEN DEL CASO

Varón de 3 años AP: RNT. Lactancia artificial. Laringomalacia leve. En 2021: CPAP con mala tolerancia. En 2022: AOS grave (IAH obstructivo 32,8). En 2023: adenoamigdalectomía. AOS leve residual (IAH obstructivo 4,9). PE. Refieren notar el defecto "desde siempre", con empeoramiento progresivo. No tiene problemas respiratorios ni cardíacos asociados. No hay intolerancia al ejercicio. Se queja de dolor de espalda a nivel torácico estando sentado y cuando para la actividad física. Es remitido al servicio de Cirugía Pediátrica, donde observan PE, centrado, bajo y leve. Simétrico. Recomiendan control periódico y, si empeora, valorar inicio de tratamiento precoz con ventosa.

### CONCLUSIONES

En la actualidad no existe un consenso sobre cuándo y cómo tratar el PE. El tratamiento quirúrgico se reserva para casos severos con repercusión sobre la función cardiopulmonar o estética. La corrección consiste en la reposición de esternón y cartílagos costales a su posición natural. Existen dos procedimientos: mediante cirugía abierta y mediante toracoscopia e introducción de la barra de Nuss. La edad idónea parece estar entre los 8 años y antes del final de la adolescencia, ya que el cartílago costal es susceptible de remodelación y se evitan recidivas durante el estirón puberal.

Últimamente, el tratamiento conservador con campana o ventosa de succión es una alternativa para pacientes con PE leve o moderado. El pediatra de Atención Primaria desempeña un papel fundamental en el diagnóstico y la derivación de estos pacientes que permita un abordaje precoz. Se recomienda el seguimiento desde la infancia, con fotografías y ejercicios dirigidos a fortalecer la musculatura torácica y respiratoria con el fin de frenar el progreso del PE.

### CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

### RESPONSABILIDAD DE LOS AUTORES

Los autores han remitido un formulario de consentimiento de los padres/tutores para publicar información de su hijo/a.

### ABREVIATURAS

PE: *pectus excavatum*.

Cómo citar este artículo: Echevarría Matia I, Etxagibel Galdós A, Carneiro Díaz M, Jornet Montori JL, Crespo González M, Sánchez García A. Manejo del *pectus excavatum* en Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2025;(34):e178.