



# Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



## 333/246 - SÍNDROME DE TIETZE

J. Ortiz de Salido Menchaca<sup>1</sup>, A. Orcajo Orueta<sup>2</sup>, A. Leibar Loiti<sup>1</sup>, I. Llamosas Luengo<sup>3</sup>, V. Gómez Amigo<sup>4</sup>, M. Puchol Palomar<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Centro de Salud CotoIino II. Hospital de Laredo. Cantabria. <sup>2</sup>Centro de Salud Kueto. Hospital San Eloy. Vizcaya.

<sup>3</sup>Centro de Salud Gazteleku. Hospital de Basurto. Vizcaya. <sup>4</sup>Médico Adjunto. Hospital de Laredo. Cantabria.

<sup>5</sup>Centro de Salud de Laredo. Hospital de Laredo. Cantabria.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer 48 años acude al C. Salud por dolor esternocostal desde hace 2 semanas. Desde el día anterior más exacerbado. Empeora con los movimientos y a la palpación. No fiebre. No dolor de características coronarias. No cortejo vegetativo acompañante.

**Exploración y pruebas complementarias:** T<sup>a</sup>: 36.6°C. TAS: 113 mmHg. TAD: 73 mmHg. FC: 69 lpm. SatO<sub>2</sub>: 98%. Consciente y Orientada. Buen Estado General. Afebril. Eupneica. Colaboradora. CyC: No IY. No adenopatías. ACP: Rítmica. No se ausculta soplos. Buena Ventilación Bilateral. No ruidos añadidos. Inspección: Dolor a la palpación a nivel de unión costoesternal (2<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup> y 4<sup>a</sup> costilla). Rx tórax: No masas ni condensaciones aparentes. Senos costofrénicos no pinzados. ECG: RS a 66 lpm. PR: 0.16 seg. Eje QRS: Normal. No bloqueos. No alteraciones de la repolarización.

**Juicio clínico:** Síndrome de Tietze.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome Coronario Agudo. Tromboembolismo pulmonar. Neumonía.

**Comentario final:** El síndrome de Tietze fue descubierto por el Doctor Alexander Tietze en 1921. El cartílago situado entre las costillas y el esternón se inflama y provoca dolor que incluso puede confundirse con un ataque al corazón. Los síntomas principales son dolor e inflamación. El primero puede ser de intensidad variable, a veces tan agudo que se puede confundir con un dolor en el corazón. Este dolor puede durar desde horas a semanas. Es de tipo mecánico, es decir, aumenta al moverse o al realizar diversas actividad, como toser, estornudar, mover el brazo, cualquier movimiento brusco o simplemente con la propia respiración. Por otro lado, sentiremos una inflamación en la zona de las costillas y el cartílago cerca del pecho. El origen del síndrome es poco conocido, con frecuencia se relaciona con el esfuerzo físico o con lesiones menores como puede ser tos persistente, estornudos, golpes en el pecho. Incluso un ataque de risa fuerte podría llegar a provocarlo, así que, como vemos, el origen del síndrome puede llegar a ser amplio. Por otro lado, pacientes que han recibido radioterapia en el pecho a menudo experimentan este síndrome que puede suceder después de la terapia, incluso años después.

## Bibliografía

Aeschlimann A, Kahn MF. Tietze's syndrome: a critical review. Clin Exp Rheumatol 1990; 8:407-12.

**Palabras clave:** Dolor costoesternal. Síndrome de Tietze.