

Síndrome de Tietze

Michael Rosenberg; Reddog E. Sina; Till Conermann.

El motivo por el cuál este síndrome ocupa un espacio en la sección de **EPÓNIMOS de CARDIOLATINA** se encuentra en que representa un **motivo muy frecuente de consulta en los servicios de emergencia hospitalarios** (a pesar de su infrecuencia absoluta) y el primer profesional en ser consultado para aclarar el motivo de este **dolor precordial es el médico cardiólogo**.

El **síndrome de Tietze** es una **causa rara y atípica de dolor torácico anterior**, que se caracteriza por **dolor localizado a la palpación e inflamación no supurativa**, generalmente asociada unilateralmente al **segundo o tercer cartílago costal**.

Esta **afección benigna y autolimitada** puede causar molestias significativas, y los profesionales sanitarios desempeñan un papel crucial en su evaluación y tratamiento.

Introducción

El síndrome de Tietze es una **afección inflamatoria no supurativa poco frecuente** que se caracteriza por dolor torácico e inflamación en la unión costocondral.

El síndrome de Tietze es una **afección dolorosa pero benigna** que se caracteriza por **inflamación localizada, generalmente unilateral en la segunda y tercera articulaciones costoesternales o costochondrales**. Sin embargo, la **articulación esternoclavicular también puede verse afectada**.

Etiología

La etiología exacta del síndrome de Tietze sigue siendo **incierta**.

Algunos estudios han postulado que **múltiples microtraumatismos en la pared torácica anterior** pueden desencadenar su desarrollo.

Puede presentarse con mayor frecuencia en afecciones como la **artritis psoriásica**.

Otras posibles causas sugeridas incluyen **caídas, accidentes automovilísticos y afecciones que contribuyen a la tos, como la sinusitis o la laringitis**.

En algunos casos, **la tos crónica y excesiva, los vómitos, los traumatismos o impactos en el pecho, las infecciones víricas o bacterianas, o la cirugía torácica** pueden preceder al desarrollo del trastorno.

Un informe reciente de un caso sugiere que el síndrome de Tietze también puede desarrollarse **tras una infección reciente asintomática por COVID-19**.

Los resultados de estudios sugieren que el síndrome de Tietze podría **no ser una afección específica** y estar vinculado a la **afectación de la pared torácica anterior en espondiloartritis e hiperostosis esternocostoclavicular**.

Epidemiología

Se **desconoce la prevalencia e incidencia precisas** del síndrome de Tietze.

El sexo biológico, la etnia, la geografía o la ocupación no proporcionan información sobre las tasas de incidencia.

Esta afección parece **afectar a hombres y mujeres en proporciones aproximadamente iguales**.

Las **personas menores de 40 años** la padecen con mayor frecuencia que las mayores de 40 años.

Los casos de la afección son **poco frecuentes en personas de 40 años o más**, aunque se han reportado.

Fisiopatología

La caracterización del síndrome de Tietze implica la descripción de una **masa localizada, dolorosa e hinchada que generalmente carece de rubor o eritema y no presenta pustulación**.

La asociación predominante es con el **cartílago de la segunda o tercera costilla**, y alrededor del 70 % de los pacientes experimentan la afección localizada en un solo lado.

Sin embargo, esta afección también se ha identificado en las **articulaciones esternoclavicular y xifisternal**.

Se está discutiendo la posibilidad de que este proceso patológico **sea inflamatorio y pueda ser parte de una patología seronegativa más integral**.

Los síntomas suelen ser autolimitados, pero es posible que se produzcan **recurrencias** del síndrome de Tietze.

Histopatología

La histopatología del cartílago costal se caracteriza por una **mayor vascularización e hipertrofia del cartílago periférico**, lo que indica proliferación.

El pericondrio parece no estar afectado.

Otros hallazgos incluyen **hendiduras con mucopolisacáridos que pueden calcificarse**.

Historia y Física

Los pacientes suelen presentar dolor torácico agudo **sin antecedentes de traumatismo**.

Dado que el síndrome de Tietze suele presentarse en una población más joven, **quienes lo padecen suelen estar sanos.**

Los pacientes suelen describir el **dolor como sordo y persistente en reposo.**

Durante el movimiento y los cambios de posición, la sensación suele ser aguda, con irradiación al cuello, los brazos y los hombros.

En la exploración, el dolor es **agudo y punzante** directamente sobre la zona inflamada, **pudiendo irradiarse al hombro y la parte proximal del brazo.**

En ocasiones, puede palparse una **inflamación firme y fusiforme que recubre el cartílago de la costilla afectada.**

El dolor localizado puede ser **leve o potencialmente intenso.**

La afección suele afectar solo las **costillas superiores, específicamente de T1 a T4, siendo la segunda y la tercera los niveles más comúnmente afectados.**

El calor y el eritema evidente no suelen estar asociados con la hinchazón.

Puede haber algo de **decoloración y eritema.**

En ocasiones, los pacientes pueden experimentar o quejarse de una **sensación de calor en la zona afectada.**

Los síntomas pueden **aparecer de forma repentina, pero también pueden desarrollarse gradualmente.**

El malestar del paciente suele ser posicional y **empeora con el movimiento del brazo ipsilateral, la torsión del torso, la tos, los estornudos y la respiración profunda.**

Los exámenes cardíacos, pulmonares y neurológicos suelen ser benignos.

Cualquier hallazgo cardiopulmonar anormal en el examen debe ser evaluado para descartar otras afecciones.

Evaluación

Tras realizar una evaluación exhaustiva de enfermedades potencialmente mortales o más comunes, **los profesionales sanitarios diagnostican el síndrome de Tietze mediante un proceso de exclusión.**

Se realiza un **electrocardiograma** a todos los pacientes que presenten dolor torácico agudo.

Los resultados de laboratorio para este síndrome no son específicos.

La **biopsia del cartílago costal** puede conducir a un diagnóstico más rápido si se obtiene al inicio de la progresión de la enfermedad.

La **ecografía** es la modalidad más eficaz para diagnosticar el síndrome de Tietze, ya que esta prueba puede **demostrar rápidamente la inflamación de los tejidos blandos en el lugar de la inflamación.**

La **resonancia magnética nuclear** es otra herramienta diagnóstica útil que identifica con precisión las **alteraciones relacionadas con la inflamación en el tejido adiposo y la médula ósea adyacentes.**

Estos cambios inflamatorios pueden provocar **compresión y estrechamiento articular de la articulación afectada.**

Las pruebas de laboratorio también pueden mostrar **marcadores inflamatorios elevados**, como la **VSG** o la **PCR.**

Las radiografías suelen interpretarse de la forma habitual, mientras que la **tomografía computarizada** puede mostrar una **ligera inflamación focal o una leve esclerosación de la articulación sintomática.**

Algunos informes de casos recientes han utilizado activamente la **tomografía por emisión de positrones**, incluyendo un trazador de tomografía computarizada con fluorodesoxiglucosa, para visualizar la **actividad hipermetabólica en la articulación sintomática con calcificación densa.**

Este tipo de imagen podría convertirse en una herramienta habitual en el diagnóstico del síndrome de Tietze.

En resumen, los médicos deben obtener activamente imágenes y análisis de laboratorio cuando los pacientes presentan dolor torácico agudo.

Sin embargo, utilizar los resultados para descartar otras posibles causas del síndrome de Tietze es lo más eficaz.

La **resonancia magnética estándar** para esta afección puede mostrar **cierto agrandamiento o engrosamiento del cartílago afectado y posiblemente algo de inflamación de los tejidos blandos** en el área de las articulaciones costales afectadas.

Tratamiento/Manejo

La piedra angular del tratamiento del síndrome de Tietze es la **terapia conservadora** y la certeza de que esta enfermedad suele resolverse sin secuelas permanentes, muchas veces en pocas semanas.

Esta afección puede durar meses o incluso hasta un año.

El tratamiento de primera línea consiste en **reposo y antiinflamatorios y analgésicos orales o tópicos**.

Dado que la etiología subyacente es la inflamación, **los medicamentos no esteroideos suelen ser los más eficaces, incluso más que el paracetamol o los opioides.**

Clínicamente, se recomienda un tratamiento con **medicamentos no esteroideos programados durante hasta 10 días a una dosis antiinflamatoria**, siempre que no existan contraindicaciones.

Un tratamiento corto con **esteroides orales, como prednisona o metilprednisolona, también podría considerarse como alternativa** si no existen contraindicaciones.

Si el reposo y los medicamentos no esteroideos no proporcionan un alivio sustancial, los profesionales de la salud pueden administrar una **inyección local de anestésico, esteroide o una combinación de ambos** en la zona de mayor inflamación y observarla mediante una ecografía.

Algunos pacientes han reportado beneficios con la aplicación de **almohadillas térmicas en la zona afectada.**

En algunos casos persistentes y graves, los médicos han reportado la **resección del cartílago como una opción de tratamiento.**

Los médicos generalmente no recomiendan este tratamiento y sugieren considerar esta intervención solo caso por caso.

Diagnóstico diferencial

Ante la presentación inicial de dolor torácico agudo, es crucial considerar un **diagnóstico diferencial amplio**, ya que el síndrome de Tietze se diagnostica descartando otras posibles causas.

Los médicos suelen diagnosticar erróneamente esta afección como **costocondritis**, ya que ambas se presentan con dolor en la pared torácica anterior que se palpa en las uniones esternocostal y costocostal.

La costocondritis se asocia con múltiples costillas, generalmente de la segunda a la quinta.

Además, **no se asocia con inflamación localizada** en las articulaciones afectadas.

La ecografía no muestra hallazgos significativos en la costocondritis.

Sin embargo, una ecografía visualiza activamente la inflamación y la hinchazón para diagnosticar el síndrome de Tietze.

La **exploración física** para buscar inflamación visible también puede ayudar a llegar a este diagnóstico.

Descartar otras patologías como síndrome coronario agudo, crisis hipertensiva, procesos inflamatorios o infecciones de los pulmones y pleura acompañante, neoplasias malignas,

fracturas asociadas a traumatismo torácico, artritis reumatoide o piógena, enfermedad por reflujo gastroesofágico o trastornos psicógenos.

Otras afecciones en el diagnóstico diferencial también incluyen **fracturas costales y afecciones como lupus y fibromialgia.**

Pronóstico

El síndrome de Tietze suele ser una **enfermedad autolimitada con buen pronóstico.**

La prevención de esta afección sigue siendo incierta debido a la falta de conocimiento completo sobre su causa o causas.

La mayoría de los pacientes reportan una **resolución completa de los síntomas en una o dos semanas con tratamiento conservador**, pero se han reportado **casos de inflamación y dolor característicos que persisten hasta un año.**

También es posible que se presenten **recurrencias.**

La mayoría de los pacientes se recuperan completamente del síndrome de Tietze.

Complicaciones

Las complicaciones directamente asociadas con el síndrome de Tietze suelen ser **poco frecuentes**, con

posibles **riesgos derivados de inyecciones, medicamentos o cirugía.**

Estas complicaciones pueden incluir **infección, neumotórax, reacciones adversas a medicamentos, efectos secundarios y cicatrices.**

Cuidados postoperatorios y de rehabilitación

Los síntomas del síndrome de Tietze suelen **mejorar y resolverse con el tiempo con un tratamiento conservador, que incluye reposo y antiinflamatorios no esteroideos.**

Es fundamental **evitar actividades intensas o extenuantes** que puedan desencadenar o provocar la recurrencia de esta afección, especialmente durante la fase de recuperación inmediata.

Abordar cualquier afección que pueda provocar tos, estornudos, arcadas o vómitos es vital durante esta fase, ya que **estos factores pueden contribuir a la recurrencia.**

Consultas

El síndrome de Tietze es un **diagnóstico clínico de exclusión.**

Ante la sospecha clínica o antecedentes familiares de una enfermedad reumatológica, **consultar a un reumatólogo** resulta útil para descartar

enfermedades asociadas u otros factores que contribuyan a los síntomas del paciente.

Esta enfermedad puede estar relacionada con ciertas enfermedades reumatológicas, como las **espondiloartritis seronegativas, y otras afecciones, como la artritis psoriásica.**

Consultar con un **radiólogo** también puede ser útil.

Obtener una **tomografía por emisión de positrones, una tomografía computarizada con fluorodesoxiglucosa u otras imágenes de la zona** puede ayudar a confirmar el diagnóstico y descartar otras posibles etiologías, como una fractura costal.

En casos raros de **síndrome de Tietze refractario**, donde el paciente persiste con síntomas graves, debe consultarse con un especialista.

Considere la posibilidad de realizar una **resección de las articulaciones y el cartílago afectados.**

Disuasión y educación del paciente

Se recomienda a los pacientes **evitar actividades intensas durante una o dos semanas**, ya que existe la posibilidad de que se agraven las molestias y se retrase la resolución de los síntomas.

Los profesionales sanitarios deben realizar un **seguimiento estrecho de estos pacientes** si existe

la preocupación de que los síntomas empeoren o aumente la inflamación.

Mejorar los resultados del equipo de atención médica

El punto más importante del síndrome de Tietze es el **diagnóstico de exclusión**.

Esta afección no es mortal.

Para minimizar el malestar físico, la angustia mental, la pérdida de tiempo y los gastos del paciente, los profesionales deben conocer bien la presentación clínica, identificar la afección, realizar una evaluación diagnóstica exhaustiva para detectar cualquier trastorno agudo potencialmente mortal y educar a los pacientes sobre esta afección generalmente benigna y autolimitada para brindarles tranquilidad.

La comunicación entre el equipo de atención interprofesional es esencial para realizar un diagnóstico adecuado y oportuno.

Se deben **descartar otras posibilidades y brindar tranquilidad**.

El paciente generalmente puede ser atendido por su equipo de atención primaria de forma ambulatoria según sea necesario.

* https://www-ncbi-nlm-nih-gov.translate.goog/books/NBK564363/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc