GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

P-196

marinaSalud
Departamento Salud Denia

EL MÚSCULO ESTERNAL, inclusión en el informe de RM mama

EVA DOMÍNGUEZ MENGOD. . LAURA NAVALÓN GÓMEZ. PATRICIA ARTIAGA PÉREZ. LAURA MASANET BATALLER. JUANI BARRAGAN COBO. JOSÉ LÓPEZ MARTÍNEZ. ÁNGEL DORADO PARRA. HOSPIT AL MARINASALUD.

OBJETIVOS

Importancia de la inclusión de la presencia del músculo esternal en los informes de RM mama

MATERIAL Y MÉTODOS

Valoración retrospectiva del aislamiento del músculo esternal en conjunto de estudios de RM mama efectuadas en nuestro centro, en el periodo comprendido desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2015. Se recogen un total de 234 exploraciones, entre las que se encuentran estudios de estadiaje, de valoración de respuesta al tratamiento y alto riesgo

RESULTADOS

Se han detectado un total de cuatro casos, de los cuales dos son unilaterales (derecho e izquierdo) y dos bilaterales. Mostrando una incidencia de 2.2%, que es inferior a la descrita en la literatura (8% en autopsias). Todos ellos fueron descritos en el informe de RM mama.

El músculo esternal constituye una variante poco frecuente de la musculatura de la pared torácica, con un origen embrionario incierto y una función no claramente determinada (participa parcialmente en la elevación inferior de la pared torácica). Está presente tanto en hombres como mujeres (siendo más habitual en estas ultimas), y dos veces más frecuentemente es unilateral que bilateral. Se origina en la región intraclavicular, con inserción proximal en fascia pectoralis, en el aspecto superior del esternón o en las cabezas del músculo esternocleidomastoideo, posee un trayecto cráneo-caudal y paraesternal, entre la fascia superficial anterior torácica y la fascia del músculo pectoral, con inserción en vaina del recto, cartílagos costales, últimas costillas y aponeurosis de oblicuo externo.

Su aislamiento en mamografía, es ampliamente conocido, mostrándose en el aspecto medial de proyección C-C, en forma de densidad de partes blandas, de entre 1 y 2 cms, rodeada por grasa, con morfología variable (redondeada con borde irregular, morfología triangular o en llama), y que no es visualizado mayoritariamente en la proyección OML (siendo en ocasiones identificado en forma de densidad tenue en el aspecto postero-inferior). Así mismo, se identifica mediante otras técnicas de imagen como la ecografía (en forma de formación oblonga paraesternal con ecogenicidad paralela al músculo), CT y RM (banda superficial al músculo pectoral y separado de él por plano graso, con extensión cráneo-caudal en la región infraclavicular, con borde anterior de morfología variable según el posicionamiento del paciente durante la exploración). Siendo estas dos técnicas confirmatorias.

La importancia de su presencia, radica en la posible confusión con una verdadera lesión mamaria. De ahí el interés de su reseña, en los estudios de RM mama, fundamentalmente de estadiaje loco-regional, ya que incluyen a pacientes que posteriormente serán sometidas a estudios mamográficos de seguimiento. Siendo , también, de relevancia ante RT de cadena mamaria interna (en cuanto a la profundidad de la irradiación) y dada su escasa función, su potencial empleo en técnicas de reconstrucción .

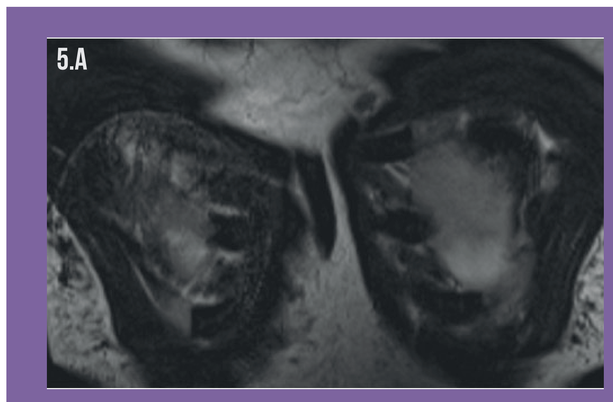
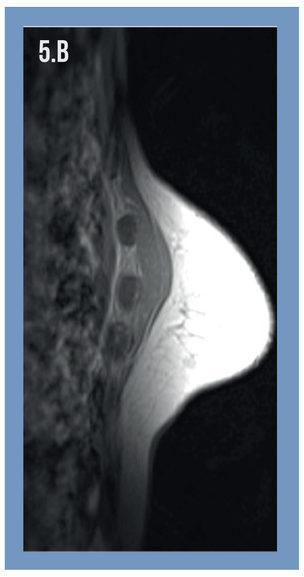
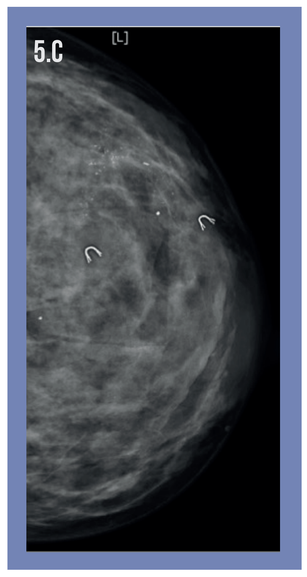
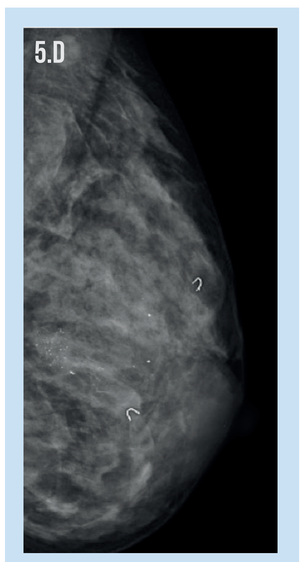


FIG 5. Paciente de 39 años, diagnosticada de cáncer de mama izquierdo multifocal. Músculo esternal bilateral a) Coronal T2 FSE : dos bandas musculares paraesternales. b) Sagital T2 FSE: Banda muscular superficial al músculo pectoral mayor izquierdo. c) y d) Mx izquierda: no identificable en la derecha :c)Proyección C-C: asimetría triangular media d) Proyección OML: asimetría triangular inferior







CONCLUSIONES

La presencia del músculo esternal debe incluirse en el informe de RM mama, con el objetivo de evitar errores diagnósticos posteriores en controles mamográficos sucesivos, orientar la profundidad de la irradiación en cadena mamaria interna y por su potencial uso en cirugías de reconstrucción de partes blandas en proximidad .

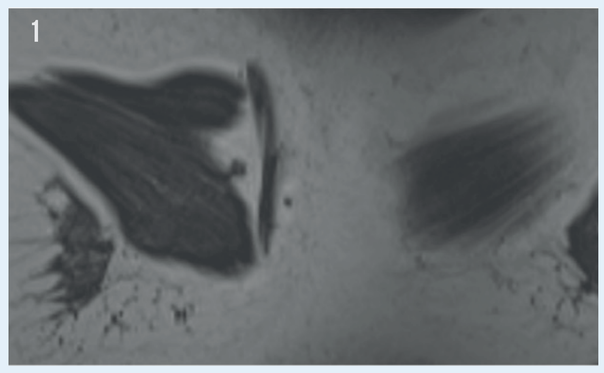


FIG 1. Paciente de 65 años, diagnóstico de cáncer de mama derecho. Estudio de Estadiaje locoregional .Coronal T1 FSE sin civ: Músculo esternal derecho.

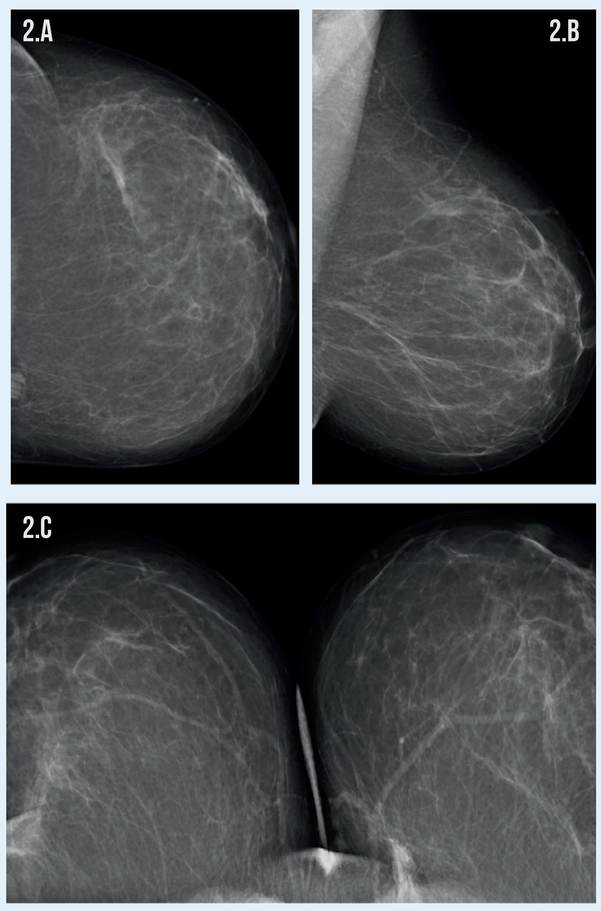


FIG 2. Paciente de 34 años, portadora de mutaciónBRCA2. Primer estudio de control. Músculo esternal izquierdo. a) Proyección C-C izquierda: asimetría nodular interna, patrón estriado interno. b) Proyección OML: asimetría no visible. C) Proyección valle intermamario: la asimetría adopta morfología triangular. d) Coronal T1 FSE, sin civ: confirmación del diagnóstico, banda paraesternal de trayecto c-c, con intensidad de señal paralela al músculo con estriaciones grasas internas.

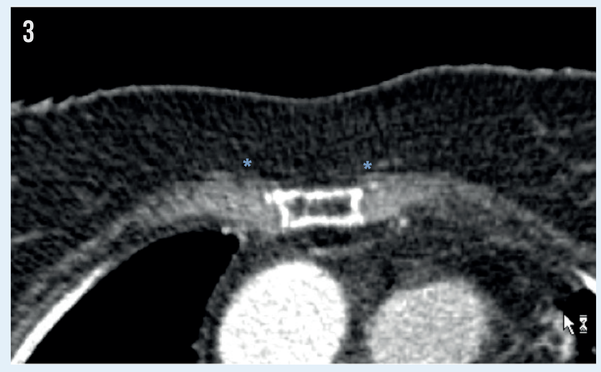


FIG 3. Paciente de 70 años, diagnosticada de cáncer de mama izquierdo. CT torácico con civ. Axial. Músculo esternal bilateral (*)

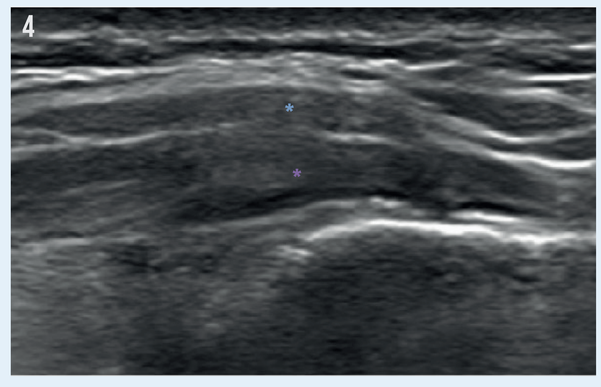


FIG 4. Paciente de 42 años, diagnosticada de cáncer de mama izquierdo. Músculo esternal derecho. Ultrasonidos, corte axial: músculo esternal (*) superficial a m. pectoral mayor (*), en su inserción este