

Caso	(439) Hernia intercostal pulmonar y omental transdiafragmática tras un acceso de tos.
Autores	Juan Roman Parejo, Susana Rico Gala, Ana Cepeda Vazquez, Carolina Méndez Lucena.
Centro	Hospital De Valme

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente varón de 71 años, obeso, con antecedentes personales de EPOC grave y cirrosis hepática, acude al servicio de urgencias por cuadro de dolor costal derecho de un mes de evolución que comenzó tras un episodio de tos persistente.

A la exploración se advierte dolor a la palpación de costado e hipocondrio derecho así como volet costal de este lado.

Se realiza radiología de tórax AP y L así como TC de tórax sin contraste intravenoso.

Se aprecia callo de fractura en el tercio anterior del noveno arco costal derecho así como fractura reciente en el tercio medio de esa misma costilla. Existe además una importante separación entre la octava y novena costilla derecha, con herniación del parenquima pulmonar del LID entre las mismas.

También se aprecia defecto diafragmático que condiciona desplazamiento del contenido graso omental hacia la hernia antes mencionada.

Como hallazgos adicionales se observaron atelectasia en el parenquima pulmonar herniado y líquido loculado en cisura menor.

DISCUSIÓN

El paciente fue diagnosticado de hernia pulmonar y diafragmática derecha con desplazamiento de grasa intrabdominal por el defecto en pared torácica.

Las hernias torácicas se describen como una protrusión del contenido del tórax más allá de los límites de la caja torácica (cervicales o en la pared torácica) o del contenido abdominal hacia el tórax (hernias diafragmáticas). Las hernias de la pared pueden localizarse entre las costillas o de forma menos frecuente paraesternales o paravertebrales. Las hernias intercostales son una entidad rara cuya etiología incluye desde causas congénitas hasta procesos adquiridos en el que destacan los traumatismos y la yatrogenia (por incisiones de toracotomía). Es menos habitual la forma espontánea tras episodios de tos o por un aumento súbito de la presión intratorácica. El pulmón constituye el contenido más frecuente en el saco herniario intercostal, no obstante podemos encontrar estructuras abdominales cuando se asocian a un defecto del diafragma, normalmente el hígado en el lado derecho y el bazo o peritoneo en el lado izquierdo. Casi siempre se localizan por debajo de la séptima costilla. Son factores predisponentes la obesidad, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la osteoporosis.

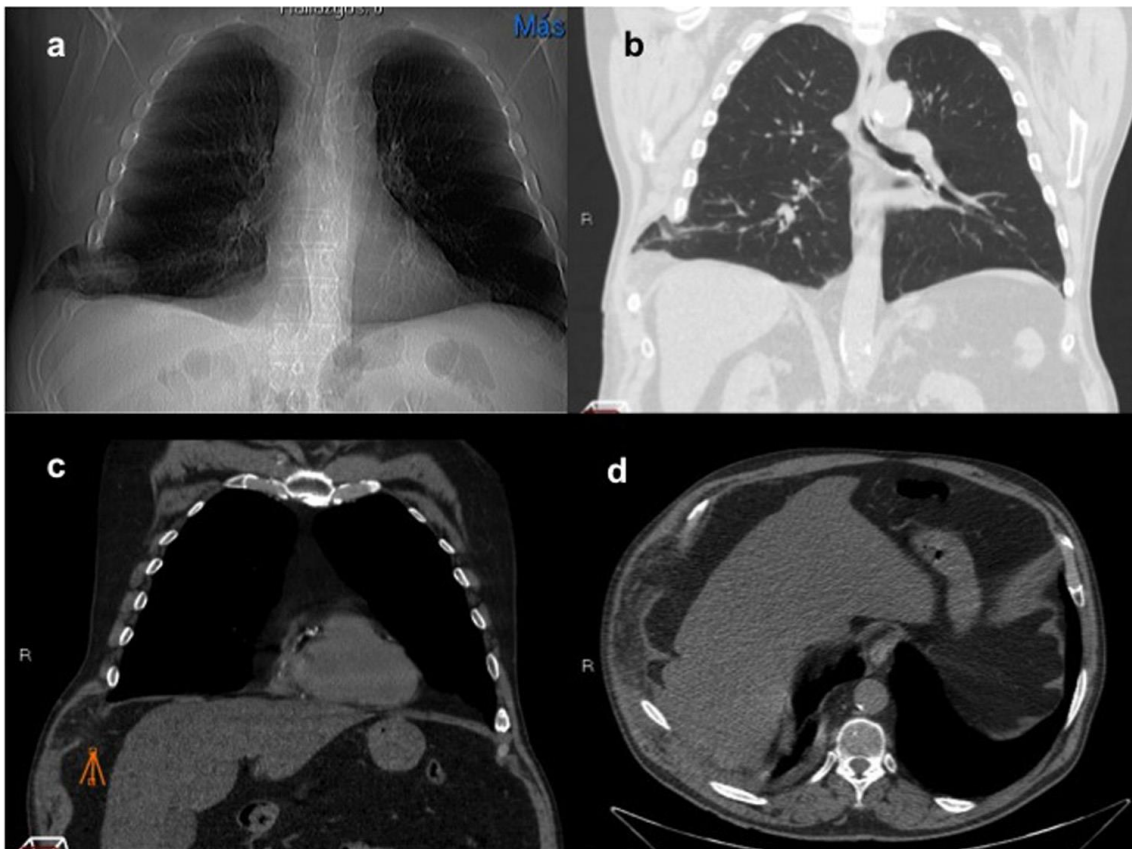
Las hernias pulmonares pueden pasar desapercibidas en el estudio radiológico simple. Mediante el TC podremos observar la protrusión del pulmón por el defecto

de la pared torácica, a veces con imágenes de atelectasias o tejido fibroso-cicatricial en su interior. Con esta técnica también podremos identificar compresión vascular o compromisos de la vía aérea. Las complicaciones habituales son la incarceration o la estrangulación de su contenido.

Si no se trata, una hernia intercostal podría aumentar de tamaño o causar síntomas intestinales o respiratorios, no obstante, un tratamiento conservador puede considerarse en pacientes asintomáticos o pacientes con alta comorbilidad.

CONCLUSIÓN

Las hernias en la pared torácica son una entidad poco común, en las que una alta sospecha clínica y la realización de tomografías computarizadas son la base para su correcto diagnóstico. Debe considerarse siempre que aparezca un bulto costal tras un acceso de tos y descartar la posibilidad de una hernia diafragmática coexistente. El TC debe definir adecuadamente el contenido herniario y sus posibles complicaciones para una adecuada elección terapéutica



Survey (a) en el que ya se aprecia desplazamiento del parenquima pulmonar en base pulmonar derecha. Se confirma mediante visión coronal con ventana de pulmón (b) en el que apreciamos atelectasia laminar subyacente. En las imágenes con ventana de mediastino coronal (c) y axial (d) se confirma el defecto diafragmático (flecha) y el desplazamiento de la grasa mesentérica.

BIBLIOGRAFÍA

- Kalles V, Dasiou M, Doga G, et al. Posttraumatic transdiaphragmatic intercostal hernia: report of a case and review of the literature. *Int Surg.* 2015;100(3):444-449. doi:10.9738/INTSURG-D-13-00272.1

- Abhishek Chaturvedi, Prabhakar Rajiah, Alexender Croake, Aschin Saboo, Apeksha Chaturvedi. Imaging of thoracic hernias: types and complications. *Insights Imaging* 2018; 9(6): 989-1005. doi:10,1007/s13244-018-0670-x

- Michael A. Sadler, Robert S Shapiro, Jn Wagreich, Kathleen Halton, Adam Hecht. CT diagnosis of acquired intercostal lung herniation. *Clinical Imaging* 1997: 21: 104-106 doi: 10.1016/0899-7071(95)00098-4