



Hernia pulmonar intercostal

Gaspar Alberto Motta Ramírez,* Abraham Gaytán Ortiz**

Paciente femenina de 63 años a la que se le realiza estudio de tomografía computada (TC).

En el caso que presentamos, en la imagen axial y la de la reconstrucción multiplanar coronal con ventana pulmonar (figuras 1A y 1B), se identifica defecto costal con herniación pulmonar en una enferma sin antecedentes de traumatismo torácico. Se confirmó, además, que no había enfermedad ósea asociada (fracturas y/o metástasis). La medición del defecto herniario fue de 4.1 por 1.5 cm a través del cual protruía parénquima pulmonar de 1.7 cm.

HERNIA PULMONAR INTERCOSTAL

La hernia pulmonar o neumocele es una protrusión del pulmón a través de un defecto de la pared torácica. Es una afección infrecuente, con tan sólo unos 300 casos publicados en la bibliografía internacional.¹ La hernia-

ción pulmonar fue clasificada por Hiscoe y Digman en hernias congénitas (18%), hernias adquiridas traumáticas (52%) y hernias adquiridas no traumáticas o espontáneas (30%). Pueden también ser clasificadas en función de la localización anatómica en cervicales, costales, diafragmáticas y torácicas o intercostales; estas últimas son las más frecuentes (65-85%).¹ Según su etiología, se pueden ordenar en congénitas, adquiridas, traumáticas o postquirúrgicas.²

Los síntomas suelen ser escasos e infrecuentes. El diagnóstico suele hacerse por la exploración física y puede confirmarse con la radiografía simple o la TC torácica. En ciertos casos, el tratamiento conservador con vendaje inmovilizador de la zona puede conseguir el cierre espontáneo del defecto parietal. Cuando esta modalidad terapéutica falla o la rotura es importante, se impone la reparación quirúrgica.^{2,3}

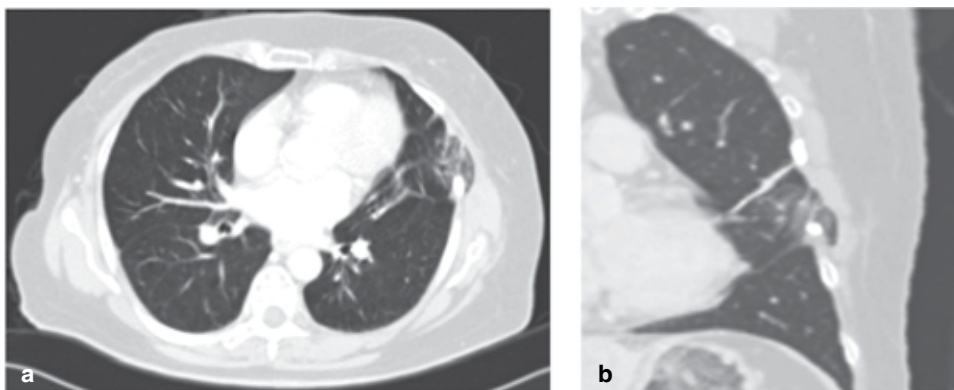


Figura 1.

* Médico Radiólogo, Subsección de Tomografía Computada, Departamento de Radiación Ionizante del Hospital Central Militar.

** Médico residente de segundo año, Curso de Especialización y Residencia en Radiodiagnóstico, Hospital Central Militar.

Correspondencia:

Dr. Gaspar Alberto Motta Ramírez

Correo electrónico: radbody2013@yahoo.com.mx

Aceptado: 21-02-2014.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

La hernia intercostal generalmente se asocia a un traumatismo torácico contuso inmediato o diferido. Su etiología puede explicarse gracias a la anatomía de los espacios intercostales. Los músculos intercostales interno y externo que revisten el espacio intercostal son algo más cortos que las costillas, de forma que los extremos de los espacios están recubiertos por uno solo de los músculos y por la aponeurosis del otro. Los espacios intercostales presentan, además, unas perforaciones (anterior, lateral y posterior) por donde atraviesan vasos y nervios de la pared torácica. Estos lugares constituyen los puntos más vulnerables de

los espacios intercostales a las maniobras de aumento de presión intratorácica.^{2,3}

REFERENCIAS

1. Díaz-Soto L. Hernia pulmonar. *Rev Cub Med Int y Emerg.* 2003; 2 (3): 59-62.
2. Jiménez-Agüeroa R, Hernández-Ortiza C, Izquierdo-Elena JM, Cabeza-Sánchez R. Hernia pulmonar intercostal espontánea: aportación de un caso. *Arch Bronconeumol.* 2000; 36: 354-356.
3. Zia Z, Bashir O, Ramjas GE, Kumaran M, Pollock JG, Pointon K. Intercostal lung hernia: radiographic and MDCT findings. *Clinical Radiology.* 2013; 68: e412-e417.