



## Cartas al Director

**Hernia intercostal invertida de tejido blando de la pared torácica: hallazgos en la tomografía computarizada multidetector**
***Inverted Intercostal Hernia of Soft Tissue of the Chest Wall: Multi-Detector Computed Tomography Findings***

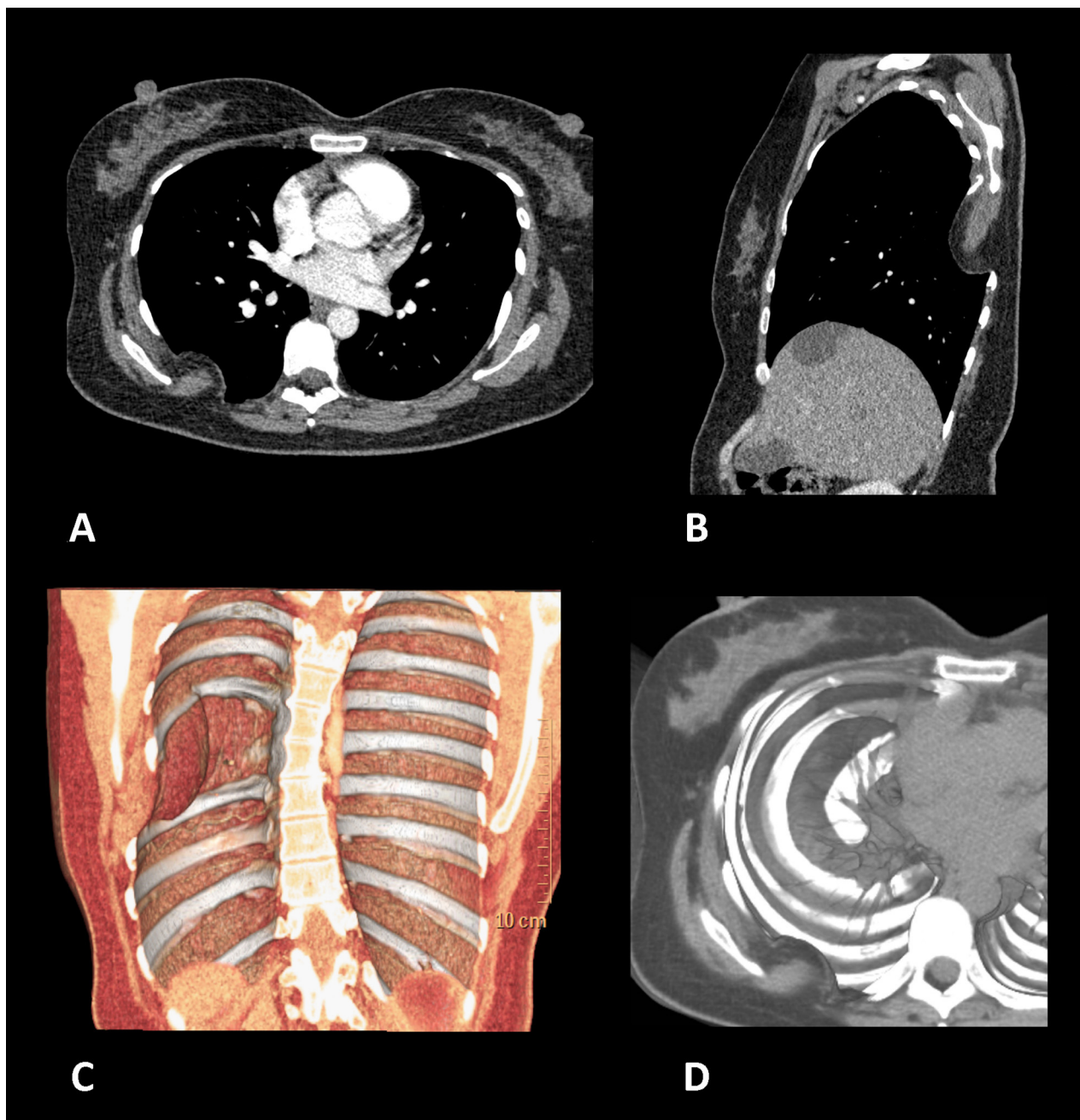
Sr. Director:

Las hernias intercostales son un trastorno muy poco frecuente que se describe sobre todo en el contexto de un traumatismo o después de intervenciones de cirugía torácica<sup>1,2</sup>. Según su etiología, las hernias intercostales pueden clasificarse como adquiridas (traumáticas, espontáneas o patológicas) o congénitas<sup>2</sup>. Las hernias torácicas postoperatorias suelen ser consecuencia de un cierre inadecuado de la pared torácica<sup>2</sup>. Sin embargo, la mayor parte de los pacientes presentan una hernia pulmonar<sup>1,2</sup>, definida como una protrusión de tejido pulmonar que va más allá de los límites de la cavidad torácica<sup>3</sup>. En cambio, la protrusión de tejido blando hacia la cavidad pleural (hernia intercostal invertida) es extraordinariamente infrecuente<sup>1</sup>. Describimos aquí un caso de este tipo, resaltando lo observado en la tomografía computarizada multidetector (TCMD).

Una mujer de 45 años fue ingresada con una clínica de 10 días de dolor torácico en la parte posterior del lado derecho, sin otros síntomas asociados. Diez años antes se le había practicado una resección de la séptima costilla por un hemangioma costal. Se realizó una TCMD que reveló la presencia de una herniación en forma de lente convexa y una incarceration de tejido blando de la pared torácica posterior derecha (capa de grasa subcutánea y músculo romboides mayor) en la cavidad pleural a través de un espacio intercostal ampliado entre la sexta y la octava costillas (fig. 1). El cirujano

torácico responsable del tratamiento optó por una toracotomía exploratoria a través de este interespacio, y en la intervención no se observó ninguna masa en la pared torácica. La incisión de toracotomía se cerró cuidadosamente con puntos fuertes para evitar una recidiva herniaria. La recuperación postoperatoria se desarrolló sin incidentes y la paciente fue dada de alta en estado asintomático.

La hernia intercostal invertida de tejido blando de la pared torácica es un trastorno extraordinariamente infrecuente<sup>1</sup>. Aunque sería de prever que la presión negativa existente en la cavidad pleural pudiera comportar una protrusión del tejido blando de la pared torácica hacia el interior de la cavidad pleural a través de un espacio intercostal ensanchado en los pacientes a los que se han practicado intervenciones de cirugía torácica<sup>1</sup>, se ha descrito que la tensión muscular en la pared torácica basta para evitar esa complicación<sup>1</sup>. Recientemente, Iwata et al.<sup>1</sup> han descrito un caso de hernia intercostal invertida de tejido blando de la espalda que simulaba un tumor de crecimiento lento de la pared torácica en una mujer de 80 años a la que se había practicado una toracotomía para tratar una lesión benigna 11 años antes. En dicho caso, los autores atribuyeron la aparición de la herniación a la debilidad muscular progresiva causada por la edad de la paciente<sup>1</sup>. En nuestro caso, puesto que las manifestaciones clínicas de dolor torácico y el diagnóstico se produjeron 10 años después de la cirugía torácica, el deterioro muscular progresivo es una posibilidad, aunque un cierre inadecuado de la pared torácica es también una hipótesis probable. Sin embargo, a diferencia del caso de Iwata et al.<sup>1</sup>, que se manifestó por una masa predominantemente hipodensa en la pared torácica observada en la TC, los hallazgos en la TC en nuestro caso fueron evidentes y mostraron claramente los componentes de la hernia (grasa subcutánea y músculo romboides mayor), por lo que el diagnóstico preoperatorio fue inequívoco.



**Figura 1.** TC axial (A) y sagital (B) con contraste, con reconstrucciones (C,D), en que se observa una herniación en forma de lente convexa y una incarceration de tejido blando de la pared posterior derecha del tórax (capa de grasa subcutánea y músculo romboides mayor) en la cavidad pleural a través del espacio ensanchado existente entre la sexta y la octava costillas.

#### Financiación

Ninguna.

#### Conflicto de intereses

Los autores no declaran ningún conflicto de intereses.

#### Bibliografía

1. Iwata T, Yasuoka T, Hanada S, Suehiro Y, Nishibayashi A, Inoue K, et al. Inverted intercostal hernia of soft tissue manifested as slow-growing chest wall tumor after thoracotomy. *Ann Thorac Surg.* 2010;90:1355-7.
2. Weissberg D, Refaely Y. Hernia of the lung. *Ann Thorac Surg.* 2002;74:1963-6.

3. Bhalla M, Leitman BS, Forcade C, Stern E, Naidich DP, McCauley DI. Lung hernia: Radiographic features. *AJR Am J Roentgenol.* 1990;154:51-3.

Ulysses S. Torres\*, Eduardo Portela-Oliveira,  
Fernanda del Campo Braojos, Luciana Vargas Cardoso  
y Arthur Soares Souza Jr.

*Department of Radiology, Hospital de Base, São José do Rio Preto  
Medical School, São José do Rio Preto, Brasil*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [usantor@yahoo.com.br](mailto:usantor@yahoo.com.br) (U.S. Torres).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.02.010>