



IMÁGENES

Dolor y masa tras acceso de tos. Papel de la ecografía en su diagnóstico precoz



Pain and mass after coughing. Role of ultrasound in its early diagnosis

Sara Escoda Menéndez^{a,*}, Pedro García González^a y Ana Rosa Meana Morís^b

^a Departamento de Radiodiagnóstico, Clínica El Molinón, Gijón, Asturias, España

^b Departamento de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

Mostramos el caso de un varón de 80 años con antecedentes personales de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), que acude al servicio de urgencias por un dolor punzante en el hemitórax derecho que se inició tras un acceso de tos. Se realiza una Rx simple de tórax PA y lateral donde se visualizan signos de atrapamiento aéreo en el contexto de su enfermedad de base, sin evidencia de enfermedad aguda. Ante la sospecha de lesión de partes blandas, se explora la región torácica mediante ecografía (fig. 1), identificando una clara solución de continuidad de la pared torácica derecha de 3 cm, secundaria a una rotura fibrilar aguda de la musculatura intercostal.

Dos semanas más tarde el paciente acude de nuevo a urgencias por un dolor torácico similar, refiriendo una masa palpable en región torácica baja derecha. Se realiza una Rx de tórax (fig. 2a), donde se visualiza un marcado aumento del espacio intercostal entre los arcos posteriores derechos noveno y décimo. A continuación, se realiza una TC de tórax sin contraste (fig. 2b), en la que se confirma la rotura fibrilar de la musculatura intercostal, visualizada en ecografía previa, a través de la cual protruye un pequeño segmento de pulmón e hígado adyacentes.

Las hernias pulmonares intercostales son una entidad clínica muy poco frecuente, y consisten en la protrusión

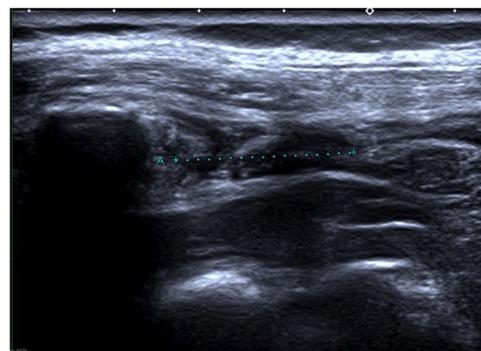


Figura 1 Imagen de ecografía de tórax donde se visualiza, entre los cursores de medición, la solución de continuidad de la pared torácica secundaria a la rotura de fibras de la musculatura intercostal.

de pulmón a través de un defecto en la pared torácica. Pueden clasificarse en congénitas y adquiridas, siendo dentro del segundo grupo, las posquirúrgicas y postraumáticas las más frecuentes y las espontáneas, raras. Estas últimas suelen ser secundarias a accesos de tos, normalmente en pacientes con una enfermedad pulmonar de base. La clínica consiste fundamentalmente en dolor punzante en el hemitórax lesionado y a la exploración a menudo puede palparse el bultoma secundario a la hernia. Los métodos de imagen comúnmente empleados son la Rx de tórax y, si no

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Saraescoda88@gmail.com
(S. Escoda Menéndez).

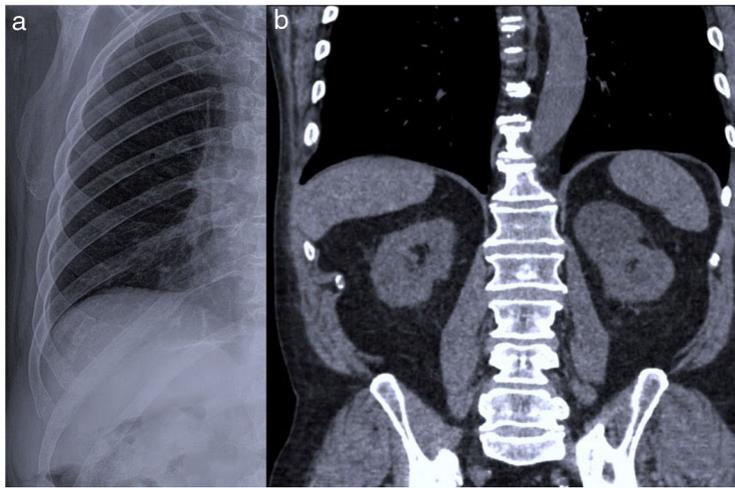


Figura 2 a) Rx de tórax PA en la que se observa un marcado aumento del espacio intercostal entre los arcos posteriores derechos noveno y décimo; b) Reconstrucción coronal de una TC de tórax sin contraste en la que se confirma el ensanchamiento intercostal y se observa la protrusión de un pequeño segmento de pulmón e hígado a través del defecto de pared.

es diagnóstica, la TC de tórax sin contraste. Sin embargo, en nuestro caso, tras la realización del estudio de radiología simple sin hallazgos, realizamos una ecografía torácica, donde pudimos observar con claridad la rotura de fibras de la musculatura intercostal, realizando de esta manera un diagnóstico certero y precoz, que da la posibilidad al paciente de una intervención quirúrgica reparativa previa

a que se produzca la hernia pulmonar. Además, otra ventaja de esta técnica es que nos permite detectar fisuras costales que pueden pasar desapercibidas en la radiología simple. Por todo esto, proponemos la ecografía de tórax como un método de imagen válido ante un paciente con clínica de dolor torácico agudo y persistente tras acceso de tos.