

Hernias musculares: utilidad de la ecografía en el diagnóstico con un enfoque dermatológico



The Utility of Ultrasound in the Diagnosis of Muscle Hernias in the Dermatology Clinic

Sra. Directora:

Una hernia muscular (HM) o miofascial se produce por un defecto de la fascia que envuelve al músculo dando lugar a una protrusión focal de tejido muscular.

Se trata de una enfermedad infrecuente en la consulta dermatológica que puede diagnosticarse ecográficamente por el propio dermatólogo.

El primer caso es un varón de 34 años, sin antecedentes personales de interés, que presentaba varias lesiones abultadas en la cara lateral de las piernas. Las lesiones habían aparecido hacía 7 años, aumentando en número y en tamaño. No las relacionaba con traumatismos. Refería sensación de pinchazos cuando caminaba prolongadamente. En la exploración física se apreciaban varios nódulos, blandos y comprimibles a la palpación, más evidentes en bipedestación o con la dorsiflexión resistida del pie, que en decúbito supino (figs. 1A y B). La exploración ecográfica se realizó con una sonda lineal de frecuencia variable de 8-18 MHz

conectada a un equipo MyLab® Class C (Esaote, Génova, Italia) en modo B, con el paciente en bipedestación y en decúbito supino. En bipedestación, el modo B mostró una protrusión parcial del músculo tibial anterior a través de un defecto de la fascia muscular que desaparecía en decúbito supino (figs. 1C y D). Se recomendó usar medias de compresión y consultar si presentaba crecimiento o molestias.

El segundo caso es una mujer de 47 años, sin antecedentes personales de interés. Consultó por una lesión asintomática, sobreelevada, en antebrazo derecho, de 4 años de evolución. No guardaba relación con traumatismos u otros desencadenantes. Creció inicialmente con estabilización posterior. A la exploración física se observaba un nódulo blando y comprimible a la palpación (fig. 2A). Se realizó ecografía dinámica con el equipo del caso anterior en la que se apreciaba discontinuidad de la fascia muscular del flexor cubital del carpo con protrusión muscular, más evidente en flexión y aducción de la mano (figs. 2B y C). No precisó tratamiento.

En la tabla 1 resumimos ambos casos e incluimos otro que hemos publicado previamente¹.

Discusión

Las HM se producen por un defecto focal en la vaina muscular que puede ser congénito o adquirido. Las causas congénitas

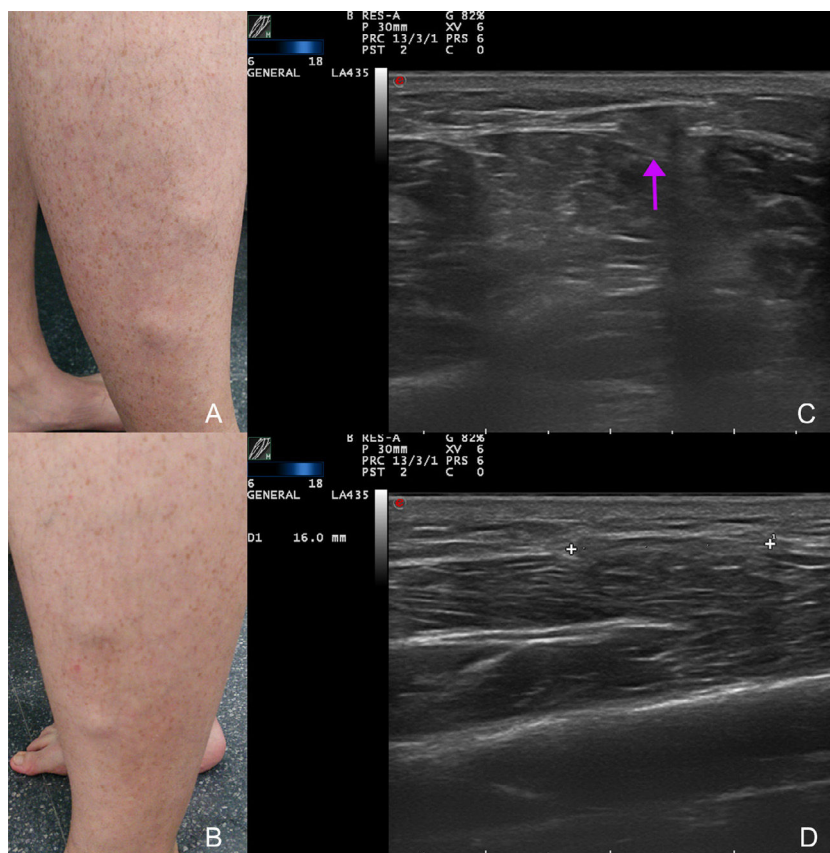


Figura 1 A) Nódulos en cara lateral de la pierna derecha. B) Nódulos en cara lateral de la pierna izquierda. C) Ecografía modo B: protrusión del músculo durante la contracción a través del defecto de la fascia (flecha). D) Ecografía modo B: discontinuidad de la fascia durante la relajación muscular (entre marcadores).

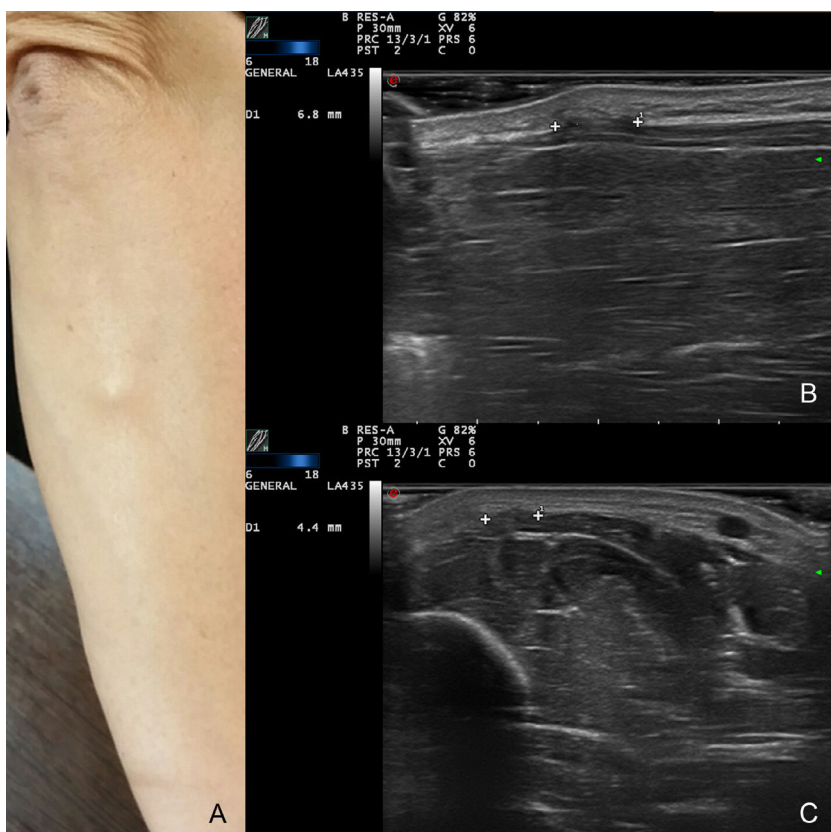


Figura 2 A) Nódulo en el borde cubital del antebrazo derecho. B y C) Ecografía modo B: entre marcadores se aprecia discontinuidad de la fascia muscular. B) Corte longitudinal. C) Corte transversal.

Tabla 1 Hernias musculares: características clínicas y ecográficas de los casos clínicos

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Sexo	Varón	Mujer	Varón
Edad (años)	34	47	14 años
Localización	Cara lateral ambas piernas	Antebrazo derecho	Cara lateral pierna derecha
Desencadenantes	No	No	No
Tiempo de evolución	7 años	4 años	2 años
Exploración física	Nódulos blandos, comprimibles, de distintos tamaños	Nódulo blando, comprimible	Nódulo blando, comprimible
Más evidente en contracción muscular	Sí	Sí	Sí
Unilateral/bilateral	Bilateral	Unilateral	Unilateral
Solitario/múltiple	Múltiple	Solitario	Solitario
Clínica	Parestesias	Asintomático	Asintomático
Evolución	Aumento en número y tamaño	Estable	Estable
Ecografía			
<i>Modo B</i>			
Ecoestructura	Isoecoico con músculo	Isoecoico con músculo	Isoecoico con músculo
Discontinuidad de fascia muscular	+	+	+
Doppler color	—	—	—
Músculo afectado	Tibial anterior	Flexor cubital del carpo	Tibial anterior
Tratamiento	Conservador	No necesario	No necesario

incluyen las zonas de perforación de los nervios y los vasos, y la debilidad general de la fascia. Las causas adquiridas suelen ser por traumatismos, tanto directos como indirectos².

La localización más frecuente de las HM de las extremidades son las piernas. Se atribuye a Hugo Ihde la base del conocimiento de esta entidad³. La incidencia de las hernias de las piernas es desconocida, aunque posiblemente estén infradiagnosticadas. La población de mayor riesgo son los varones atléticos, siendo el tibial anterior el músculo más frecuentemente afectado⁴.

Los pocos casos descritos de hernias del antebrazo se refieren a casos sintomáticos. Se localizan sobre todo en la mitad proximal del vientre muscular⁵. Predominan en varones y los traumatismos son la causa más frecuente⁶.

Clínicamente una HM se puede manifestar como un nódulo subcutáneo o una tumoración de tejido blando. La lesión puede ser asintomática o producir debilidad, molestias y/o dolor que puede empeorar con la actividad física y con ciertas posiciones. Las hernias pueden ser solitarias, múltiples o bilaterales⁴.

Ante un aumento de volumen palpable en la piel de consistencia blanda, debemos hacer el diagnóstico diferencial con varices, hematomas, malformaciones arteriovenosas, rotura muscular (seudohernia) y tumores de partes blandas⁴. Explorar la lesión durante la contracción del músculo afectado es importante ya que si aumenta de tamaño nos permite sospechar una HM. El diagnóstico se puede confirmar mediante ecografía o resonancia magnética nuclear (RMN). La ecografía debería ser de primera elección al ser una técnica no invasiva, en tiempo real, y de bajo coste, reservando la RMN para los casos dudosos^{7,8}. Ecográficamente, la fascia que recubre al músculo normal es delgada y ecogénica. En las HM leves la fascia está adelgazada y la leve protrusión muscular eleva la fascia suprayacente. Cuando la HM es evidente, existe un defecto en la fascia de límites bien definidos por el que se produce la herniación externa del músculo. La ecografía en modo B con una sonda lineal de alta frecuencia puede confirmar el diagnóstico al mostrar discontinuidad de la fascia muscular con protrusión muscular, que será más evidente si el músculo está contraído, por lo que se deben tomar imágenes dinámicas (en contracción y relajación del músculo afectado). La sonda debe colocarse suavemente para no reducir la hernia⁸.

Las hernias asintomáticas no requieren tratamiento. Cuando la sintomatología es leve se recomienda tratamiento conservador y en casos más severos tratamiento quirúrgico, aunque no existe consenso sobre la técnica más adecuada. La fasciotomía longitudinal parece la opción

más segura en las hernias de la pierna al evitar el síndrome compartimental⁴.

Como conclusión, tras aportar 2 nuevos casos de HM, destacamos la importancia de la ecografía como técnica de primera elección para su diagnóstico, evitando biopsias innecesarias y permitiendo manejar adecuadamente esta enfermedad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Alfageme F, Morales V, García C, Miguelez AP, Domínguez E, Segurado A. Transfascial muscular hernia: An unusual cause for a «hide and seek» subcutaneous nodule. *Dermatol Online J.* 2011;17:4.
2. Berglund HT, Stocks GW. Muscle hernia in a recreational athlete. *Orthop Rev.* 1993;22:1246–8.
3. Ihde H. On muscular hernia of the leg. *Acta Chir Scand.* 1929;65:97–120.
4. Nguyen JT, Nguyen JL, Wheatley MJ, Nguyen TA. Muscle hernias of the leg: A case report and comprehensive review of the literature. *Can J Plast Surg.* 2013;21:243–7.
5. Olch CL, Watson HK. Symptomatic forearm fascial hernia. *J Hand Surg Am.* 1996;21:693–5.
6. Sanders BS, Bruce J, Robertson J. Treatment of a symptomatic forearm muscle herniation with a mesh graft. *Sports Health.* 2011;3:179–81.
7. Çarli AB, Turgut H, Bozkurt Y. Choosing the right imaging method in muscle hernias: Musculoskeletal ultrasonography. *J Sports Sci.* 2015;33:1919–21.
8. Khaladkar SM, Kondapavuri SK, Kamal A, Kalra R, Kamal V. Detection of Myofascial Herniation on Dynamic Sonography and Magnetic Resonance Imaging. *Case Rep Radiol.* 2016;2016:4245189.

M. Sigüenza-Sanz*, F. Alfageme-Roldán,
I. Salguero-Fernández y G. Roustan-Gullón

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Majadahonda, Madrid, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: mmsiguenza@gmail.com
(M. Sigüenza-Sanz).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.11.010>

0001-7310/

© 2018 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.