

Reporte de caso

Medwave 2015 Oct;15(9):e6284 doi: 10.5867/medwave.2015.09.6284

Hernia Pulmonar Espontánea: a propósito de un caso clínico

Spontaneous pulmonary hernia: report of a case

Autores: Felipe Petour Gazitúa[1], Javiera Pérez Velásquez[1], Felipe Quintanilla Guidobono[1], Jeanne Marie Chehade[2]

Filiación:

[1] Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile

[2] Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

E-mail: fapetour@miuandes.cl

Citación: Petour Gazitúa F, Pérez Velásquez J, Quintanilla Guidobono F, Chehade JM. Spontaneous pulmonary hernia: report of a case. *Medwave* 2015 Oct;15(9):e6284 doi: 10.5867/medwave.2015.09.6284

Fecha de envío: 15/7/2015

Fecha de aceptación: 28/9/2015

Fecha de publicación: 13/10/2015

Origen: no solicitado

Tipo de revisión: con revisión por dos pares revisores externos, a doble ciego

Palabras clave: hernia, lung herniation, thoracic cavity, intercostal muscles

Resumen

La hernia pulmonar es una protrusión del parénquima pulmonar a través de un defecto de la pared torácica. Puede ser congénita o adquirida, siendo la presentación espontánea la menos frecuente. Presentamos un caso de hernia pulmonar intercostal espontánea y realizamos una breve descripción de la enfermedad. La paciente presentó un hematoma en el hemitórax izquierdo, acompañado de dolor post maniobra de Valsalva en la base del hemitórax izquierdo. Las imágenes obtenidas por tomografía axial computarizada torácica evidenciaron la existencia de una hernia intercostal izquierda. Después del diagnóstico radiológico, se realizó tratamiento quirúrgico del defecto con buenos resultados.

Abstract

Pulmonary hernia is a protrusion of lung tissue through a defect in the chest wall. Its origin can be congenital or acquired; spontaneous presentation is the least frequent. We report a case of spontaneous intercostal pulmonary hernia with a brief description of the disease. In this case, the patient developed a hematoma in the left hemithorax associated to pain at the base of the left hemithorax after a Valsalva's maneuver. The images obtained by thoracic CT scan revealed the existence of a left intercostal hernia. After radiological diagnosis, surgical treatment of the defect was performed with good results.

Introducción

La hernia pulmonar o neumocèle es la protrusión del parénquima pulmonar a través de un defecto de la pared torácica, favorecida por un aumento de la presión intratorácica [1]. Es una patología muy infrecuente, habiendo sólo 300 casos reportados en la literatura internacional y sólo uno en Chile en un paciente pediátrico [2]. Según su localización, se pueden clasificar en cervicales, diafragmáticas, torácicas o intercostales [3]; y según su etiología en congénitas y adquiridas, estas

últimas son las más frecuentes [1],[3]. Las hernias adquiridas pueden ser post quirúrgicas, secundaria a trauma o a procesos inflamatorios y/o neoplásicos de la pared torácica, o espontáneas [4]. Las hernias espontáneas son muy infrecuentes [5]. Se han descrito factores predisponentes como obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, uso crónico de corticoides, enfermedad inflamatoria o neoplásica [6].

A continuación, se presenta el que creemos es el primer caso clínico reportado en Chile de hernia pulmonar espontánea en adultos. Se trata de un paciente que consultó en el Hospital Luis Tisné Brousse de la ciudad de Santiago.

Caso clínico

Paciente de género masculino, de 65 años, con antecedentes mórbidos de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 insulino-requiere, hipotiroidismo y glaucoma. Usuario de losartán, metformina, insulina NPH, levotiroxina, aspirina y latanoprost. Dentro de los antecedentes quirúrgicos destaca prostatectomía por adenocarcinoma prostático. No refiere antecedentes familiares de importancia.

Refiere cuadro de siete días de evolución, caracterizado por aumento de volumen en porción inferior del hemitórax izquierdo, asociado a dolor y cambio de coloración en la piel adyacente luego de realizar maniobra de Valsalva. No refiere trauma torácico ni tos en las últimas semanas. Al examen físico destaca dolor a la palpación de la 8ª, 9ª, y

10ª costillas izquierdas a nivel medio clavicular y axilar anterior, asociado a equimosis de la misma región (Figura 1). La evaluación cardiopulmonar resultó normal. Tiene tomografía axial computarizada de tórax realizada en otro centro, cuyo informe revela la presencia de una hernia pulmonar izquierda ubicada entre la octava y la novena costilla en el arco costal izquierdo (Figura 2). El hemograma, perfil bioquímico, electrolitos plasmáticos y pruebas de coagulación resultaron normales. Dada su buena condición general se indicó tratamiento médico con faja torácica, analgesia vía oral y se derivó a control con cirujano de tórax, quien sugirió resolución quirúrgica. Durante el intraoperatorio se evidenció agenesia de los músculos intercostales, por lo que se realizó fijación de las costillas izquierdas octava y novena, entre ellas, evolucionando satisfactoriamente. Un mes después de la cirugía, el paciente presentó recidiva de la hernia por lo que se decidió realizar una segunda intervención. Ésta se llevó a cabo tres meses luego de la primera cirugía, realizándose una hernioplastia con malla de *proceed* para reparar el defecto. El paciente evolucionó en buenas condiciones, sin evidencia de recidiva en controles posteriores.



Figura 1. Equimosis en el nivel de la 8ª, 9ª y 10ª costillas izquierdas.

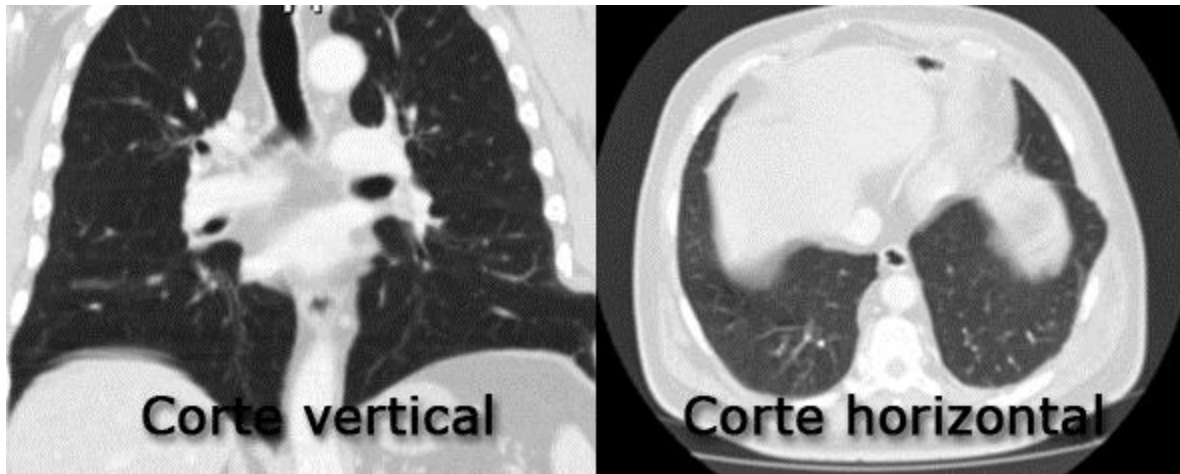


Figura 2. Tomografía axial computarizada de tórax en que destaca protrusión de parénquima pulmonar en el octavo espacio intercostal izquierdo.

Discusión

Aproximadamente el 80% de las hernias pulmonares son de origen adquirido, secundarias a procesos traumáticos o quirúrgicos [6],[7]. Las hernias pulmonares espontáneas son infrecuentes, con muy pocos casos reportados en la literatura [8].

Las hernias espontáneas, en general, ocurren en pacientes con antecedentes de osteoporosis senil y/o en tosedores crónicos, correspondiendo en su gran mayoría a portadores de enfermedad pulmonar obstructiva crónica [6]. Fisiopatológicamente, las hernias espontáneas se asocian a un aumento de la presión intratorácica (tos, estornudo, levantamiento de peso), que puede provocar la fractura de una o varias costillas o el desgarramiento de los músculos intercostales, con la posterior aparición de la hernia [9]. Esto último se explica por la anatomía de los espacios intercostales, ya que los músculos intercostales interno y externo, al ser más cortos que las costillas, permiten que los extremos costales estén sólo cubiertos por uno de los músculos y la aponeurosis del otro. También hay sitios en los espacios intercostales por donde penetran vasos sanguíneos y nervios, siendo puntos débiles y vulnerables a maniobras de hiperpresión [10]. En nuestro paciente durante la intervención quirúrgica se evidenció agenesia de los músculos intercostales en el nivel del octavo espacio intercostal. Ello explicaría la aparición de la hernia en relación a la maniobra de Valsalva.

Clínicamente, las hernias pulmonares pueden ser asintomáticas o tener síntomas escasos. El paciente puede referir protrusión de una masa en un espacio intercostal, la que aumenta de volumen con maniobras de Valsalva. Esta protrusión puede variar en relación a los movimientos respiratorios y asociar dolor y equimosis en la zona [6],[11], lo que se corresponde con los síntomas presentados por nuestro paciente.

En cuanto al diagnóstico, se puede hacer con examen físico y radiografías de tórax en las cuales se aprecia un aumento de los espacios intercostales [3]. Sin embargo, en casos de duda diagnóstica, la tomografía axial computarizada torácica es el método de elección, ya que además de confirmar el diagnóstico, permite evaluar el tamaño y la localización precisa del defecto [7],[9]. Nuestro paciente, no tenía radiografías previas y el diagnóstico se realizó exclusivamente por la tomografía axial computarizada.

Inicialmente se recomienda tratamiento conservador con vendaje inmovilizador de la zona, ya que puede conseguir el cierre espontáneo del defecto parietal [3],[7]. Cuando esta modalidad terapéutica falla, el tamaño de la hernia pulmonar es muy grande o se asocian complicaciones como hemoptisis, incarceration, reducción difícil o infección recurrente; se prefiere la reparación quirúrgica [6],[8]. Algunos autores recomiendan incluso la reparación quirúrgica en pacientes asintomáticos [12]. Entre las técnicas quirúrgicas empleadas se incluye el cierre primario con sutura no reabsorbible o la realización de hernioplastia con material sintético [13], como en el caso clínico aportado. La recidiva de estos pacientes es rara con el empleo de mallas, siendo esta la técnica recomendable tanto para hernias primarias como para las recidivas [13].

Conclusión

Los casos de hernia pulmonar espontánea son escasos en la literatura internacional, con pocos reportes. Sin embargo, es una entidad que se debe tener presente como diagnóstico en un paciente con antecedentes de tos crónica y/u osteoporosis, que consulte por dolor intenso post tos o maniobra de Valsalva y hematoma subcostal. Cuando la hernia es de gran tamaño y produce sintomatología, la reparación quirúrgica no debe demorarse ya que es una intervención sencilla con resultados muy favorables.

Notas

Aspectos éticos

La *Revista* tiene constancia de que los autores solicitaron el consentimiento del paciente objeto del reporte de este estudio y de que el paciente aceptó, mediante firma en documento ad hoc, que sus datos clínicos fueran publicados siempre que se respetara la confidencialidad respecto a su identidad.

Declaración de conflictos de intereses

Los autores han completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE, y declaran no tener conflictos de intereses asociados al tema del caso presentado. Los formularios pueden solicitarse al autor responsable o a la dirección editorial de la *Revista*.

Referencias

1. Morel-Lavelle A. Hernies du poumon. Bull Soc Chir Paris. 1847; 1:75.
2. Lenny Cruzat A, Carolina Pérez S. Caso radiológico pediátrico. Rev Chil Enf Respir. 2014;30:172-173. | [Link](#) |
3. Motta Ramírez G, Gaytán Ortiz A. Hernia pulmonar intercostal. Acta Médica Grupo Ángeles. 2014 abril-junio;12(2). | [Link](#) |
4. Bhalla M, Leitman BS, Forcade C, Stern E, Naidich DP, McCauley DI. Lung hernia: radiographic features. AJR Am J Roentgenol. 1990 Jan;154(1):51-3. | [PubMed](#) |
5. Moncada R, Vade A, Gimenez C, Rosado W, Demos TC, Turbin R, Venta L. Congenital and acquired lung hernias. J Thorac Imaging. 1996 Winter;11 (1):75-82. | [PubMed](#) |
6. Martínez Serna I., Mariscal de Alba MA, Hermoso Alarza F., Ávila Martínez RJ, Marrón Fernández MC, Meneses Pardo JC. Hernia pulmonar intercostal espontánea secundaria a cuadro de tos. Rev Patol Resp. 2012;15(3):89-91. | [Link](#) |
7. Maeda R, Isowa N. [Traumatic intercostal pulmonary hernia; report of a case]. Kyobu Geka. 2008 Jun;61(6):504-7. | [PubMed](#) |
8. Reardon MJ, Fabr  J, Reardon PR, Baldwin JC. Video-assisted repair of a traumatic intercostal pulmonary hernia. Ann Thorac Surg. 1998 Apr;65 (4):1155-7. | [PubMed](#) |
9. Vincze K, Almuhtadi K, Kelemen K, Horváth G, Tóth L. [Rare complication of COPD: spontaneous thoracic wall lung hernia]. Orv Hetil. 2008 Mar 2;149(9):411-4. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
10. Forty J, Wells FC. Traumatic intercostal pulmonary hernia. Ann Thorac Surg. 1990 Apr;49(4):670-1. | [PubMed](#) |
11. Blanco Fernández G, Fernández García LF, Izquierdo Hidalgo J, Vinagre Velasco LM, T llez de Peralta FJ. Hernia intercostal pulmonar con neumot rax asociado. Emergencias. 2002;14: 343-4. | [Link](#) |
12. Sulaiman A, Cottin V, De Souza Neto EP, Orsini A, Cordier JF, Gamondes JP, Tronc F. Cough-induced intercostal lung herniation requiring surgery: Report of a case. Surg Today. 2006;36(11):978-80. | [PubMed](#) |
13. Szentkereszty Z, Boros M, S p y P, Kiss SS. Surgical treatment of intercostal hernia with implantation of polypropylene mesh. Hernia. 2006 Aug;10(4):354-6. | [PubMed](#) |

Correspondencia a:

[1] Monseñor  lvaro del Portillo 12455
Las Condes
Santiago
Chile



Esta obra de Medwave est  bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.