

Hernia tóraco-abdominal postraumática

Post-traumatic thoracoabdominal hernia

Las hernias a través de espacios intercostales son infrecuentes y pocos casos han sido reportados en la literatura¹. Aparecen como consecuencia de un desgarro de la musculatura intercostal que permite la progresión del saco herniario con parénquima pulmonar en su interior o con vísceras abdominales cuando el espacio intercostal es bajo o cuando el trauma asocia una rotura diafragmática².

Presentamos el caso de una gran hernia tóraca postraumática intercostal con herniación de contenido abdominal y aportamos nuestra experiencia en la reparación quirúrgica de esta lesión de baja incidencia sobre cuyo tratamiento la revisión de la literatura no aporta recomendaciones basadas en la evidencia.

Se trataba de un varón de 57 años obeso, con EPOC e hipertenso que refería un antecedente de traumatismo torácico con fracturas costales seriadas izquierdas (de la 8.^a a la 11.^a) y hemotórax que precisó ingreso hospitalario y drenaje pleural 6 meses antes. Acudió a consulta por una tumoración palpable dolorosa en la parrilla costal afectada previamente. La TAC toraco-abdominal confirmó que existían fracturas costales múltiples no consolidadas a nivel de los arcos posteriores y la herniación con contenido abdominal (fig. 1a).

A la inspección resultaba manifiesta la asimetría del tronco derivada de una tumoración herniaria blando-elástica reducible palpándose un amplio orificio herniario a través de espacios intercostales (fig. 1b).

Se estableció tratamiento dietético preoperatorio y se decidió intervención. Realizamos una toracotomía lateral sobre el defecto herniario que reveló múltiples pseudoartrosis

costales a nivel de arcos costales 9 y 10 izquierdos con protrusión de contenido abdominal a su través. Procedimos a la reducción de la hernia y a la aproximación y cerclaje de ambas costillas con suturas gruesas de reabsorción lenta.

Tras 4 meses se objetivó una recidiva herniaria sintomática con componente más anterior que requirió reintervención. En este caso se disecó completamente la mitad inferior de la parrilla costal izquierda, se refrescaron los bordes fracturarios y se realizó una osteosíntesis con placas de Judeth y una aproximación de los espacios con puntos intercostales (fig. 2b). Se redujo el contenido de la hernia abdominal y se cerró la pared abdominal con un refuerzo con malla sintética. El control de TAC de tórax a los 3 meses de la cirugía confirmó la integridad de la pared torácica (fig. 2a) y un año después el paciente permanece asintomático sin signos de recidiva.

La herniación a través de la pared torácica es un evento muy infrecuente que puede presentarse tras traumatismos o cirugía, aunque también se han referido casos de herniaciones tras esfuerzos intensos como en la tos enérgica, vómitos o defecación. La edad media de aparición es superior a los 50 años habiéndose identificado asociación con dolencias como la EPOC, la obesidad y el asma³. En el caso de la EPOC, la debilidad progresiva de la musculatura torácica que la caracteriza se suma a los accesos de tos frecuentes y, eventualmente a la existencia de fracturas costales espontáneas subyacentes, para favorecer la salida del contenido a través de las áreas debilitadas de la pared torácica.

Aparece de forma predominante en la pared torácica anterior³ debido a la relativa debilidad de la musculatura a este nivel con respecto a la pared posterior protegida por músculos

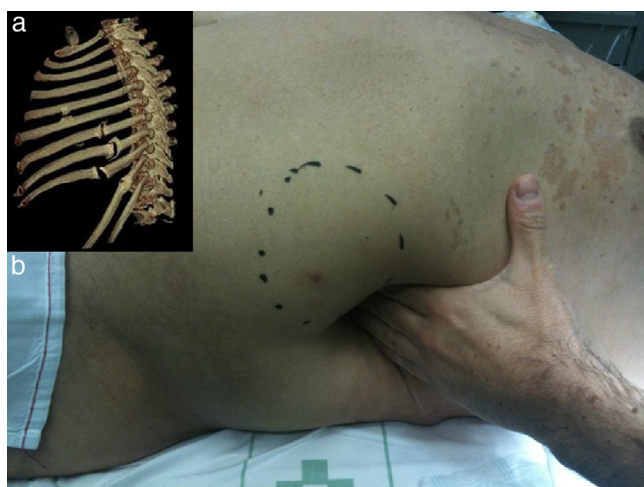


Figura 1 – a) Reconstrucción tridimensional de la TAC toracoabdominal donde se aprecian múltiples sinartrosis costales y separación costal entre la 10.^a y 11.^a arcos costales. **b)** Palpación del defecto herniario a ese nivel.

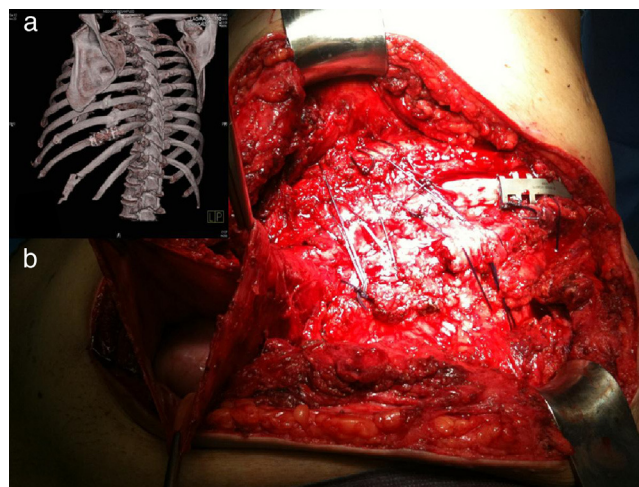


Figura 2 – a) Imagen de la TAC 3D postoperatoria en la cual se aprecia la integridad de la parrilla costal tras osteosíntesis con placas y aproximación con suturas. **b)** Imagen intraoperatoria del acto quirúrgico.

potentes como el dorsal ancho, el trapecio, el subescapular y el romboides. Ocasionalmente la debilidad generada por una incisión quirúrgica se constituye en uno de los factores predisponentes para la aparición de herniaciones torácicas, especialmente si el cierre del plano costal se realizó de forma defectuosa o si la cirugía realizada incluyó pérdida de segmentos costales. En nuestro caso la herniación ocurrió entre los espacios intercostales 10 y 11, como resultado de unas fracturas costales no consolidadas. La herniación intercostal generalmente tiene contenido abdominal, ocurriendo más frecuentemente⁴ en el lado izquierdo, como en nuestro caso.

La tumoración herniaria puede aumentar con las maniobras de Valsalva o con la tos y manifestarse como una tumoración de pared, ocasionalmente dolorosa, con alteraciones del tránsito o con complicaciones derivadas de la estrangulación del contenido herniario.

Entre los estudios de imagen la radiografía de tórax puede evidenciar secuelas de traumas previos como fracturas, así como revelar el ensanchamiento del espacio intercostal correspondiente, como en nuestro caso. Los estudios radiológicos contrastados han sido desplazados por el ultrasonido, el cual nos confirma la presencia de herniación de partes blandas. Debe ser complementado por un estudio tomográfico que proporciona mayores detalles como el tamaño y la localización del defecto herniario, la naturaleza de su contenido, la presencia de enfermedades concomitantes y el estado estructural de la jaula costal. La posibilidad de realizar reconstrucciones en 3D resulta especialmente útil para la planificación de la estrategia quirúrgica.

Con respecto a los métodos de reparación de la pared costal, la aproximación de las costillas y cerclaje mediante puntos pericostales con suturas absorbibles como único tratamiento se ha asociado a una tasa elevada de recurrencias, como ocurrió en este caso. Por ello, recomendamos el uso de

mallas sintéticas para reforzar la pared, el resfresco de los bordes fracturarios con el objetivo de evitar la pseudoartrosis, que perpetuará la debilidad de la pared, y la utilización de materiales protésicos de osteosíntesis como las placas de Judeth que contribuyen al mantenimiento de la integridad del tórax óseo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Unlu E, Temizoz O, Cagli B. Acquired spontaneous intercostal abdominal hernia: case report and a comprehensive review of the world literature. *Australas Radiol.* 2007;51:163-7.
2. Domingo del Pozo C, Alberola A, Peiró F, Bertelli J, de la Morena E. Reparación por vía laparoscópica de una hernia intercostal abdominal. *Cir Esp.* 2008;84:105-7.
3. Kuczkowski K. Traumatic extrathoracic lung herniation. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2006;25:1013-4.
4. Luijendijk R, Hop W, van den Tol M, de Lange D, Braaksma M, IJzermans J, et al. A comparison of suture repair with mesh repair for incisional hernia. *N Engl J Med.* 2000;343:392-8.

Cristóbal Torres Muñoz*, David Pérez Alonso,
José Ramón Cano García, Santiago Quevedo
y Luis López Rivero

Sección de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: crisstm@yahoo.com (C. Torres Muñoz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.07.013>
0009-739X/

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.