

REVISTA DE
PATOLOGÍA RESPIRATORIA

www.elsevier.es/pr



NOTA CLÍNICA

Hernia pulmonar intercostal espontánea secundaria a cuadro de tos

I. Martínez Serna*, M.A. Mariscal de Alba, F. Hermoso Alarza, R.J. Ávila Martínez, M.C. Marrón Fernández y J.C. Meneses Pardo

Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

Recibido el 11 de abril de 2012; aceptado el 16 de abril de 2012

PALABRAS CLAVE
Hernia pulmonar;
Bultoma torácico;
Ataque de tos

Resumen Las hernias pulmonares son entidades infrecuentes y se relacionan sobre todo con traumatismos torácicos o cirugías previas. Las hernias pulmonares espontáneas son todavía más infrecuentes. Se describen dos casos de hernia pulmonar intercostal espontánea, su evaluación y tratamiento en todas sus modalidades, desde el manejo conservador en hernias de pequeño tamaño sin gran repercusión clínica hasta la corrección quirúrgica, bien con cierre primario de la pared torácica o uso de mallas sintéticas, en hernias de mayor tamaño o que presentaron signos de posible complicación.

KEYWORDS
Lung hernia;
Thoracic bulge;
Coughing spell

Spontaneous intercostal lung hernia secondary to coughing spell

Abstract Lung hernias are rare entities and are primarily related to chest trauma or previous surgery. Spontaneous lung hernias are even more uncommon. We describe three cases of spontaneous intercostal pulmonary hernia, its evaluation and treatment in all its forms, from the conservative management in small hernias without significant clinical impact, to surgical treatment, either with primary closure of the chest wall or using synthetic mesh in larger hernias or in presence of signs of possible complications.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ivanabiacity@yahoo.es (I. Martínez Serna).

Introducción

Las hernias pulmonares son entidades infrecuentes. La primera descripción de la hernia pulmonar fue realizada por Roland¹ en 1499 y desde entonces se estiman menos de 300 casos descritos, aunque la estimación de la prevalencia es difícil debido a la comunicación de casos aislados o series de casos². Suelen deberse a un aumento brusco de la presión intratorácica en relación a cuadros de tos, estornudos, emesis o levantamientos de peso importante. Se describen dos casos de hernia pulmonar intercostal espontánea, sus manifestaciones clínicas y radiológicas así como su manejo y tratamiento.

Observación clínica

Paciente 1

Se describe el caso de un varón de 42 años diagnosticado de hipertensión arterial que acudió al servicio de urgencias por un cuadro de dolor torácico en cara lateral de hemitórax derecho y expectoración hemoptoica leve no amenazante asociado a aumento de volumen en dicha zona, de consistencia blanda y reductible con la presión, que se desencadenó como consecuencia de una crisis de tos intensa. La tomografía axial computarizada (TAC) torácica evidenció una fractura del 8.º arco costal posterior derecho y un defecto de la pared torácica a nivel del séptimo espacio intercostal derecho con protrusión del parénquima pulmonar que presentaba un aumento de densidad en vidrio deslustrado en relación a hemorragia o edema, sugerente de herniación pulmonar intercostal.

Se programó cirugía para el paciente debido al intenso dolor y la posibilidad de lesión del parénquima herniado. Se realizó una toracotomía lateral derecha evidenciándose un desgarro y desinserción del músculo intercostal en el 7.º espacio intercostal y una fractura del arco posterior de la 8.ª costilla asociada a una desinserción del cartílago esternocostal de la misma costilla. Se realizó un cierre primario del espacio intercostal

con puntos pericostales cruzados. El postoperatorio cursó sin complicaciones salvo por una atelectasia segmentaria del lóbulo inferior derecho que se resolvió con tratamiento médico. El paciente fue dado de alta al séptimo día postoperatorio.

Paciente 2

Se trata de un varón de 78 años con antecedentes de hábito tabáquico, hipertensión arterial, diabetes mellitus, hiperlipemia, cardiopatía isquémica revascularizada con doble *bypass*, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en tratamiento con broncodilatadores y corticoides inhalados y síndrome apnea-hipopnea del sueño en tratamiento con ventilación no invasiva nocturna que acudió a urgencias por un cuadro de dolor de características pleuromecánicas en parrilla costal izquierda de 24 horas de evolución, secundaria a un acceso de tos, similar al que padeció hace 6 años a consecuencia de una fractura costal izquierda. Al realizar la exploración se evidenció un bultoma en pared costal izquierda que aumentaba con la espiración forzada. En la radiografía de tórax (fig. 1A) se objetivó la salida del seno costodiafragmático izquierdo pulmonar por fuera de la parrilla costal sugerente de herniación pulmonar. Se realizó una TAC torácica (fig. 1B) que confirmó un considerable ensanchamiento del 8.º espacio intercostal (fig. 2) debido a una desinserción del 9.º cartílago costal en el cartílago conjunto, a través del cual se herniaba parénquima pulmonar de lóbulo inferior izquierdo. Se asociaba a importante adelgazamiento y/o desaparición del plano muscular de la pared. El paciente fue dado de alta del Servicio de urgencias con analgesia para control ambulante en consultas.

Discusión

Las hernias pulmonares presentadas previamente son hernias intercostales espontáneas según la clasificación más aceptada, de Morel-Lavalle³ de 1845, basada en criterios

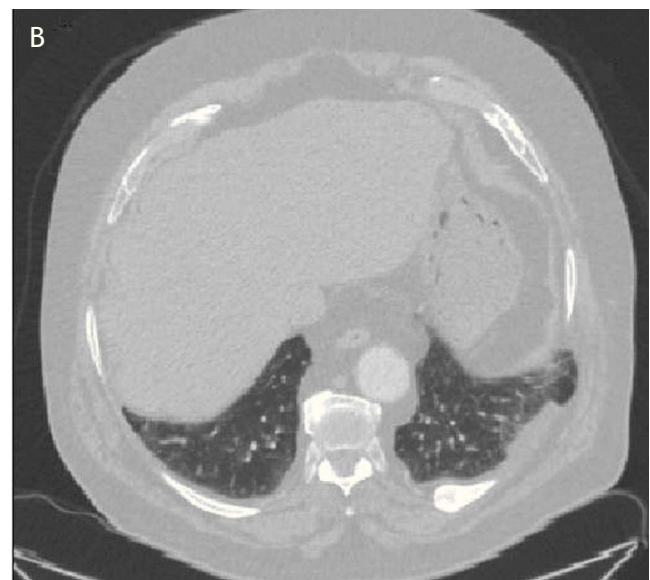


Figura 1 Radiografía de tórax (A) y TAC torácica (B).

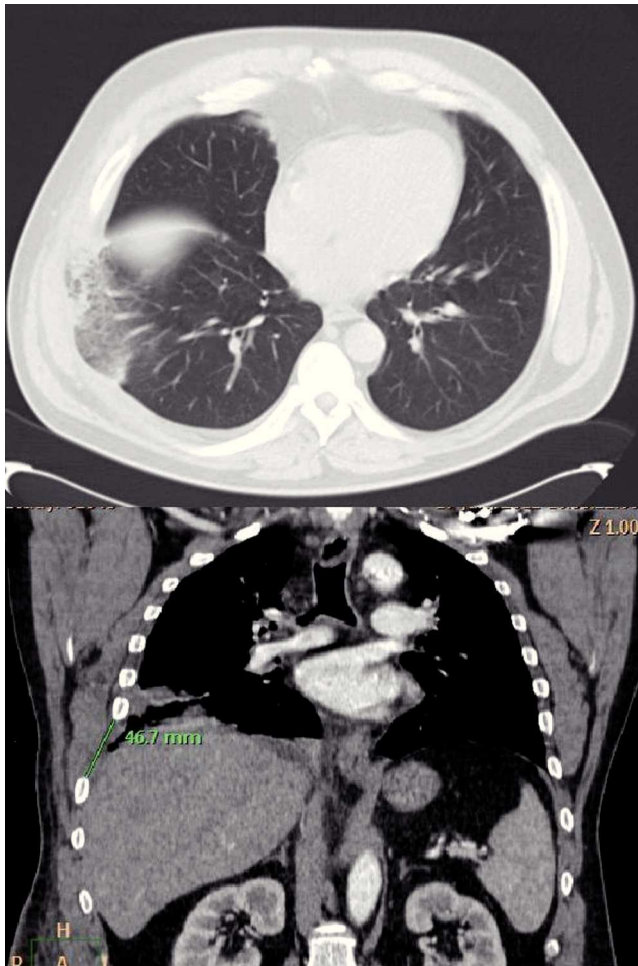


Figura 2 Imagen de TAC coronal y horizontal.

anatómicos y etiológicos. Según dicha clasificación, en cuanto a la localización se clasifican en diafragmáticas, intercostales o cervicales y según la etiología pueden ser clasificadas en congénitas o adquiridas, estas a su vez en espontáneas, traumáticas o patológicas (secundarias a enfermedades inflamatorias o neoplásicas). Las adquiridas suponen el 80%, siendo las más frecuentes las de origen traumático o quirúrgico (64%) y alrededor de un 20% son congénitas⁴. Suelen deberse a un aumento brusco de la presión intratorácica en relación a cuadros de tos, estornudos, emesis o levantamientos de peso importantes que llevan a una fractura costal o condral⁵. Todos los pacientes observados presentaron un cuadro de tos intensa como causa de aumento de presión intratorácica. Se han descrito factores predisponentes como obesidad, EPOC, generalmente como consecuencia de la tos y la hiperinsuflación pulmonar asociada en ocasiones con el consumo crónico de esteroides, enfermedades inflamatorias o neoplásicas⁶.

La mayoría de hernias pulmonares son asintomáticas. La clínica depende del tamaño de la hernia y la localización. Cuando son sintomáticas suelen cursar con dolor agudo y aparición de un bultoma de consistencia blanda en la pared torácica que en ocasiones asocia equimosis cutánea y que aumenta con las maniobras de Valsalva⁷⁻⁸. Las posibles complicaciones de la hernia pulmonar son la incarceration,

hemoptisis o infección recurrente pero son raramente observadas. El paciente 1 presentó hemoptisis leve autolimitada y la TAC torácica reveló aumento de densidad del parénquima herniado que podría corresponder a una zona de contusión pulmonar. El diagnóstico suele confirmarse con radiografía simple o más adecuadamente con TAC torácica donde se comprueba la protrusión del parénquima pulmonar más allá de la pared torácica a través de un defecto de la misma⁹. Además aporta la localización, tamaño y características del parénquima herniado.

Existen controversias sobre el tratamiento de la hernia pulmonar, indicándose la reparación quirúrgica cuando son de gran tamaño, sintomáticas o presentan signos de incarceration, mediante un cierre primario o con material sintético o autólogo en defectos de la pared torácica de mayor tamaño¹⁰⁻¹¹. El paciente 1 fue intervenido por intenso dolor y posible lesión del parénquima herniado, únicamente con cierre primario. El paciente 2 no precisó corrección quirúrgica ya que la hernia era de escaso tamaño y presentó un adecuado control del dolor con analgesia convencional, siguiendo controles periódicos de manera ambulante. La reparación con éxito mediante técnicas mínimamente invasivas de la hernia pulmonar ha sido descrita en la bibliografía¹². Algunos autores recomiendan la reparación quirúrgica de las hernias incluso en pacientes asintomáticos¹³.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ronald J. De pulmonis sanarpot, liber III (cap) XXV. En: De Chavtia G, editor. Cirugía; 1499:144.
2. Goverde P, Van Schil P, Brande F Van den, Vanmaele R. Chronic herniation of the lung in a patient with chronic obstructive pulmonary disease. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1998;46:164-6.
3. Morel-Lavalle A. Hernies du poumon. *Bull Soc Chir Paris.* 1845; 1:75-195.
4. Hiscoe DB, Digman GJ. Types and incidence of lung hernias. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1955;30:335-42.
5. Tack D, Wattiez A, Schtickzelle JC, Delcour C. Spontaneous lung herniation after a single cough. *Eur Radiol.* 2000;10:500-2.
6. Glenn C, Bonekat W, Cua A, Chapman D, McFall R. Lung hernia. *J Emerg Med.* 1997;15:260-2.
7. Forty J, Wells FC. Traumatic intercostal pulmonary hernia. *Ann Thorac Surg.* 1990;49:670-1.
8. Ross RT, Burnett CM. Atraumatic lung hernia. *Ann Thorac Surg.* 1999;67:1496-1497.
9. Weissberg D, Rafaely Y. Hernia of the Lung. *Ann Thorac Surg.* 2002;74(6):1963-6.
10. Hartung A, Grossman JW. Hernia of the lung. *Am J Roentgenol.* 1941;46:321-3.
11. Szentkereszty Z, Boros M, Sápy P, Kiss SS. Surgical treatment of intercostal hernia with implantation of polypropylene mesh. *Hernia.* 2006;10:354-6.
12. Reardon MJ, Fabre J, Reardon PR, Baldwin JC. Video-Assisted Repair of a Traumatic Intercostal Pulmonary Hernia. *Ann Thorac Surg.* 1998;65(4):1155-7.
13. Sulaiman A, Cottin V, Pereira de Souza Neto E, Orsini A, Cordier JF, Gamondes JP, et al. Cough induced intercostal lung herniation requiring surgery: report of a case. *Surg Today.* 2006; 36:978-80.