

Hernia pulmonar intercostal espontánea: aportación de un caso

R. Jiménez Agüero, C. Hernández Ortiz, J.M. Izquierdo Elena y R. Cabeza Sánchez

Servicio de Cirugía Torácica. *Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Nuestra Señora de Aránzazu. San Sebastián.

La hernia pulmonar o neumocelo es una protrusión del pulmón a través de un defecto de la pared torácica. Presentamos un caso de hernia pulmonar intercostal espontánea y realizamos una descripción de la patogenia y de la clasificación de las hernias pulmonares. Se discuten los hallazgos clínicos y radiológicos, así como los diferentes métodos de tratamiento.

En este caso, el paciente presentó un intenso dolor torácico en la base del hemitórax izquierdo. Las imágenes obtenidas por radiografía simple y tomografía axial computarizada (TAC) torácicas pusieron de manifiesto la existencia de una hernia intercostal izquierda. Después del diagnóstico radiológico se realizó tratamiento quirúrgico reparador con buenos resultados.

Palabras clave: *Hernia. Pulmón. Músculo intercostal.*

(*Arc Bronconeumol* 2000; 36: 354-356)

Introducción

Las hernias pulmonares se definen como la protrusión del pulmón a través de un defecto en la pared torácica. Pueden clasificarse, según su localización, en cervicales, costales o diafragmáticas, y según su etiología en congénitas, adquiridas, traumáticas o posquirúrgicas¹.

Los síntomas suelen ser escasos e infrecuentes². El diagnóstico suele hacerse por la exploración física y puede confirmarse con la radiografía simple o la tomografía axial computarizada (TAC) torácica³.

En ciertos casos, el tratamiento conservador con vendaje inmovilizador de la zona puede conseguir el cierre espontáneo del defecto parietal⁴. Cuando esta modalidad terapéutica falla o la rotura es importante, se impone la reparación quirúrgica⁵.

Presentamos una hernia pulmonar intercostal adquirida, relacionada con un golpe de tos y realizamos una revisión de la bibliografía más reciente.

Correspondencia: Dr. R. Jiménez Agüero.
Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.
Hospital Nuestra Señora de Aránzazu. P.º Dr. Beguiristain, s/n.
20080 San Sebastián. Guipúzcoa.

Recibido: 15-2-2000; aceptado para su publicación: 22-2-2000.

Spontaneous intercostal pulmonary hernia: a case report

In pulmonary hernia or pneumocele the lung protrudes through a defect in the chest wall. In this report of a case of spontaneous intercostal lung hernia, we describe the pathogenesis and classification of such hernias, including signs, symptoms, radiological findings and treatment methods.

Our patient presented with severe chest pain at the base of the left hemithorax. A chest film and computed tomography of the region showed an left intercostal hernia. Surgical treatment was successful.

Key words: *Hernia. Lung. Intercostal muscle.*

Caso clínico

Paciente de 79 años de edad con antecedentes medicoquirúrgicos de arritmia cardíaca tratada con un marcapasos definitivo en 1995, adenocarcinoma prostático en remisión completa y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de grado moderado-severo. Acudió a urgencias de un hospital secundario de nuestra red sanitaria presentando tos, expectoración, disnea a medianos esfuerzos y dolor pleurítico en la base del hemitórax izquierdo de 3 semanas de evolución, cuadro compatible con una descompensación de su enfermedad broncopulmonar crónica. Al realizar la exploración física, el paciente estaba taquipneico, taquicárdico, afectado por el dolor y presentaba sibilancias difusas bilaterales a la auscultación pulmonar. El examen analítico y radiológico no mostró alteraciones significativas.

Durante su ingreso, se aisló *Pseudomonas aeruginosa* en el cultivo de esputo. Se inició tratamiento con antibióticos, según antibiograma, corticoides, broncodilatadores y analgésicos. Se obtuvo inicialmente mejoría clínica. El quinto día de su ingreso presentó un aumento brusco del dolor torácico, coincidiendo con la aparición de un importante hematoma en la región costal izquierda y una depresión de la pared torácica, en el séptimo espacio intercostal izquierdo, que se acentuaba con la inspiración. En la ecografía de esa zona anatómica, pudo observarse un hematoma superficial de pared con participación muscular, confirmándose en la TAC torácica la presencia de una hernia intercostal de la base del pulmón izquierdo (fig. 1).

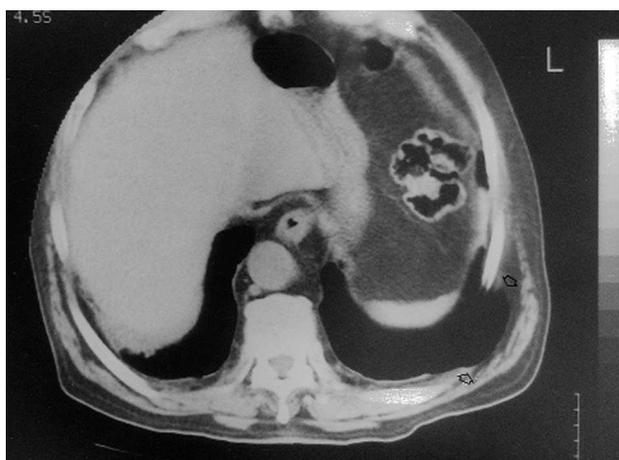


Fig. 1. Tomografía axial computarizada torácica: hernia pulmonar basal a través de un defecto de la pared torácica izquierda (flechas).



Fig. 2. Campo quirúrgico: rotura de los músculos intercostales y de la pleura parietal.

El enfermo fue trasladado a nuestro hospital con dolor torácico intenso, que aumentaba con los movimientos respiratorios y que no cedía con la administración de los fármacos analgésicos habituales. En la exploración física se evidenciaba un gran defecto en la pared torácica, con importante ensanchamiento del séptimo espacio intercostal y respiración paradójica a dicho nivel. El primer tratamiento realizado en el paciente fue conservador y pretendía únicamente controlar el dolor. Se procedió a la colocación de un catéter epidural torácico, comenzando con una pauta analgésica inicial en urgencias de 3 mg de metadona asociada a bupivacaína al 0,5% (8 ml por catéter). Se necesitaron dosis posteriores de 3 mg de metadona cada 8 h por el catéter epidural, asociándose 2 g de metamizol magnésico por vía intravenosa cada 6 h. Con esta pauta analgésica se consiguió un correcto control del dolor torácico.

Debido al gran tamaño del defecto parietal, se desestimó la posibilidad de un tratamiento conservador inmovilizador y se decidió practicar una intervención quirúrgica reparadora, como primera opción terapéutica. Se realizó una incisión por encima de la octava costilla izquierda, siguiendo el reborde costal, apreciándose una rotura completa de los músculos intercostales del séptimo espacio intercostal y de la pleura parietal a dicho nivel (fig. 2). El pulmón se encontraba recubierto tan sólo por la fascia pretorácica, el músculo dorsal ancho y la piel. Se procedió al cierre del espacio intercostal con sutura discontinua costocostal de material irreabsorbible y se aproximaron los dos bordes de los músculos intercostales con material reabsorbible, dejándose un drenaje pleural. El tiempo quirúrgico fue de 75 min. El postoperatorio del paciente discurrió sin complicaciones, retirándose el tubo pleural a las 48 h y el enfermo fue dado de alta a los 8 días de la intervención quirúrgica, en situación asintomática.

Discusión

La hernia pulmonar es una entidad clínica muy poco frecuente, relacionada con la pérdida de continuidad de la caja torácica. Por su etiología, fue clasificada por Morel-Lavelle en congénita y adquirida¹. Las hernias adquiridas pueden ser espontáneas, traumáticas, posquirúrgicas o secundarias a un proceso inflamatorio o neoplásico de la pared torácica⁶. Dentro de las adquiridas, las hernias espontáneas son las menos frecuentes³.

Las hernias espontáneas se asocian a una maniobra de hiperpresión de la pared torácica (tos, estornudo), que provoca la fractura de una o varias costillas o el desgarramiento de los músculos intercostales. Generalmente, se presentan en pacientes con osteoporosis senil y/o en tosedores habituales.

La hernia intercostal generalmente se asocia a un traumatismo torácico contuso inmediato o diferido⁷. Su etiología puede explicarse gracias a la anatomía de los espacios intercostales. Los músculos intercostales interno y externo que revisten el espacio intercostal son algo más cortos que las costillas, de forma que los extremos de los espacios están recubiertos por uno solo de los músculos y por la aponeurosis del otro. Los espacios intercostales presentan, además, unas perforaciones (anterior, lateral y posterior) por donde atraviesan vasos y nervios de la pared torácica. Estos lugares constituyen los puntos más vulnerables de los espacios intercostales a las maniobras de aumento de presión intratorácica⁸.

En el caso que aportamos, la hernia pulmonar apareció en un enfermo sin antecedentes de traumatismo torácico. Durante una reagudización de su enfermedad broncopulmonar crónica y en relación a un golpe fuerte de tos, presentó un dolor torácico muy intenso en la zona. Se confirmó la ausencia de enfermedad ósea asociada (fracturas, metástasis) con el estudio por imagen del tórax y del esqueleto óseo (radiografía y TAC torácicas, gammagrafía ósea).

Existe cierta controversia en cuanto al tratamiento conservador, en oposición al quirúrgico de las hernias pulmonares intercostales. Aunque se ha descrito alguna regresión espontánea después de la fijación con vendaje², en nuestro caso la reparación quirúrgica fue necesaria por el gran tamaño del defecto parietal. Persistía una separación importante del espacio intercostal a pesar de una analgesia epidural eficaz y el paciente no soportaba un vendaje inmovilizador debido a su insuficiencia respiratoria obstructiva de grado moderado-severo. Probablemente, el tratamiento conservador sea eficaz en pacientes con lesiones poco extensas y cuando la sintomatología sea poco importante⁴.

El tratamiento quirúrgico fue muy sencillo, no precisando ninguna malla sintética ni procedimientos de toracoplastia para el cierre del defecto parietal. Se colocaron puntos de sutura irreabsorbibles entre la costilla superior e inferior del espacio intercostal y puntos sueltos con hilos reabsorbibles uniendo los bordes de los músculos intercostales lacerados. No hubo ninguna complicación después de la cirugía y los resultados funcionales fueron muy satisfactorios. El dolor cedió inmediatamente después de la intervención quirúrgica y pudo retirarse toda analgesia después de 7 días del procedimiento quirúrgico.

Como conclusión, creemos que en los casos de hernia intercostal de gran tamaño o que se acompañen de sintomatología importante la reparación quirúrgica no debe demorarse, ya que la intervención es sencilla y los resultados muy favorables. Mientras se completa el estudio preoperatorio, la analgesia epidural puede ser muy eficaz para disminuir la sintomatología. La reparación se hace cerrando el espacio intercostal de forma similar a como se realiza en las toracotomías, utilizando hilos

de sutura intercostales irreabsorbibles. Cuando la hernia pulmonar se origina en un solo espacio intercostal, no creemos necesario la utilización de prótesis o métodos toracoplásticos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morel-Lavelle A. Hernies du poumon. Bull Soc Chir Paris 1847; 1: 75.
2. Minai OA, Hammond G, Curtis A. Hernia of the lung: a case report and review of literature. Conn Med 1997; 61: 77-81.
3. Moncada R, Vade A, Gimenez C, Rosado W, Demos TC, Turbin R. Congenital and acquired lung hernias. J Thorac Imaging 1996; 11: 75-82.
4. Salter DG, Hopton DS. Traumatic intercostal hernia without penetrating injury in a child. Br J Surg 1969; 56: 550-552.
5. Munnell ER. Herniation of the lung. Ann Thorac Surg 1968; 5: 204-212.
6. Bhalla M, Leitman BS, Forcade C, Stern E, Naidich DP, McCauley DI. Lung hernia: radiographic features. AJR 1990; 154(1): 51-53.
7. Scallion DA, Negus R, Al-kutoubi. A case report: extrathoracic herniation of the lung with a review of the literature. Br J Radiol 1994; 67: 94.
8. Forty J, Wells FC. Traumatic intercostal pulmonary hernia. Ann Thoracic Surg 1990; 49: 670.