

## HERNIA PULMONAR ESPONTÁNEA A RAÍZ DE UN CASO

Dr. Javier Errasti Viader / Dr. Cardos Edgardo Orellana / Dr. Pascual Val Adan

Servicio de Neumología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

### RESUMEN

**Introducción:** La hernia pulmonar supone la protrusión de tejido pulmonar fuera de la cavidad torácica. Esta puede ser de origen adquirido o congénito. Dentro del primer grupo encontramos las secundarias a traumatismos o cirugías, las más frecuentes, y las espontáneas, una entidad muy poco frecuente y por tanto a menudo de difícil diagnóstico si no se piensa en ella.

**Método:** Presentamos el caso de un paciente con hernia pulmonar espontánea diagnosticado tras varias visitas al servicio de urgencias que desarrolló un amplio hematoma secundario.

**Discusión:** La aparición dolor intenso torácico tras un ataque de tos o maniobra de Valsalva, más aún en un paciente con factores de riesgo ha de hacernos incluir esta entidad en nuestro diagnóstico diferencial.

**Resultados:** Las pruebas de imagen nos ayudarán a confirmar el diagnóstico, aunque en fases iniciales la radiografía de tórax puede no detectar anomalías. Una situación donde la ecografía torácica podría ampliar sus posibilidades diagnósticas.

### PALABRAS CLAVE

Hernia pulmonar; Espontánea; EPOC; Tos; Caso clínico

### INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso de un paciente varón de 80 años con antecedentes de EPOC que acudió dos veces al Servicio de Urgencias refiriendo dolor en hemitórax derecho tras un ataque de tos. En la segunda visita refería disnea de moderados esfuerzos. A la exploración no se objetivaba masa palpable ni equimosis. Esta última no se evidenció hasta 6 días después del inicio del dolor. Analíticamente se produjo un descenso de la hemoglobina de 5.5 puntos que requirió retirar antiagregantes.

### CASO CLÍNICO

Varón de 80 años, sin alergias y exfumador con antecedentes de obesidad, dislipemia, hiperplasia benigna de próstata, diverticulosis de colon, AIT hacía 20 años en tratamiento con Triflusal y EPOC moderado. Acudió al Servicio de Urgencias comentando disnea de moderados esfuerzos, tos, expectoración blanquecina y dolor en hemitórax derecho desde hacía 5 días. Negaba traumatismo

previo. Había sido dado de alta 5 días atrás de este mismo servicio con tratamiento analgésico y diagnóstico de esguince costal tras referir dolor en hemitórax derecho, posterior a un ataque de tos nocturno sin evidenciarse alteraciones óseas en la radiografía de tórax.



Fig. 1. Radiografía de tórax postero-anterior al ingreso en el Servicio de Neumología.

## Notas Clínicas



Fig. 2. Amplio hematoma de pared torácica y abdominal.

En la auscultación pulmonar destacaba una hipofonesis generalizada con roncus aislados. Presentaba dolor a la palpación en parrilla costal derecha sin objetivarse equimosis, masa ni crepitación. La radiografía de tórax (Fig. 1) no mostraba alteraciones. Ingresó en el servicio de Neumología con sospecha de agudización de EPOC.

En planta se objetivó una extensa equimosis en costado e hipocondrio derechos con extensión los días posteriores, sin masa palpable ni crepitación asociada (Fig. 2). Analíticamente destacaba un descenso de la hemoglobina de 15mg/l a 12mg/l y posteriormente a 9.5mg/l por lo que se retiró la antiagregación y profilaxis con heparinas de bajo peso molecular. Se realizó una ecografía abdominal con hallazgos de edema de pared abdominal sin evidencia de colecciones. Finalmente la TC torácico-abdominal evidenció una diastasis del espacio intercostal entre la 7ª y 8ª costilla a nivel del tercio medio que se acompañaba de herniación de pulmón del lóbulo inferior con pequeño hematoma homolateral y hematoma discoide en planos musculares del serrato derecho por debajo del músculo dorsal mayor (Fig. 3).

El paciente fue valorado por el departamento de Cirugía Torácica de nuestro hospital que recomendó inicialmente tratamiento compresivo y valoración quirúrgica en consultas ex-

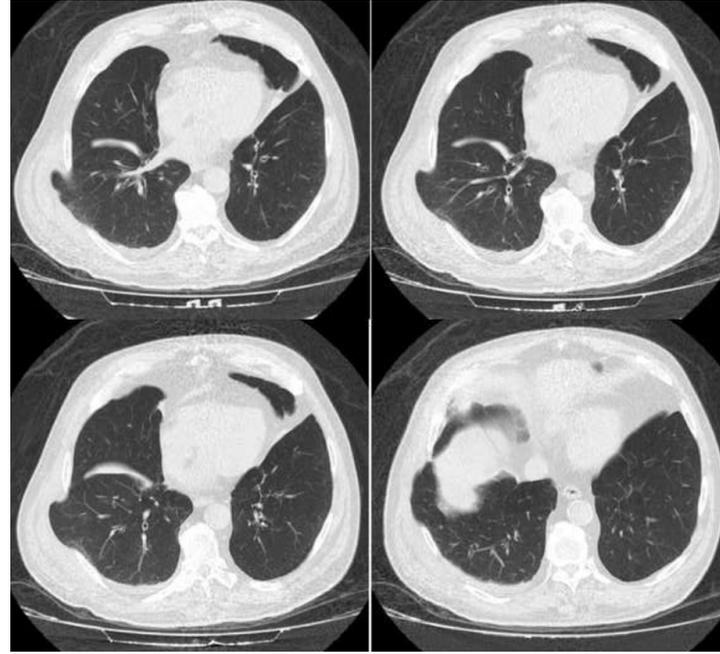


Fig. 3. TAC torácico donde se evidencia la protrusión de tejido pulmonar a través del espacio intercostal.

ternas. Se realizó control analítico al alta con hemoglobina de 11.3mg/l.

Finalmente fue intervenido con colocación de malla y cerclajes. Durante la toracotomía se evidenció la rotura de cartílagos en arca anterior.

### DISCUSIÓN

La hernia pulmonar es una enfermedad rara que ocurre por la protrusión del pulmón a través de los confines de la cavidad torácica. La primera definición de esta patología la encontramos en 1499<sup>1</sup>. Fueron clasificadas por Morel-La-Valle en 1845. Etiológicamente las clasificó en: congénitas o adquiridas. A su vez dentro del segundo grupo consideró dividir las en: secundarias a traumatismos, secundarias a patología local (tumores, abscesos, tuberculosis, etc) o espontáneas. El 80% de las hernias pulmonares son de origen adquirido<sup>2</sup>. De estas, la mayoría son secundarias a traumatismos o cirugías (pudiendo aparecer inmediatamente o a los años del evento) seguidas por las espontáneas y finalmente las secundarias a patologías.

Por herniación pulmonar espontánea entendemos la protrusión de parénquima pulmonar hacia fuera de la cavidad torácica sin que consten antecedentes de traumatismos u otros procesos patológicos en el lugar de la misma.

## Notas Clínicas

En función de a que localización anatómica afecten podemos clasificarlas en: pared torácica, espacio cervical o espacio abdominal. A su vez cuando afecten a la pared torácica deberíamos considerar si son: anteriores (por delante de la línea axilar anterior), laterales (entre las líneas axilares anterior y posterior) o posteriores (por detrás de la línea axilar posterior).

Toda condición que aumente la presión intratorácica o genere una debilidad en la pared torácica favorecerá la herniación del pulmón. Clásicamente se producen por rotura espontánea de un músculo intercostal, costilla o cartílago tras aumentos de presión intratorácica que dejan espacio para el paso de tejido pulmonar. Los músculos intercostales interno y externos no recorren toda la longitud de la costilla, lo que determina que los extremos de estas estén cubiertos únicamente por uno de los músculos y la aponeurosis del otro. A su vez los puntos de penetración de vasos y nervios son también puntos vulnerables. Es quizás por estas características que las hernias intercostales son las más frecuentes debido a la debilidad inherente que presenta la pared torácica anterior medialmente a la unión costocondral junto al esternón y en la pared posterior cerca de los cuerpos vertebrales<sup>3</sup>.

Los aumentos de presión son frecuentemente producidos por ataques de tos o estornudos, sin embargo pueden producirse también tras levantamiento de peso, soplar instrumentos de viento o cantar<sup>4</sup>. Los pacientes son más frecuentemente hombres, fumadores, con uso frecuente de corticoides, obesidad, diabetes mellitus, osteoporosis senil o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). El diagnóstico es frecuentemente clínico. Sin embargo en fases iniciales puede suponer un reto diagnóstico si se presentan como dolor torácico sin clara masa palpable. Esto es más frecuente en las hernias espontáneas dado que suelen ser de menor tamaño que las traumáticas o postquirúrgicas. Algunos pacientes pueden describir un “pop” tras un ataque de tos. En casos de diagnóstico tardío puede aparecer disnea<sup>5</sup>.

En la exploración física podemos encontrar inflamación y hematoma localizados.

Estos hallazgos junto con una historia de dolor puede orientar nuestra sospecha diagnóstica hacia una fractura costal recomendando reposo y analgesia y atrasando el diagnóstico correcto<sup>5</sup>. La maniobra de Valsalva puede ayudarnos aumentando la masa herniada y haciéndola visible o palpable.

Las pruebas de imagen son imprescindibles para el diagnóstico. En función de su localización y tamaño la radiografía simple de tórax pueden no mostrar hallazgos, mostrar un aumento de los espacios intercostales o el signo de “pulmón más allá de la costilla”<sup>6</sup>. Puede ser de ayuda realizar la radiografía durante una maniobra de Valsalva<sup>7</sup>. Para una correcta caracterización de la hernia es generalmente necesaria la tomografía computarizada que además informará de posibles complicaciones. A pesar de la poca visibilidad que ofrece la ecografía transtorácica para estudiar pulmón aireado, se considera una herramienta útil en diversas patologías de la pared torácica y del pulmón. En caso de no disponer de TC la ecografía transtorácica podría servir de primera aproximación diagnóstica junto la radiografía de tórax permitiendo excluir ciertas patologías del diagnóstico diferencial de masa dolorosa de pared torácica (hematomas, lipomas y lesiones de tejidos blandos)<sup>7</sup>.

En la analítica sanguínea es posible encontrar elevación de la creatin quinasa (CK)<sup>5</sup>. En nuestro caso el único hallazgo destacable fue la anemia del paciente.

El manejo de la hernia pulmonar depende de los síntomas, localización y tamaño. Inicialmente un vendaje compresivo y analgesia pueden conseguir el cierre espontáneo del defecto parietal, especialmente cuando este es de pequeño tamaño, siendo el tratamiento conservador el indicado en casos asintomáticos o donde está contraindicada la cirugía<sup>8</sup>. En estos casos es imprescindible un seguimiento para valorar síntomas, exploración y cambios en las pruebas de imagen. Ante de ausencia de mejoría sintomática, hernia de gran tamaño, irreductible, o complicaciones como datos de encarcelación o infección se hace obligatoria la cirugía. Algunos expertos consideran las hernias anterio-

# Notas Clínicas

res, aun asintomáticas como indicación de cirugía dada la posible extensión de la hernia hacia la cavidad abdominal. Para el cierre del defecto se recomienda el cierre primario con sutura no reabsorbible o hernioplastia con tejido autólogo. Sin embargo los materiales sintéticos tales como Dacron, GoreTex o Teflon se consideran aceptables. Pudiendo realizarse el acceso por toracotomía o toracoscopia<sup>9</sup>.

## CONCLUSIÓN

La hernia pulmonar espontánea es una entidad rara, con escasos casos descritos en la literatura y que por tanto puede pasar fácil-

mente inadvertida en una primera anamnesis. Es por esto que la aparición dolor intenso torácico tras un ataque de tos o maniobra de Valsalva, más aún en un paciente con factores de riesgo como puede ser el EPOC ha de hacernos incluir esta entidad en nuestro diagnóstico diferencial. La equimosis a nivel de pared torácica o la palpación de una masa harán aumentar nuestra sospecha diagnóstica. Las pruebas de imagen nos ayudarán a confirmar el diagnóstico, aunque en fases iniciales la radiografía de tórax puede no detectar anomalías. Una situación donde la ecografía torácica podría ampliar sus posibilidades diagnósticas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Montgomery JG, Lutz H. Hernia of the lung. *Ann Surg* 1925;82:220-231.
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. Bangalore Lakshminarayana U, et al. Intermittent swelling in the chest; a case of spontaneous intermittent lung herniation. *BMJ Case Rep* 2013.doi:10.1136/bcr-2013-201380.
4. Malcolm V. Brock and Richard F.Heitmiller. Spontaneous Anterior Thoracic Lung Hernias. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2000;119:1046-7.
5. Tetsuro Maeda, Ryota Sato, et al. Spontaneous Intercostal Lung Hernia. *The American Journal of Medicine*. 2017;130:9.
6. Adil S. Wani, Prachi Kalamkar, et al. Spontaneous intercostal lung herniation complicated by rib fractures: a therapeutic dilemma. *Oxford Medical Case Reports*. 2015;12:378-381.
7. Efsthios E. Detorakis, Emmanuel Androulidakis. Intercostal lung herniation - The role of imaging. *Radiology Case*. 2014;8:16-24.
8. Petour Gazitúa F, Pérez Velásquez J, Quintanilla Guidobono F, Chegade JM. Spontaneous pulmonary hernia: report of a case. *Medwave* 2015 Oct;15(9):e6284 doi:
9. Przepuklina pluca-przegląd. Lung Hernia- a Review. *Adv Clin Exp Med*. 2013;22:5:611-613