

Hernia pulmonar post-traumática

Autores: Karlen Hugo¹, Spina Juan C.²

¹Sanatorio Güemes

²Hospital Británico

Correspondencia

Hugo Karlen
hugokarlen@hotmail.com

Recibido: 23.05.2016

Aceptado: 07.11.2016

Caso clínico

Paciente femenina de 65 años consulta por tumoración en región lateral izquierda del tórax, no dolorosa, que fluctúa con los movimientos respiratorios y la tos. Cumple tratamiento por bronquitis aguda hace una semana. Presenta antecedente de traumatismo en parrilla costal izquierda debido a caída desde altura hace 6 meses.

Al examen físico se palpa masa de consistencia elástica, que aumenta ante maniobra de Valsalva. Se solicita radiografía de tórax (RxTx) (Figura 1a) donde se evidencia imagen radiolúcida de contornos bien definidos, que sobrepasa los límites del seno costo-frénico y parrilla costal izquierda (“Signo del pulmón más allá de la costilla”)¹, asociado a fracturas de los arcos costales anteriores (10 y 11).

En la tomografía computada de tórax (TCTx) se confirma el diagnóstico de hernia pulmonar (Figura 1b). Debido a persistir asintomática y la ausencia de complicaciones, se realizan controles con TCTx y tratamiento conservador.

Discusión

La protrusión de parénquima pulmonar y membranas pleurales fuera de la cavidad torácica, define la hernia pulmonar (HP)². Puede ser cervical, diafragmática o intercostal, de acuerdo a la localización³. Entre 18 y 20% de los casos son congénitas. Dentro de las adquiridas, el 64% se asocian a traumatismos torácicos (TT) y de éstos la mayoría a traumas penetrantes^{3,4}.

Es una rara complicación del traumatismo de tórax, sólo se han reportado casos aislados en la literatura²⁻⁸. Se puede presentar hasta dos años posteriores al traumatismo²⁻⁵. Los factores predisponentes incluyen cirugías o TT, como en el caso presentado, enfermedad pulmonar obstructiva

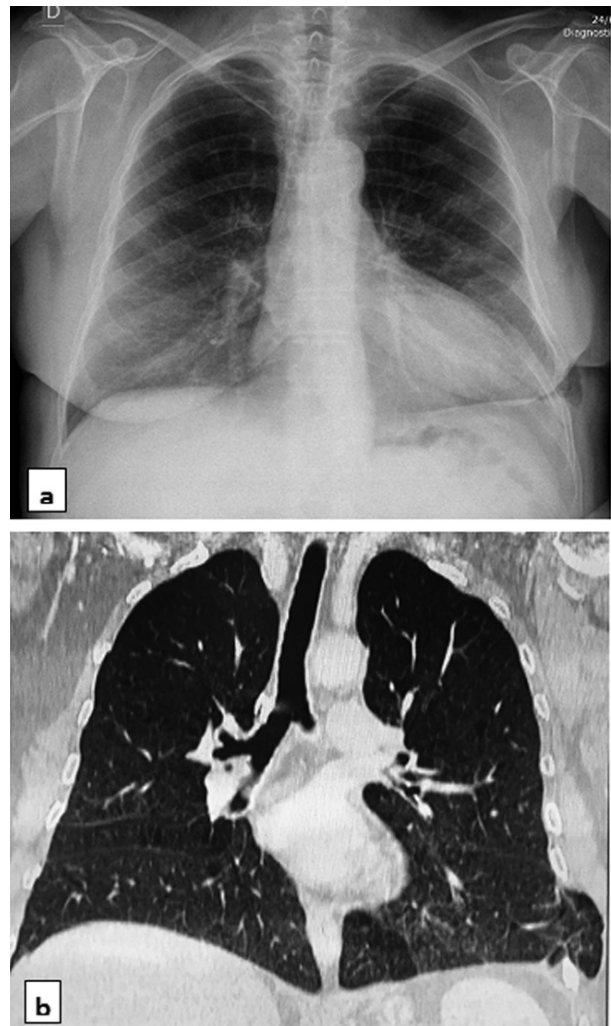


Figura 1. a) Radiografía de tórax y b) Tomografía computada de tórax (corte coronal)

crónica, infecciones, neoplasias, obesidad y uso crónico de esteroides.^{1,3} En la serie más grande publicada, que incluyó 6 pacientes, sólo dos casos se asociaron a fracturas costales¹.

El diagnóstico se confirma en la mayoría de los casos con RxTx convencional^{1,2,3}. Zie y col demostraron en el 66% de los casos la HP en la RxTx¹.

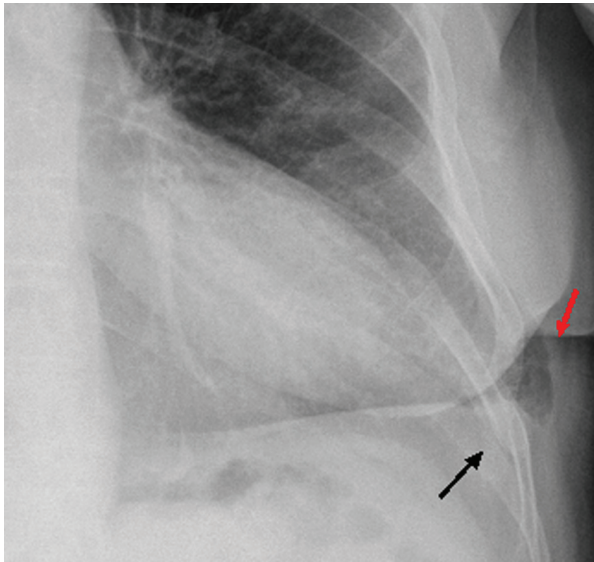


Figura 2 . Radiografía de tórax: Imagen focal donde se observa "Signo del pulmón que sobrepasa la costilla" (flecha roja) y fractura del arco anterior de 11 y 12 ma. Costilla (flecha negra)

Se logra aumentar su sensibilidad al realizar espiración forzada, maniobra de Valsalva, debido al incremento de la presión intratorácica, o con la RxTx oblicua^{1, 2, 3}. La tomografía de tórax permite caracterizar localización, tamaño y características del parénquima herniado⁵. En situaciones de emergencia la ultrasonografía puede ser útil³.

La resolución es quirúrgica en la mayoría de los casos⁴, aunque está descrito el tratamiento conservador en pacientes asintomáticos (ausencia de

incarceración, tórax inestable, dolor persistente) o hernias pequeñas⁶, y la resolución espontánea en niños⁷.

Destacamos la importancia del control radiológico luego de un TT, que permite la detección temprana, prevenir las complicaciones, y disminuir las secuelas de una entidad benigna como la HP⁷.

Conflicto de interés: Los autores del trabajo declaran no tener conflictos de intereses relacionados con esta publicación.

Bibliografía

1. Zia Z, Bashir O, Ramjas G et al. Intercostal lung hernia: radiographic and MDCT findings. *Clin Radiol*. 2013 Jul; 68(7): e412-7.
2. Detorakis E, Androulidakis E. Intercostal lung herniation. The rol of imaging. *Radiology Case*. 2014; 8(4): 16-24.
3. Clark A, Hugues N, Chisti F. Traumatic extrathoracic lung herniation. *The British Journal of Radiology*, 82 (2009), e82-e84.
4. Martínez Serna I, Mariscal de Alba M, Hermoso Alarza F y col. Hernia pulmonar intercostal espontánea secundaria a cuadro de tos. *Revista de Patología Respiratoria*. 2012; 15(3): 89-91.
5. Waqar S, Vaughan P, Edwards J. Late Presentation of a Traumatic Lung Hernia. *Ann Thorac Surg* 2010; 90: 1715.
6. Bikhchandani J, Balters M, Sugimoto J. Conservative Management of Traumatic Lung Hernia. *Ann Thorac Surg* 2012; 93: 992-4.
7. Hamidian Jahromi A, Pennington P, Skweres P et al. Delayed Presentation of a Traumatic Intercostal Lung Hernia: A Case Report and Review of the Literature. *Trauma Mon*. 2016; e25975.