



## Nota clínica

# Hernia intercostal pulmonar con neumotórax asociado

G. Blanco Fernández\*, L. F. Fernández García\*, J. Izquierdo Hidalgo\*\*, L. M. Vinagre Velasco\*, F. J. Téllez de Peralta\*

\*SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO. \*\*SERVICIO DE URGENCIAS. HOSPITAL INFANTA CRISTINA. BADAJOZ.

## RESUMEN

La hernia intercostal es una entidad muy rara, caracterizada por la aparición de un defecto en la continuidad de algún espacio intercostal a través del cual se produce la protrusión del contenido intratorácico. Suelen ser poco sintomáticas y diagnosticarse mediante la exploración física y radiografía de tórax. El tratamiento es controvertido. Para algunos autores se puede tratar de forma conservadora con vendaje inmovilizador de la zona y si éste falla optar por la cirugía, mientras que para otros el tratamiento quirúrgico está indicado en prácticamente todos los casos. Presentamos el caso de un paciente con una hernia intercostal con neumotórax asociado.

**Palabras clave:** *Hernia intercostal. Neumotórax.*

## INTRODUCCIÓN

La hernia pulmonar es una entidad muy rara que se define como la protrusión del pulmón a través de un defecto en la pared torácica. Puede clasificarse en cervical, costal o diafragmática, según su localización, y en congénitas o adquiridas según su etiología<sup>1</sup>. Esta última puede ser espontánea, traumática o postquirúrgica.

Suelen dar poca sintomatología y el diagnóstico habitualmente se hace por la exploración física y la radiografía de tórax.

El tratamiento es controvertido. Para algunos autores debe ser siempre quirúrgico mientras que para otros, dependiendo del caso, podría intentarse tratamiento conservador y, si éste falla, optar por la cirugía.

Presentamos el caso de un paciente con una hernia intercostal adquirida asociada a neumotórax completo y, por tanto, con aire libre dentro de la cavidad o "saco" herniario.

## ABSTRACT

Intercostal pulmonary hernia with associated pneumothorax

Intercostal hernia is an exceedingly rare entity characterised by the occurrence of a continuity defect in an intercostal space, through which the intrathoracic contents protrude. These hernias are in general scarcely symptomatic and are usually diagnosed through the physical examination and the pain chest film. Their management is controversial; some authors state that they may be treated conservatively with immobilising bandaging of the area and resort to surgery if conservative treatment fails, while for others surgical management is indicated in almost all cases. We report the case of one patient with an intercostal hernia with associated pneumothorax.

**Key Words:** *Intercostal hernia. Pneumothorax.*

## CASO CLÍNICO

Paciente varón de 80 años de edad con antecedentes personales de encefalopatía degenerativa no filiada, sondaje permanente desde hace un año, insuficiencia venosa crónica, intervenido de úlcera gástrica en su juventud, fumador importante hasta hace 5 años y que actualmente lleva una vida cama-sillón. Acude a Urgencias traído por sus familiares porque, sin antecedente traumático previo, le han notado una tumoración subclavicular izquierda de dos días de evolución, que le aparece y desaparece con los movimientos respiratorios. A la exploración el paciente presenta fiebre de 38°C, aspecto caquético, está vigil y colaborador obedeciendo órdenes verbales, pero no se comunica. En la auscultación pulmonar se aprecian roncus



**Figura 1. TC:** Derrame pleural bilateral, neumotórax completo izquierdo y defecto intercostal.

y crepitantes en todo el hemitórax derecho y disminución del murmullo vesicular en hemitórax izquierdo. Se aprecia a nivel del 3º espacio intercostal anterior izquierdo una tumoración blanda que aparece en espiración y desaparece en inspiración. En la analítica destacan una ligera leucocitosis con neutrofilia (11,400-72%), urea 89, creatinina 1,9 y en la gasometría pH 7,44, pCO<sub>2</sub> 36,6, pO<sub>2</sub> 73, bicarbonato 24,9. Se realiza radiografía de tórax en la que se evidencia un neumotórax completo izquierdo e imagen compatible con hernia intercostal en 3º espacio intercostal, además de un infiltrado alveolar en todo el pulmón derecho. Completamos el estudio con tomografía computarizada (TC), que confirma la existencia de hernia intercostal y neumotórax completo, asociado a derrame pleural bilateral (Fig. 1).

Colocamos al paciente un tubo de drenaje endotorácico en 4º espacio intercostal, línea medioclavicular, reexpandiéndose el pulmón totalmente en 36 horas y disminuyendo de forma considerable los movimientos de la hernia intercostal. El paciente falleció 48 horas después, por aspiración masiva.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Jiménez Agüero R, Hernández Ortiz C, Izquierdo Elena JM, Cabeza Sánchez R. Hernia pulmonar intercostal espontánea: aportación de un caso. *Arc Bronconeumol* 2000;36:354-6.
- 2- Reardon MJ, Fabre J, Reardon PR, Baldwin JC. Video-assisted repair of a traumatic intercostals pulmonary hernia. *Ann Thorac Surg* 1998;65:1155-7.
- 3- Francois B, Desachy A, Cornu E, Ostyn E, Niquet L, Vignon P. Traumatic pulmonary hernia: surgical versus conservative management. *J Trauma* 1998;44:217-9.
- 4- Munnell ER, Herniation of the lung. *Ann Thorac Surg* 1968;5(Suppl):204.
- 5- Moncada R, Vade A, Giménez C, Rosado W, Demos TC, Turbin R, et al. Congenital and acquired lung hernias. *J Thorac Imag* 1996;11:78-82.
- 6- DiMarco AF, Oca O, Renston JP. Lung herniation. A cause of chronic chest pain following thoracotomy. *Chest* 1995;107:877-9.
- 7- Van den Brink WA, Meek JC, Boelhonwer RV. Herniation of the lung following video-assisted minithoracotomy. *Surg Endosc* 1995;9:706-8.
- 8- Tamburro F, Grassi R, Romano S, Del Vecchio W. Acquired spontaneous intercostal hernia of the lung diagnosed on helical CT. *Am J Roentgenol* 2000;174:876-7.

## DISCUSIÓN

La hernia pulmonar, descrita por primera vez por Roland en 1499, es una entidad rara con aproximadamente 300 casos descritos en la literatura<sup>2</sup>, de los cuales menos de 20 corresponden a hernias espontáneas<sup>3</sup>. El 65% de las hernias pulmonares se producen a través de un espacio intercostal, mientras que el 35% restante suele producirse en la región supraclavicular<sup>4</sup>. Nuestro caso quedaría incluido en el primer grupo, aunque, al presentarse con neumotórax, lo que vemos dentro del defecto es aire libre que probablemente ha sustituido al pulmón en dicha localización. Aproximadamente el 20% se describen como congénitas y el 80% como adquiridas, de las cuales la mayoría son traumáticas<sup>5</sup>, aunque pueden ser postquirúrgicas<sup>6,7</sup> o secundarias a procesos, inflamatorios o neoplásicos de la pared torácica<sup>1</sup>. Sin embargo, hay un pequeño número de casos que ocurre en ausencia de los antecedentes descritos y que se clasifican como "espontáneas"<sup>3</sup>. Éstas suelen asociarse a una maniobra de hiperpresión (tos o estornudo) que provoca el desgarro de los músculos intercostales o incluso la fractura de una o varias costillas<sup>1</sup>. Los signos y síntomas incluyen: protrusión, dolor en la zona que protruye y equimosis. Las hernias pulmonares, especialmente las intercostales, se pueden complicar con incarceration o estrangulación del parénquima pulmonar contenido<sup>3</sup> o con un neumotórax, sobre todo en los casos en los que se usa ventilación mecánica con presión positiva al final de la espiración y si el cuello es pequeño. El diagnóstico se hace habitualmente con radiografía de tórax, aunque a veces pueden requerirse proyecciones oblicuas. La TC generalmente lo confirma<sup>3,8</sup>. El tratamiento es controvertido. Para algunos autores se puede tratar de forma conservadora<sup>2</sup> con vendaje inmovilizador de la zona<sup>1</sup> y, si éste falla optar, por la cirugía, mientras que para otros la cirugía está indicada en todas las hernias intercostales anteriores, incluso si son asintomáticas<sup>3</sup>, mediante reparación primaria<sup>1</sup> o con material protésico (PTFE), de forma abierta o toracoscópica<sup>2</sup>.