

seram 34

Sociedad Española de Radiología Médica

Congreso Nacional

PAMPLONA $\frac{24}{27}$ MAYO 2018

Palacio de Congresos Baluarte

23 mayo Cursos Precongreso

HERNIAS PULMONARES, UNA ENTIDAD POCO CONOCIDA A TENER EN CONSIDERACIÓN.

Isabel María García Chaume, Rodrigo Blanco Salado, Ruth Expósito Díaz, Jose Antonio Gonzalez Nieto , María Luisa Domingo Montañana, Santiago Isarría Vidal.

Hospital Universitario Doctor Peset (Valencia).

OBJETIVO DOCENTE:

1. Aportación a la literatura de ochos nuevos casos de hernias pulmonares.
2. Mostrar sus diferentes presentaciones en distintas técnicas de imagen.

REVISIÓN DEL TEMA:

La hernia pulmonar es la protrusión del parénquima pulmonar a través de un defecto de la pared torácica. Es una patología infrecuente.

Según se ha descrito y en nuestra experiencia, la mayoría de las hernias son asintomáticas pero pueden ser sintomáticas, causando disnea, dolor torácico localizado o deformidad palpable o visible en el pecho, más evidente durante la maniobra de Valsalva (sobre todo en las hernias pulmonares intercostales).

Clásicamente se han clasificado según criterios anatómicos y etiológicos.

Anatómicamente se clasifican en cervicales, intercostales y diafragmáticas.

En las hernias cervicales el parénquima protruye a través de la parte superior del tórax, entre el músculo escaleno anterior y el músculo esternocleidomastoideo, es más frecuente que ocurra en pacientes ancianos con debilidad de la fascia cervical y con enfisema. Aunque suelen resolverse solas pueden dificultar la colocación de una vía venosa central.

La hernia diafragmática es muy rara debido a que la presión intraabdominal es mayor que la presión torácica y ello facilita la herniación de contenido abdominal al tórax.

Etiológicamente dividen en congénitas y adquiridas.

Las hernias congénitas son infrecuentes y suelen deberse a hipoplasia o agenesia costal o de músculos intercostales.

Las hernias adquiridas se pueden clasificar en espontáneas, traumáticas (accidentales o iatrogénicas post-cirugía o post-punción) y patológicas (enfermedad neoplásica o infecciosa). Las adquiridas suponen la mayoría de los casos (aproximadamente el 80%), siendo las de origen traumático o quirúrgico las más frecuentes.

En los casos postraumáticos, la herniación puede ocurrir inmediatamente después del impacto o años más tarde. En nuestra serie, la mayoría de los pacientes tenía hernias adquiridas, probablemente por traumatismos previos que no constaban en la historia clínica, pero presentaban antiguas fracturas costales.

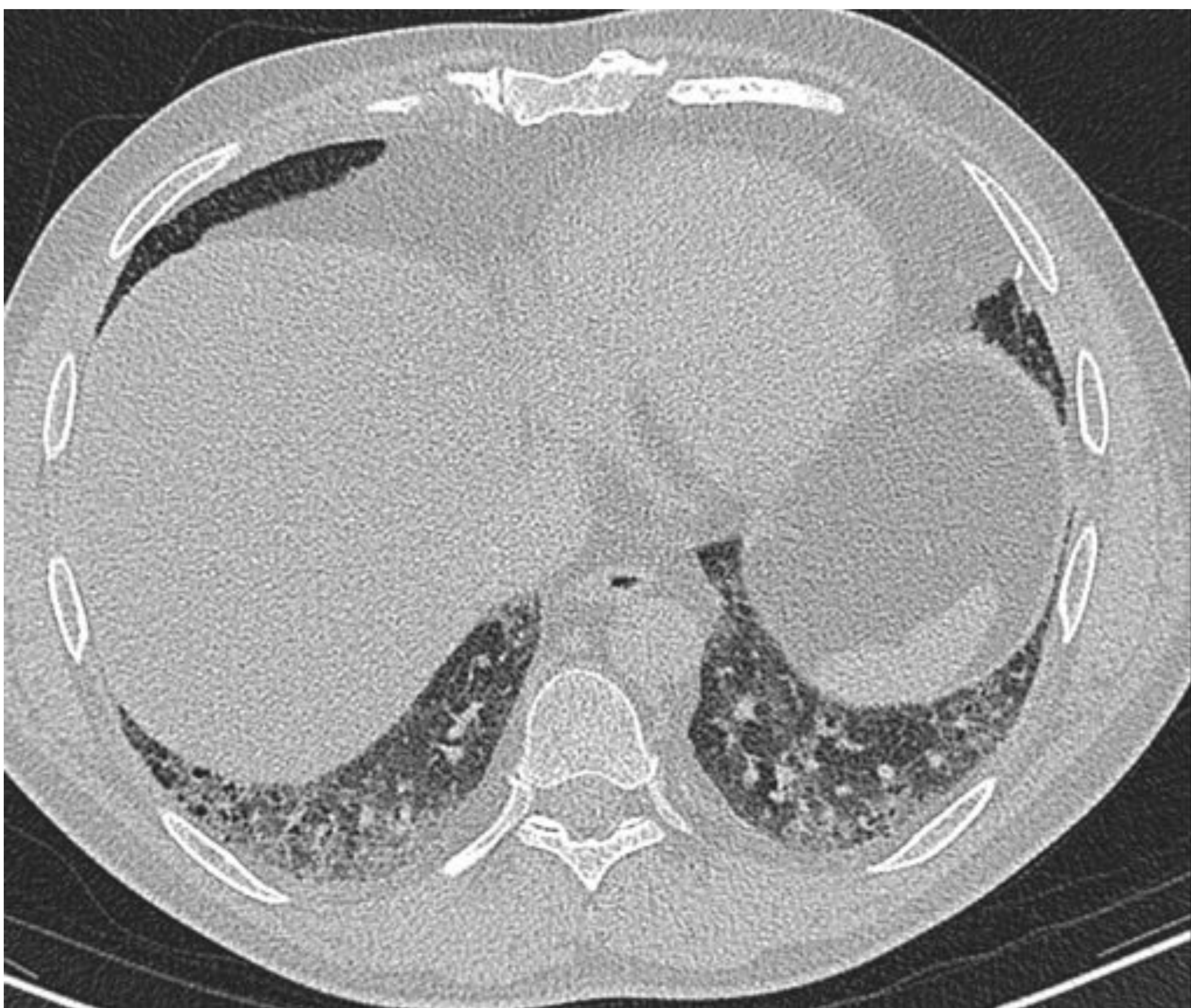
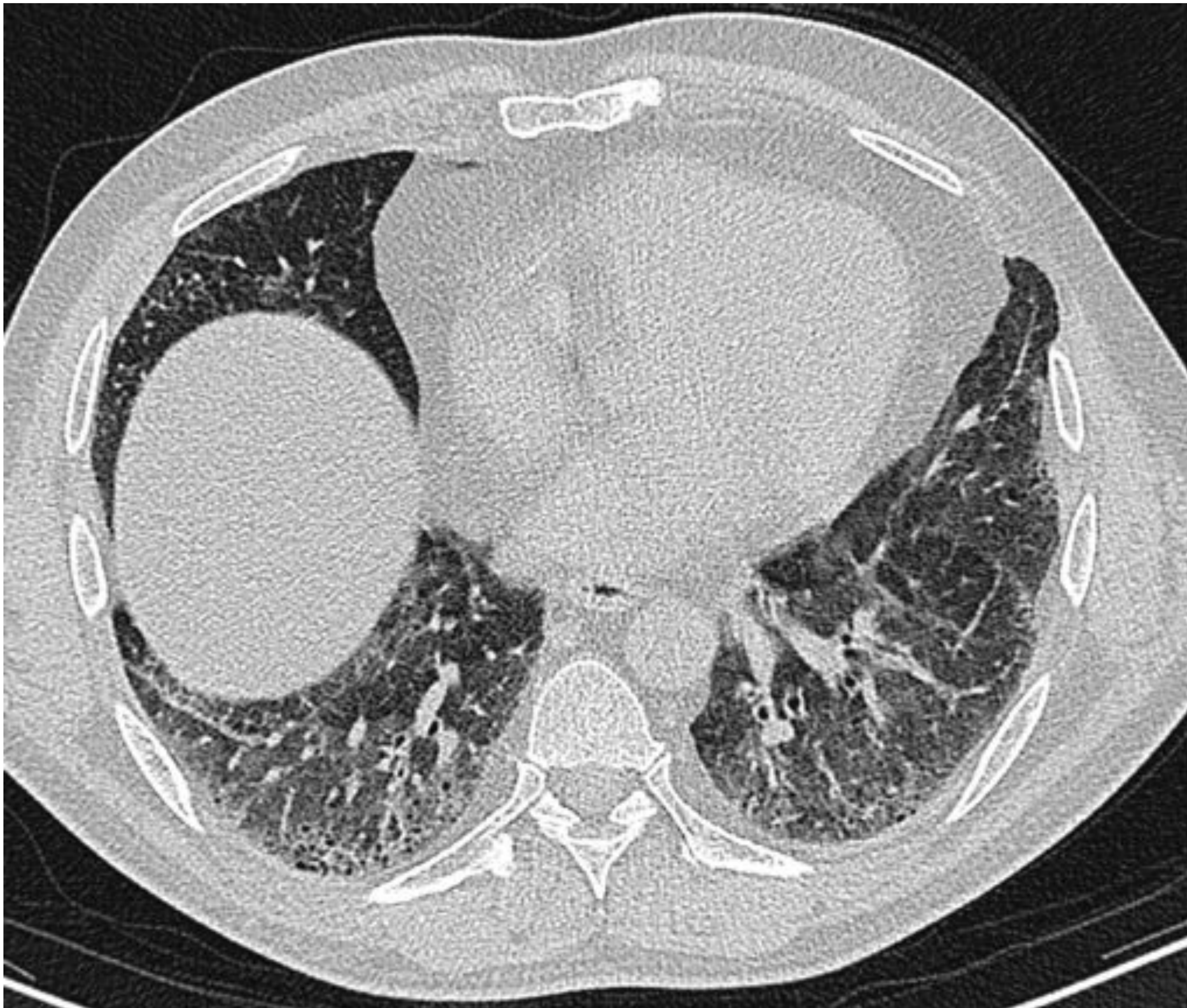
La prueba diagnóstica de elección es la TC torácica que permite la confirmación diagnóstica y conocer la localización exacta para futuras intervenciones, en ella se objetiva la protrusión del parénquima pulmonar a través de un defecto de la pared torácica sin músculos intercostales. En la radiografía simple puede apreciarse un área de lucencia, que sobrepasa el límite costal, aunque solo se visualizan aquellas hernias que estén tangenciales al haz de rayos X.

Las complicaciones principales de las hernias pulmonares son el encarcelamiento y la estrangulación y hemoptisis por contusión pulmonar o infección, aunque son muy poco frecuentes.

El tratamiento debe ser individualizado ya que no hay consenso en el manejo de la hernia pulmonar. En general, el tratamiento quirúrgico rara vez es necesario, se lleva a cabo cuando la hernia es de gran tamaño, sintomática o ante la aparición de complicaciones y consiste en cierre primario o con material sintético o autólogo. El tratamiento conservador (observación) es el más frecuente y está indicado en las hernias pulmonares asintomáticas. Hay autores que defienden el tratamiento quirúrgico de todas las hernias, incluso en pacientes asintomáticos.

CONCLUSIONES:

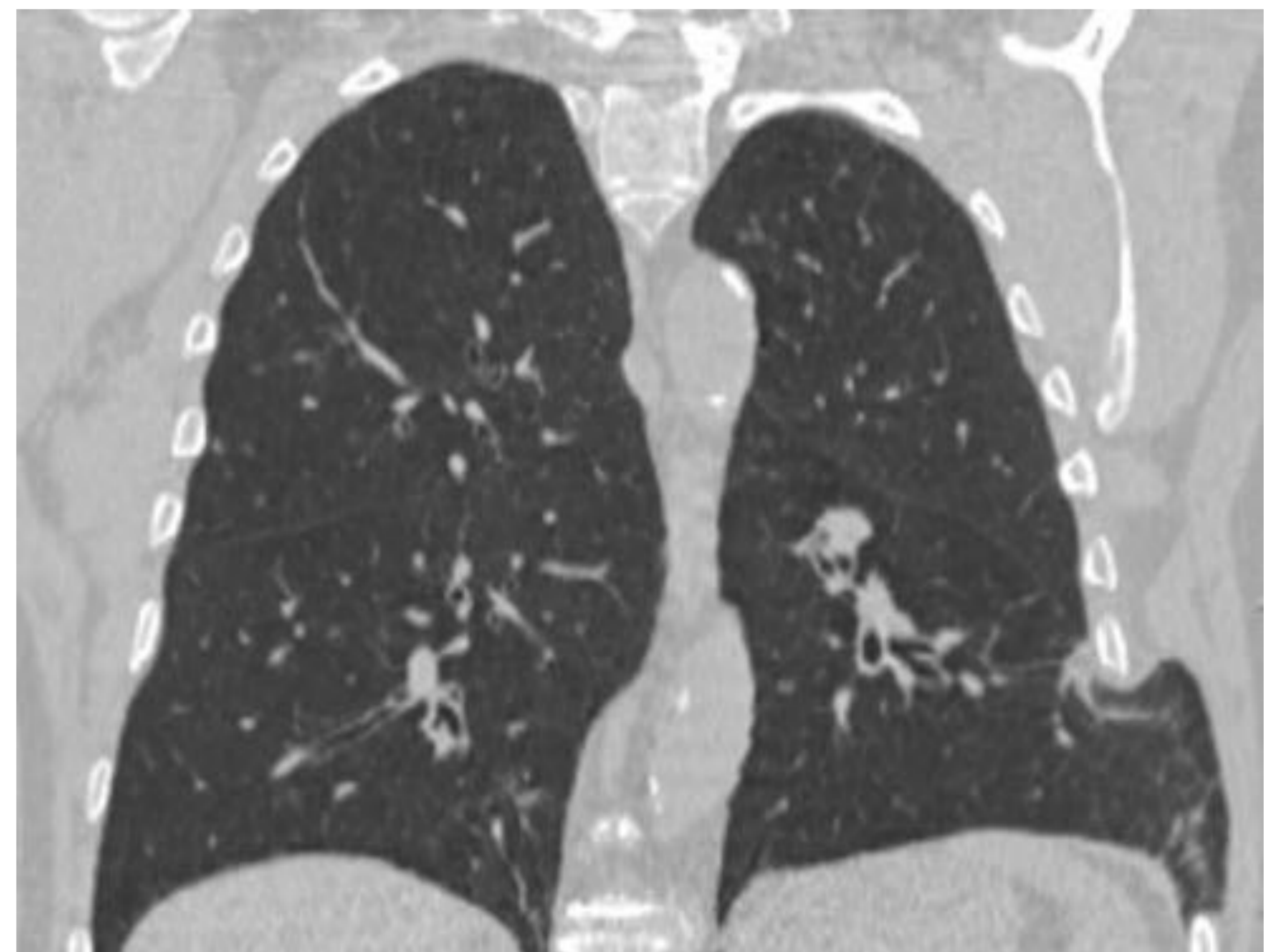
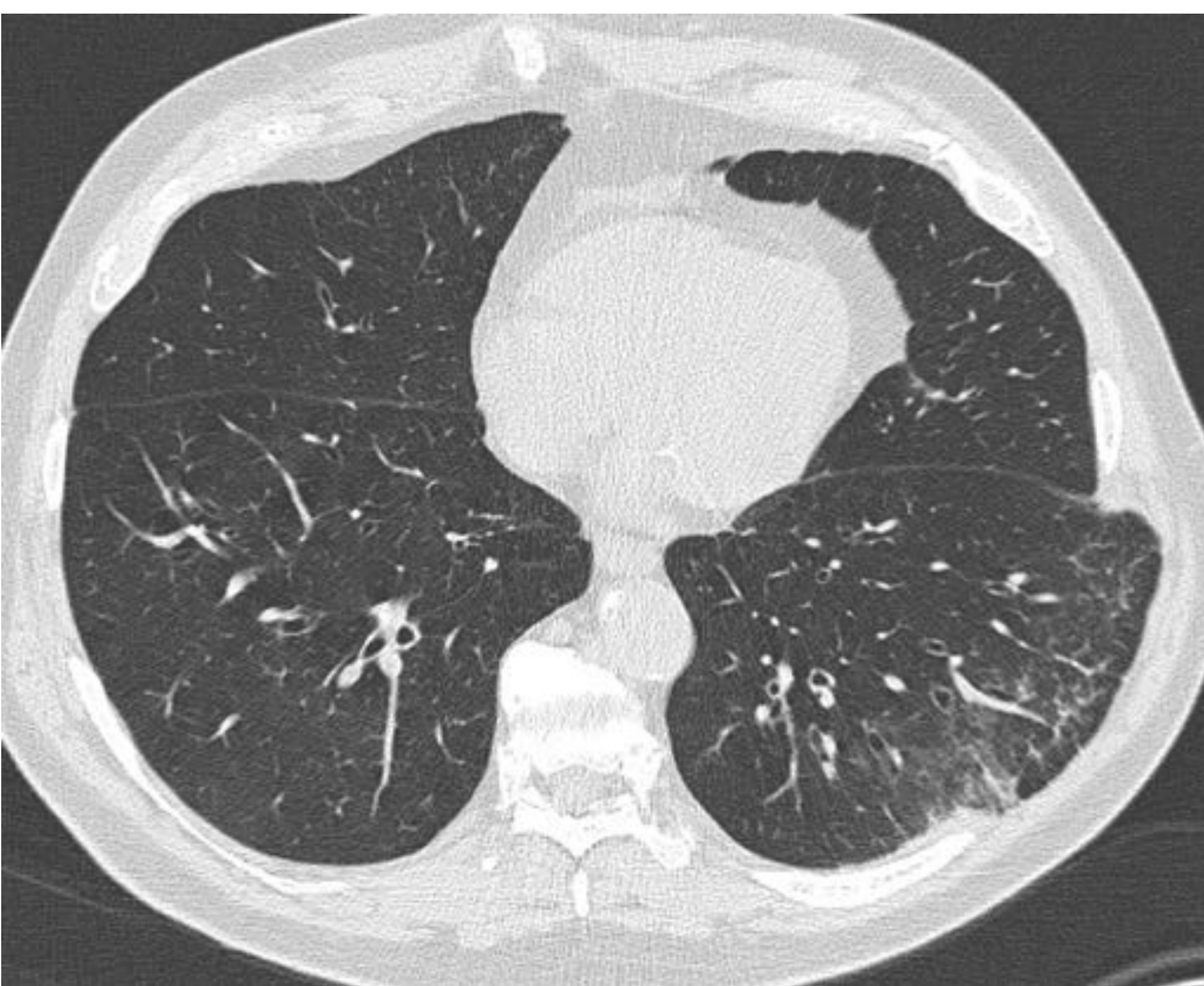
Las hernias pulmonares son una entidad poco frecuente y benigna. Es importante conocer su existencia, su manejo y complicaciones. Cuando son asintomáticas, la mayoría, solo requieren observación. La TC es la mejor técnica diagnóstica y es muy útil para la valoración prequirúrgica.



Caso 1:

Paciente varón de 58 años, diagnosticado de NIU mediante biopsia quirúrgica en 2009.

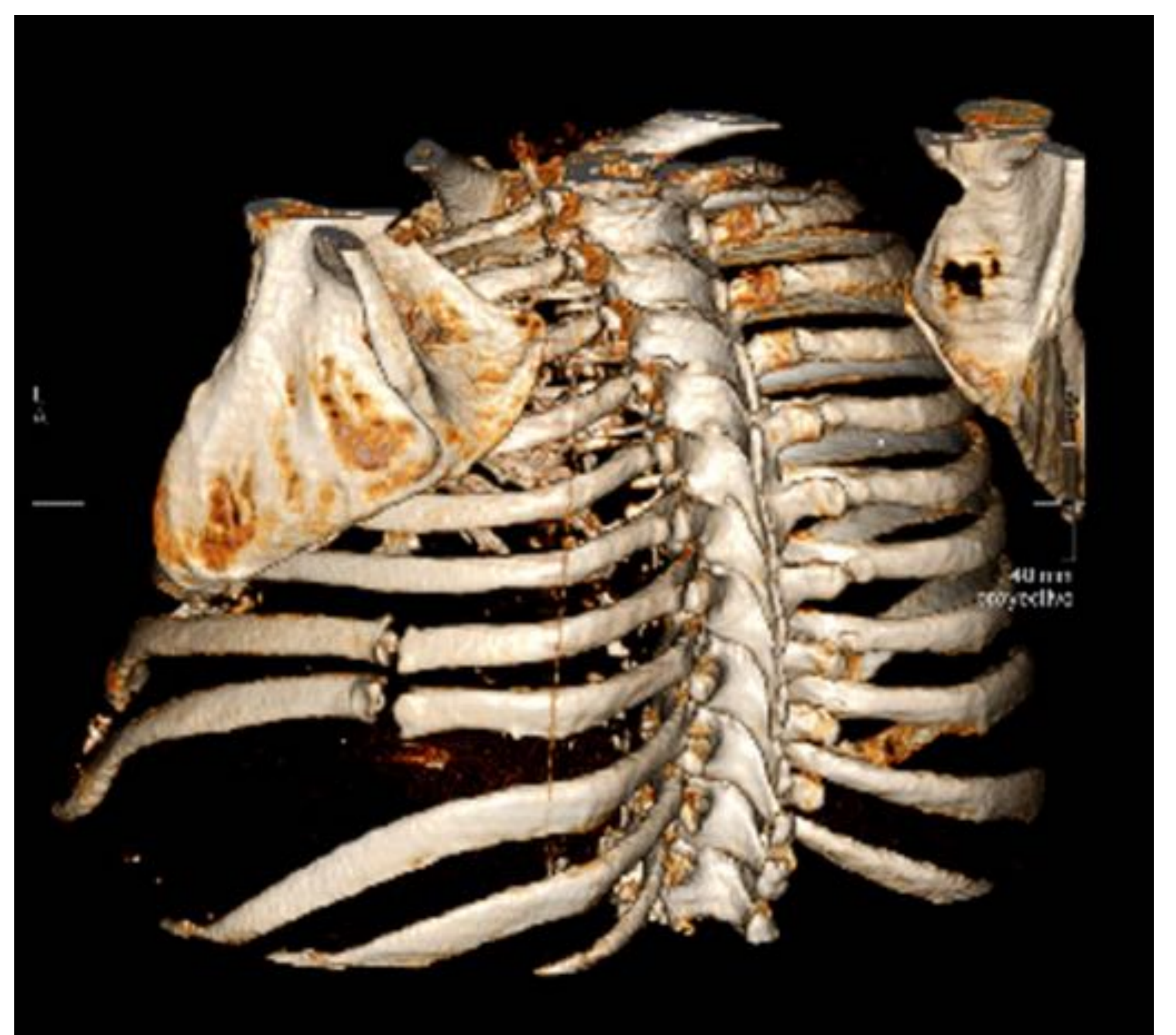
TC: Afectación subpleural bilateral con panalización reticulación bronquiectasias por tracción. Material de sutura quirúrgica en llingula por biopsia pulmonar abierta.

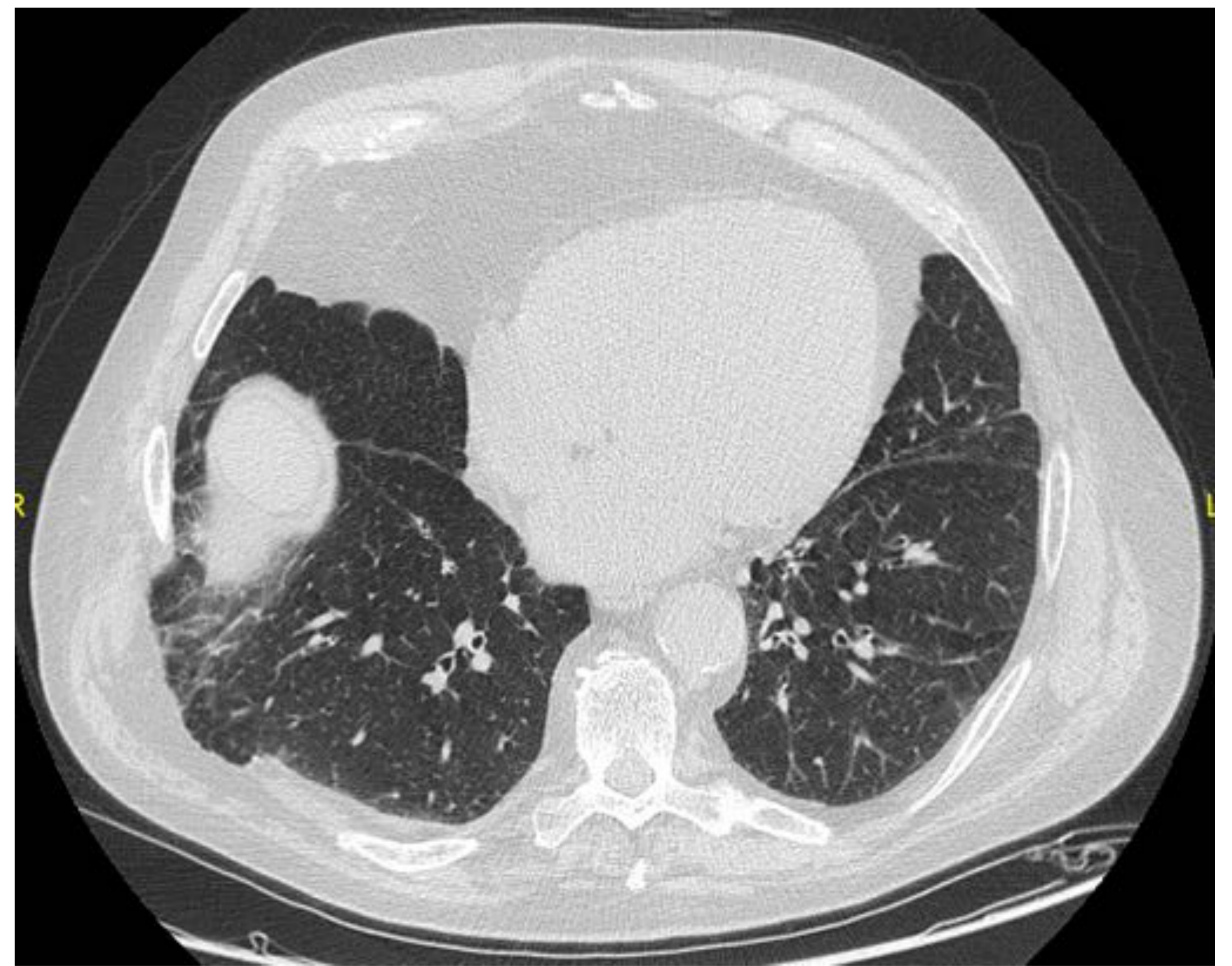
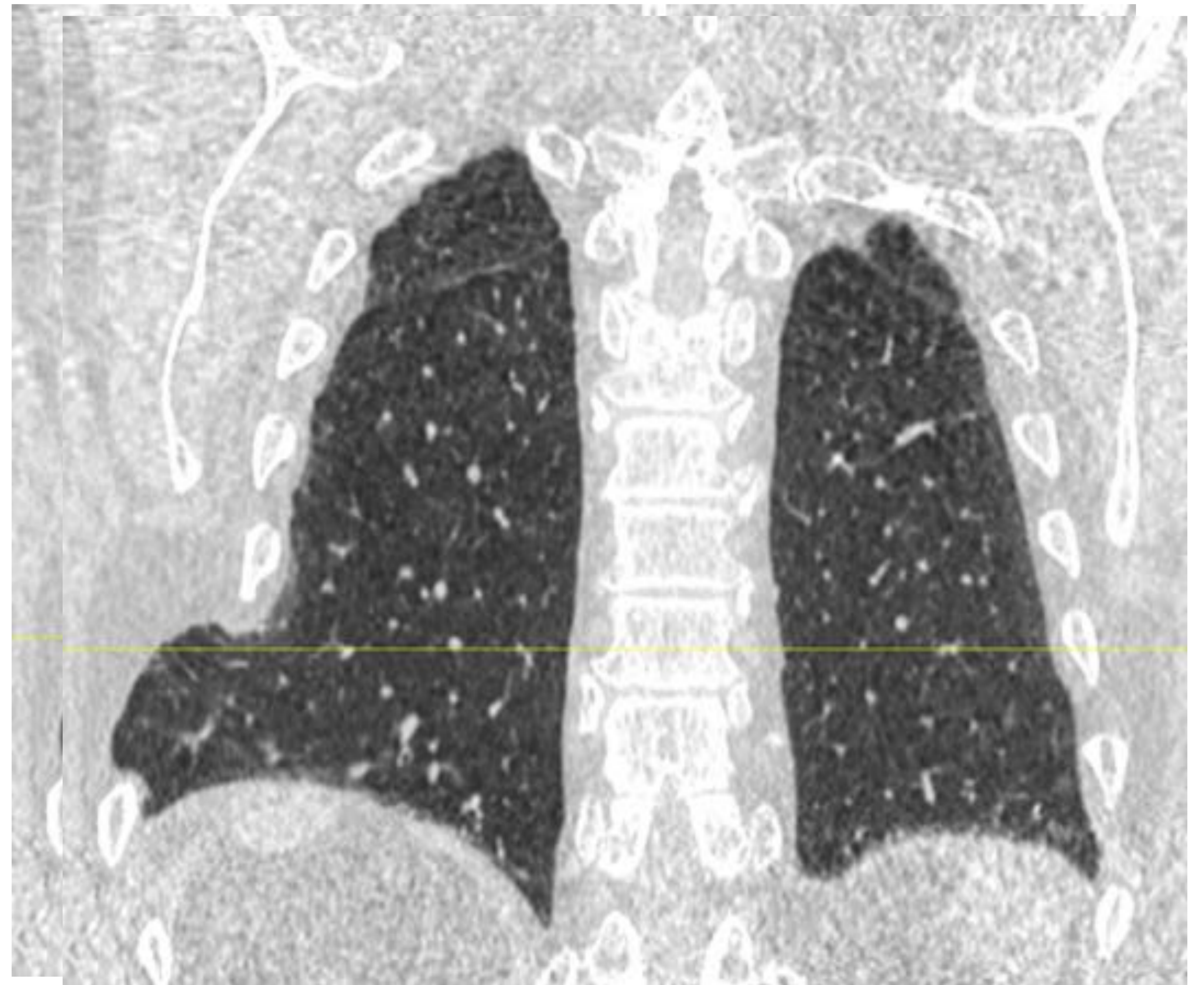


Caso 2.

Varón de 66 años que acude a urgencias por dolor torácico en hemitórax izquierdo de 2 días de evolución, de características pleuríticas que aumenta con la tos e inspiración profunda. No traumatismos reciente. Tumoración en parte posterior del hemitórax izquierdo entre las costillas, dolorosa a la palpación.

TC: herniación del parénquima pulmonar entre el 8º y 9º arcos costales a través de defecto en pared torácica izquierda. Fracturas antiguas con pseudoartrosis del séptimo y octavo arcos costales posteriores izquierdos.



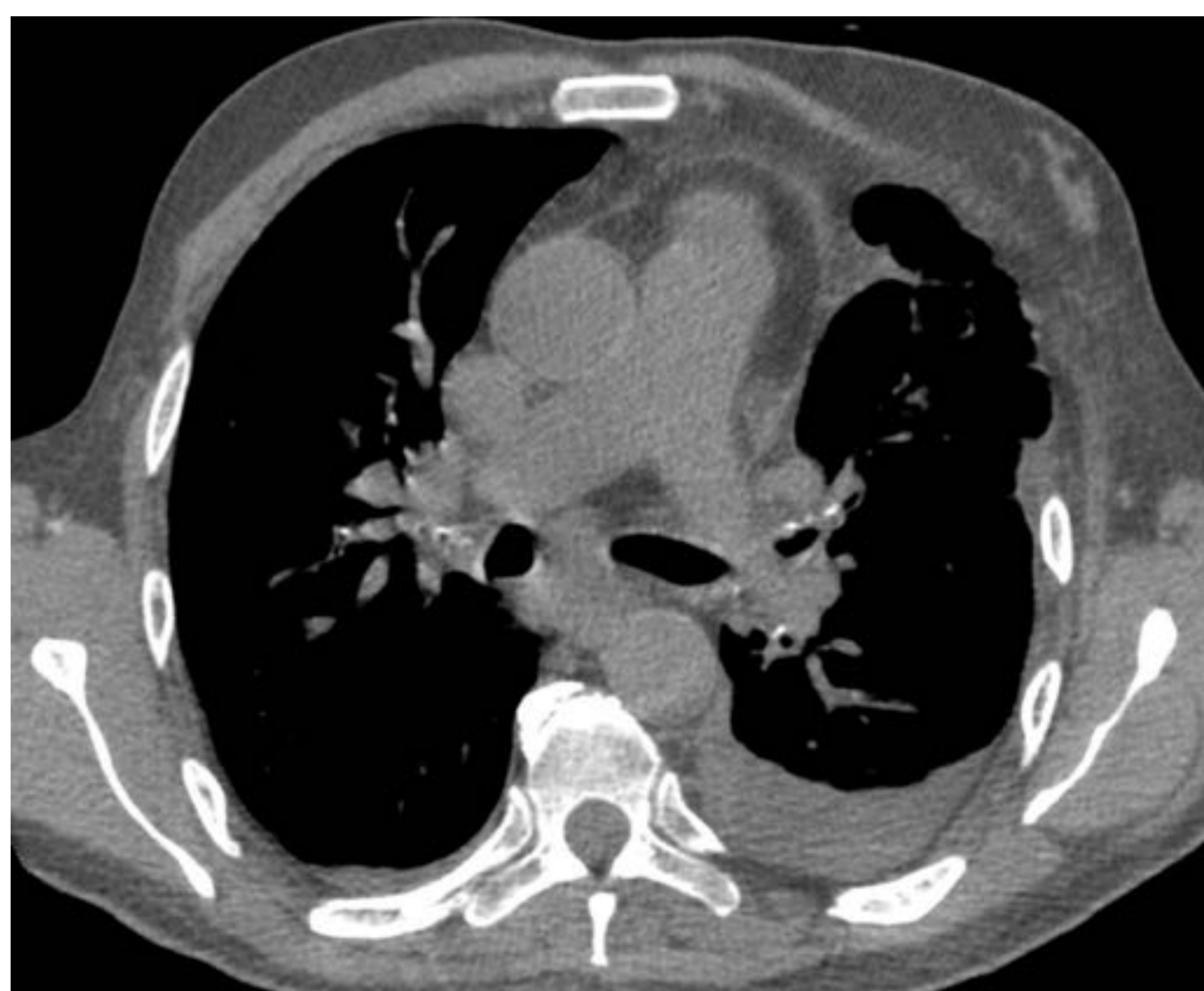
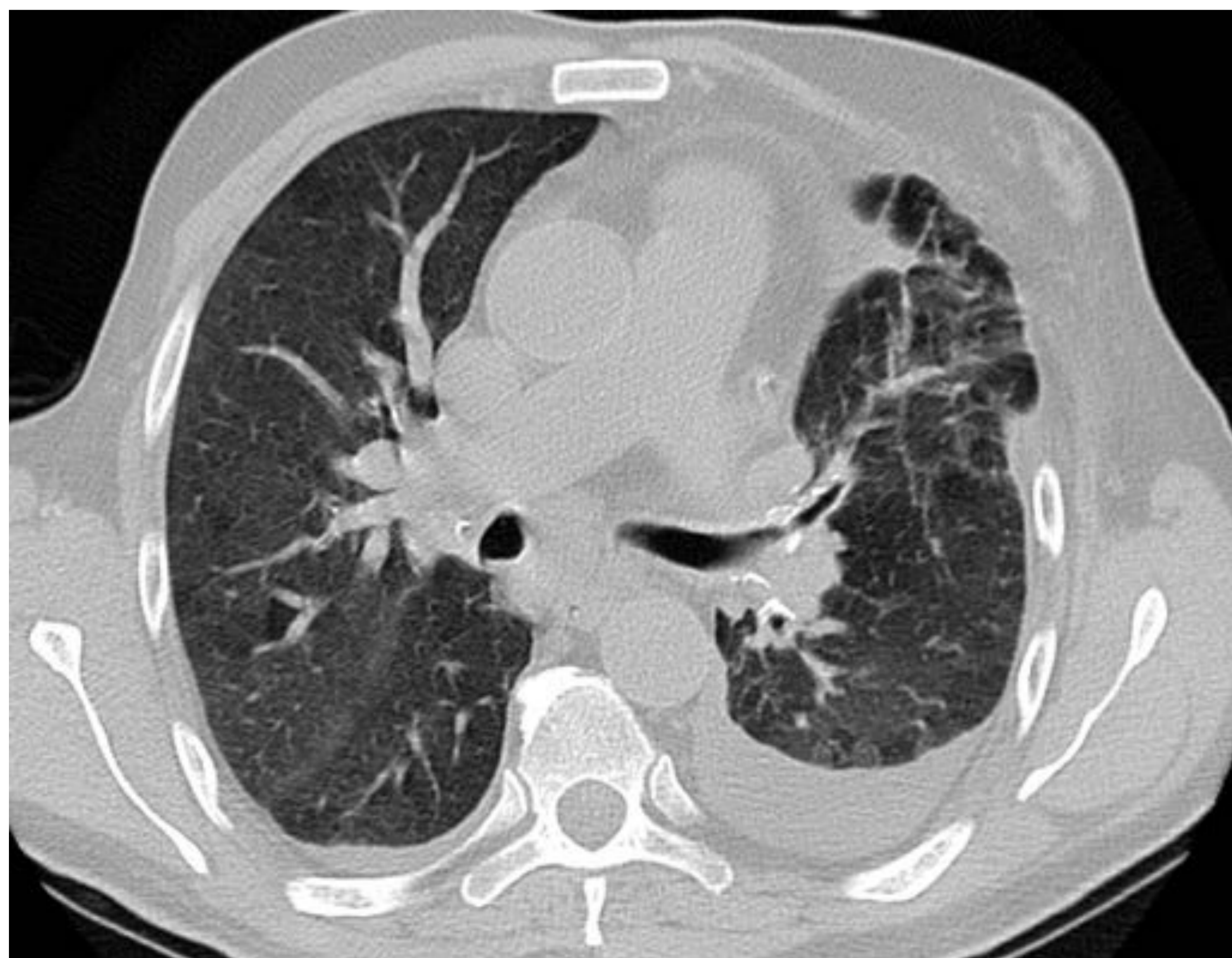


Caso 3.

Varón de 77 años, con antecedente de EPOC, que acude por aumento de tos con expectoración hemoptoica, sin dolor torácico.

RX: Fracturas costales derechas con hernia pulmonar. Cambios de EPOC. Pequeña condensación en llingula.

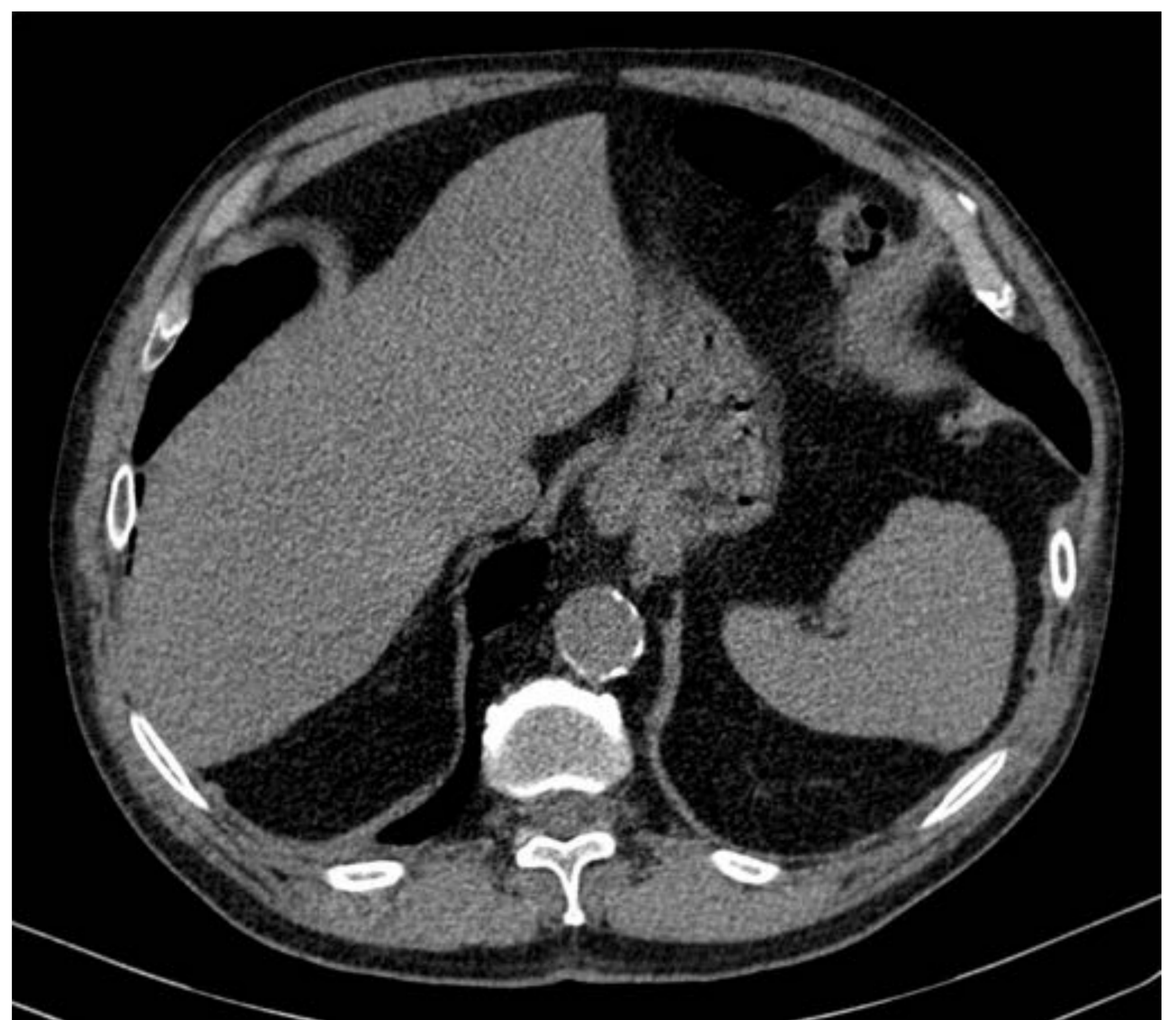
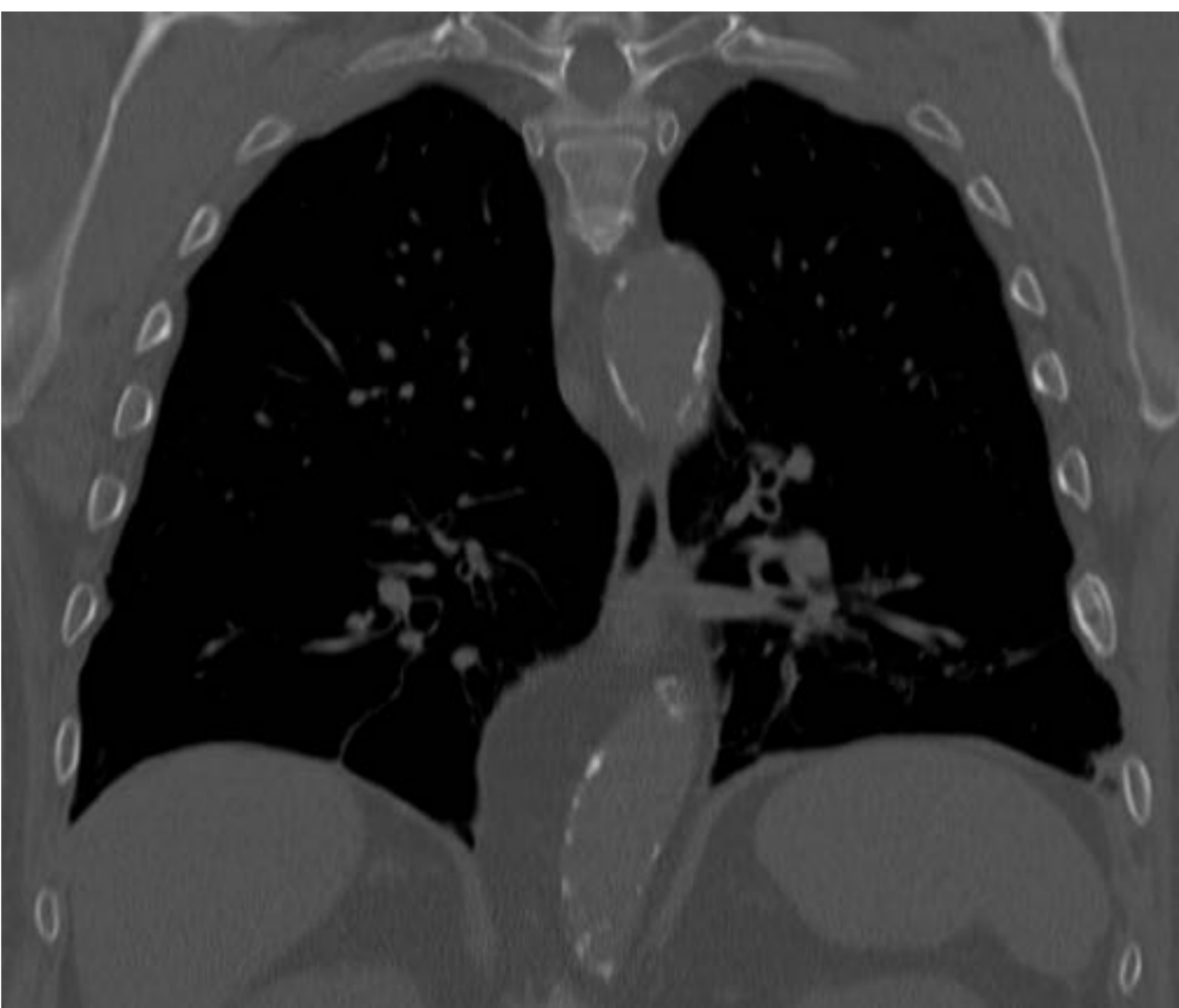
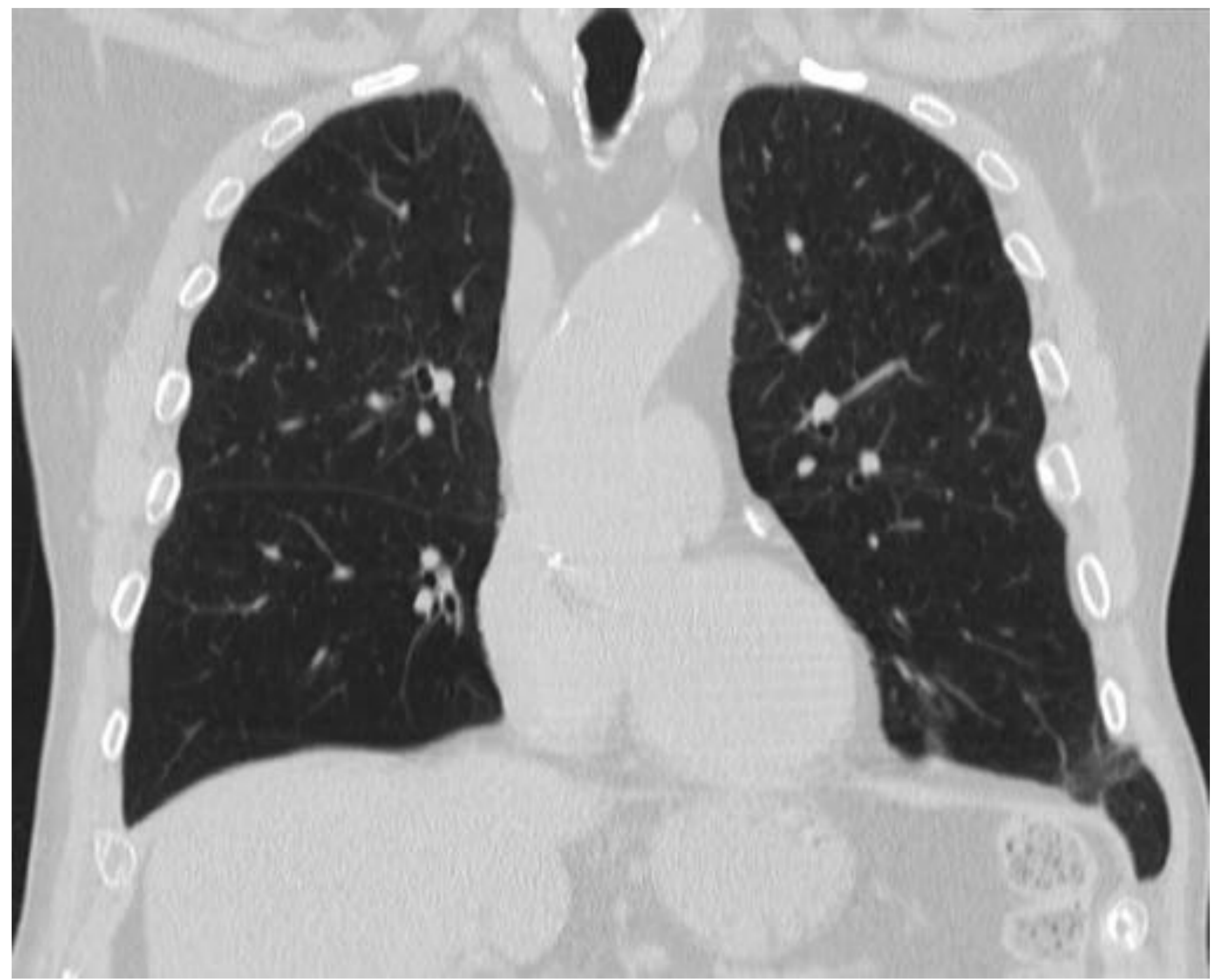
TC: Hernia pulmonar postraumática en lóbulo inferior derecho. Pseudoartrosis por fractura de varios arcos costales posteriores derechos.



Caso 4.

Varón de 74 años con antecedente de cirugía cardiaca, se le realiza TC para estudio preoperatorio de cirugía de recambio valvular mitral.

TC: hernia pulmonar anterior izquierda entre el 4º y 5º arcos costales.

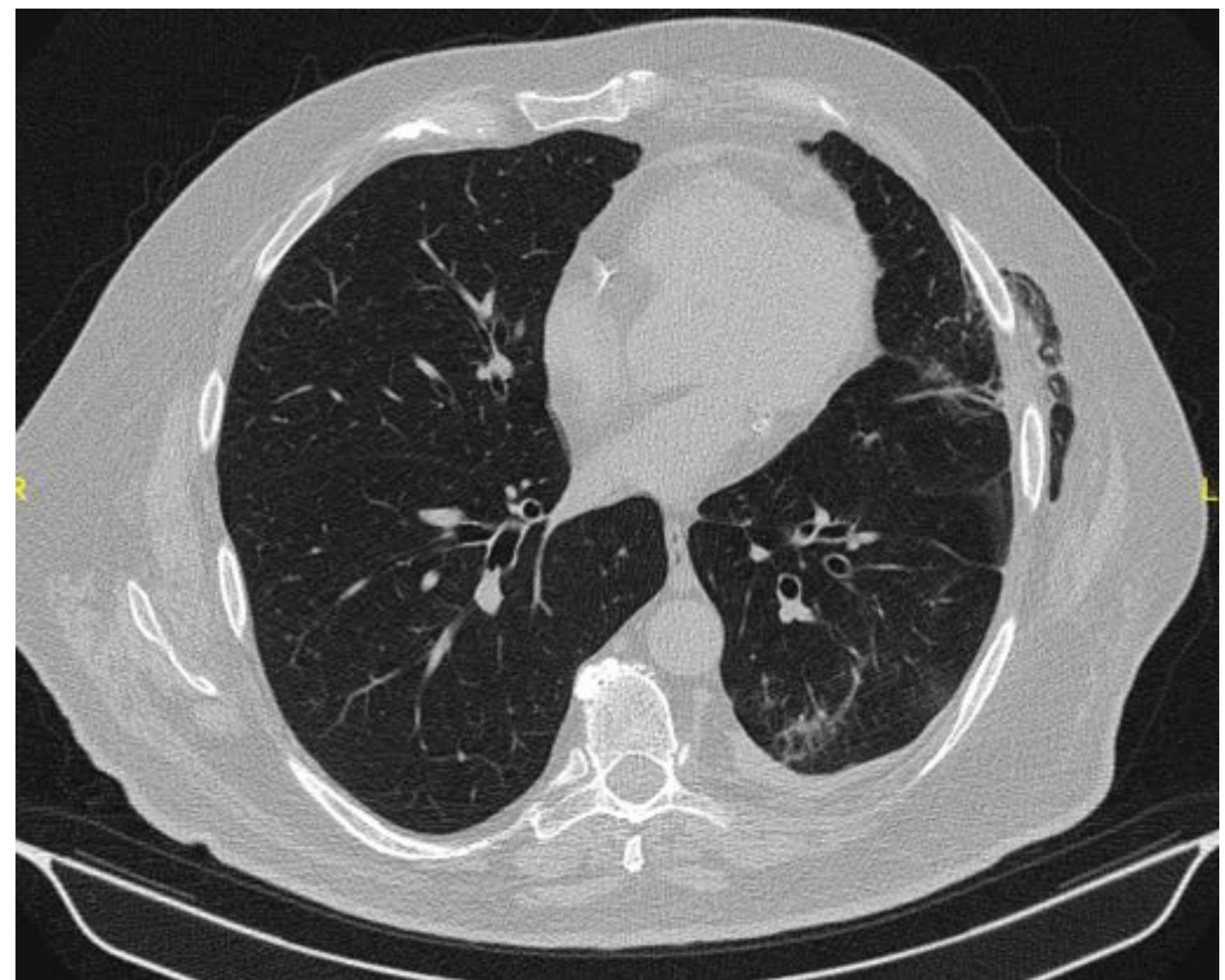
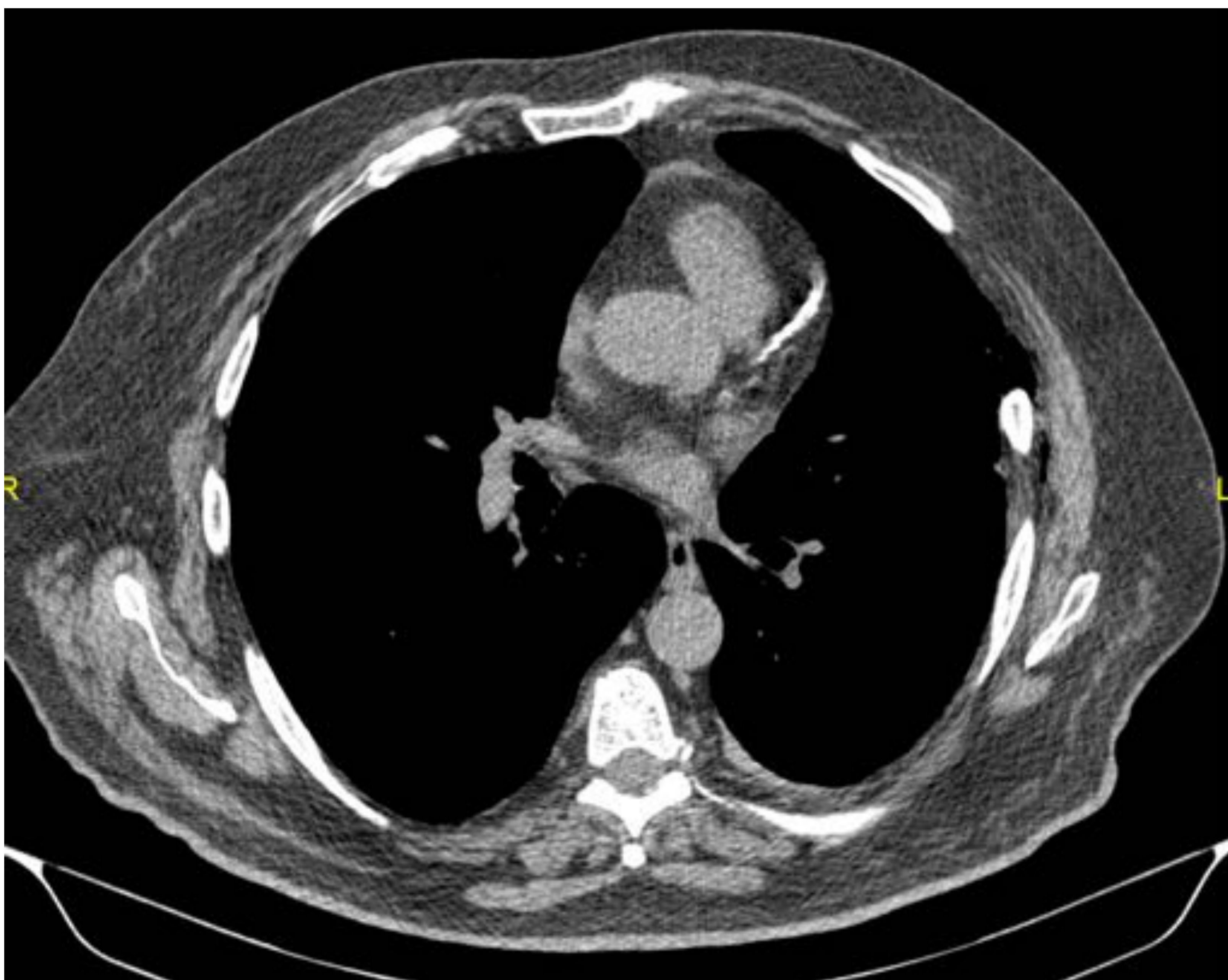
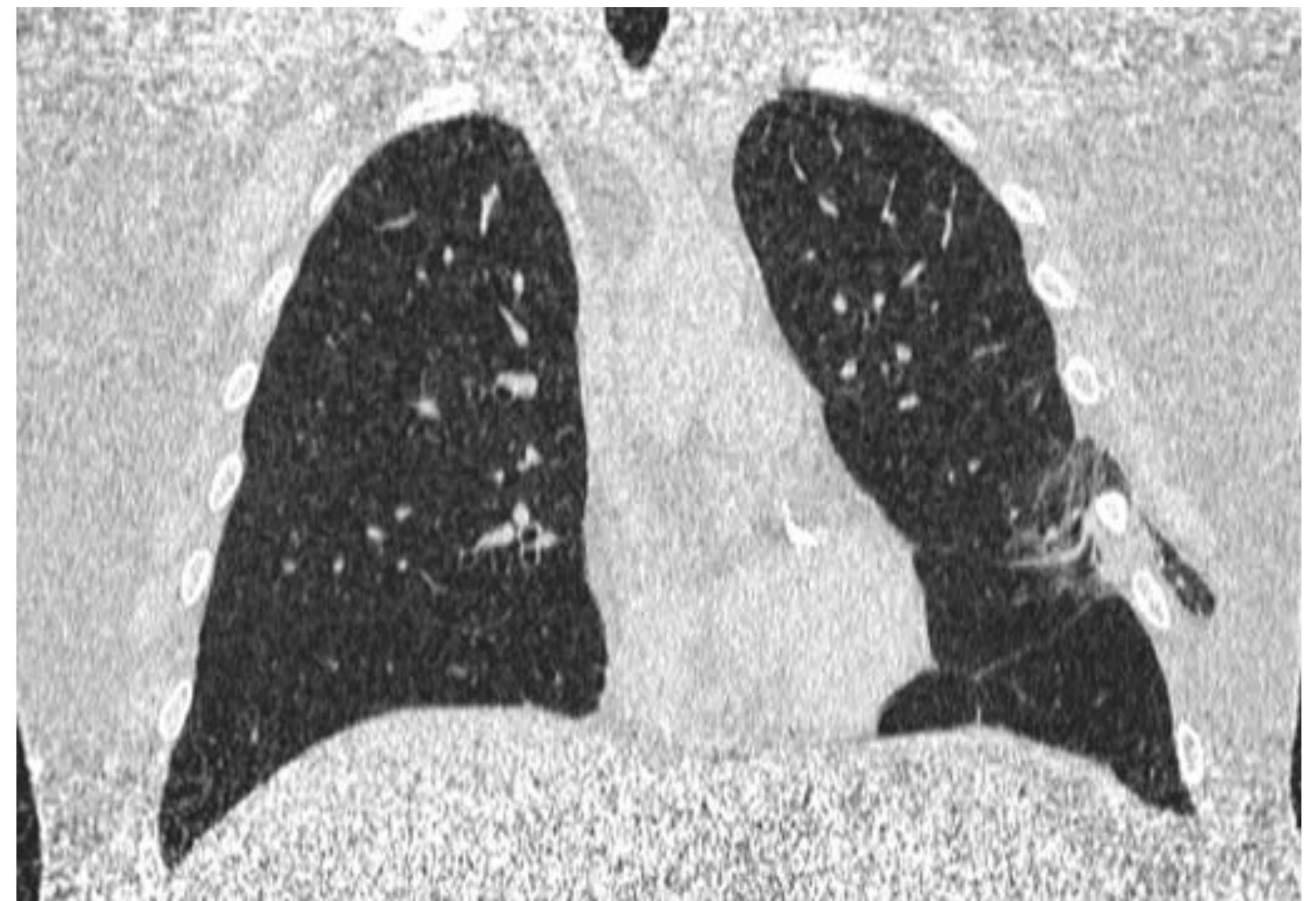
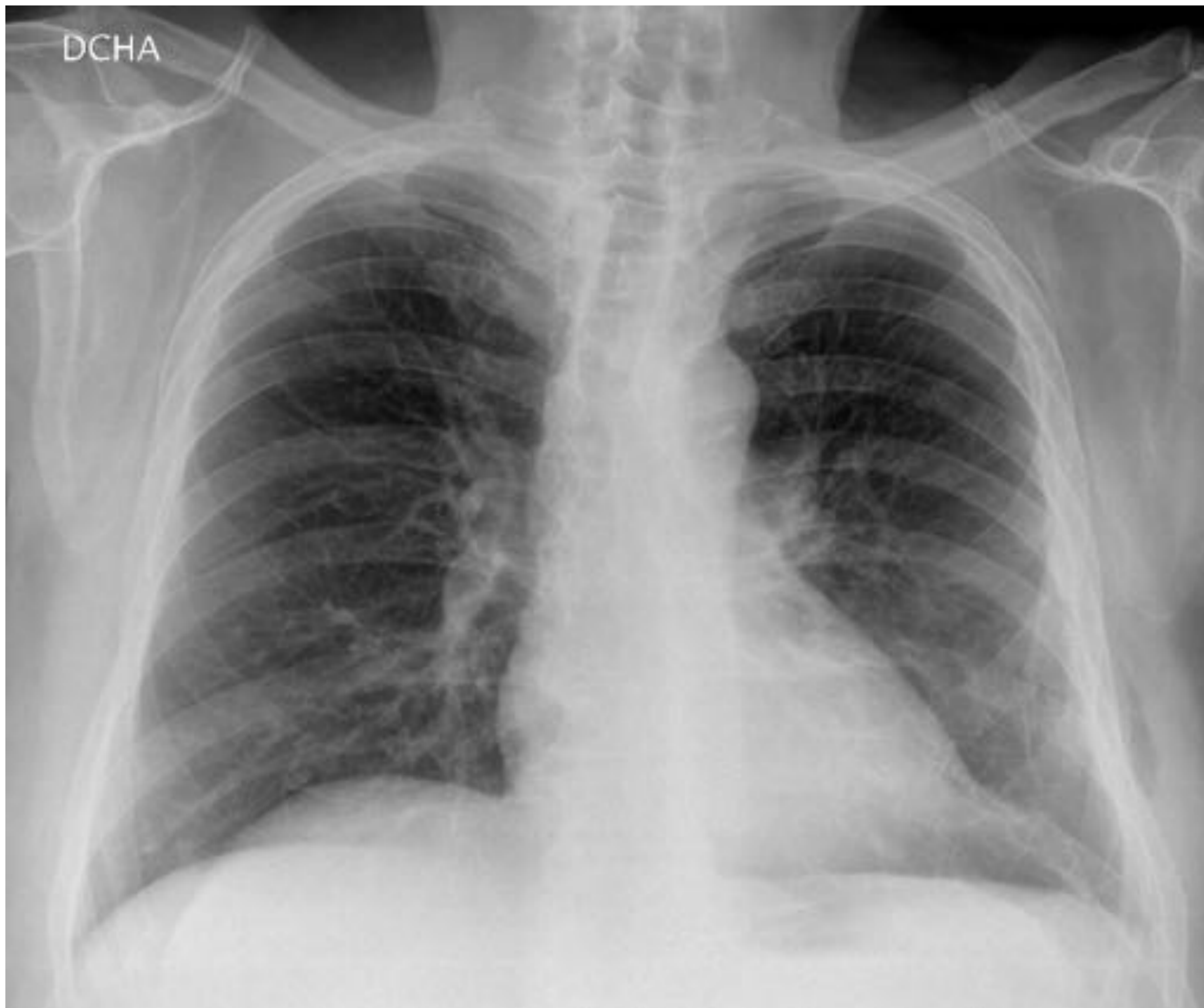


Caso 5.

Varón de 72 años con antecedentes de EPOC. Ingresado por agudización respiratoria.

RX: Área de lucencia en región latero-basal izquierda de 16 x 55 mm, externa a la pared torácica, en relación con hernia pulmonar de probable carácter postraumático dada la presencia de callos de fractura en 8º y 9º arcos costales izquierdos.

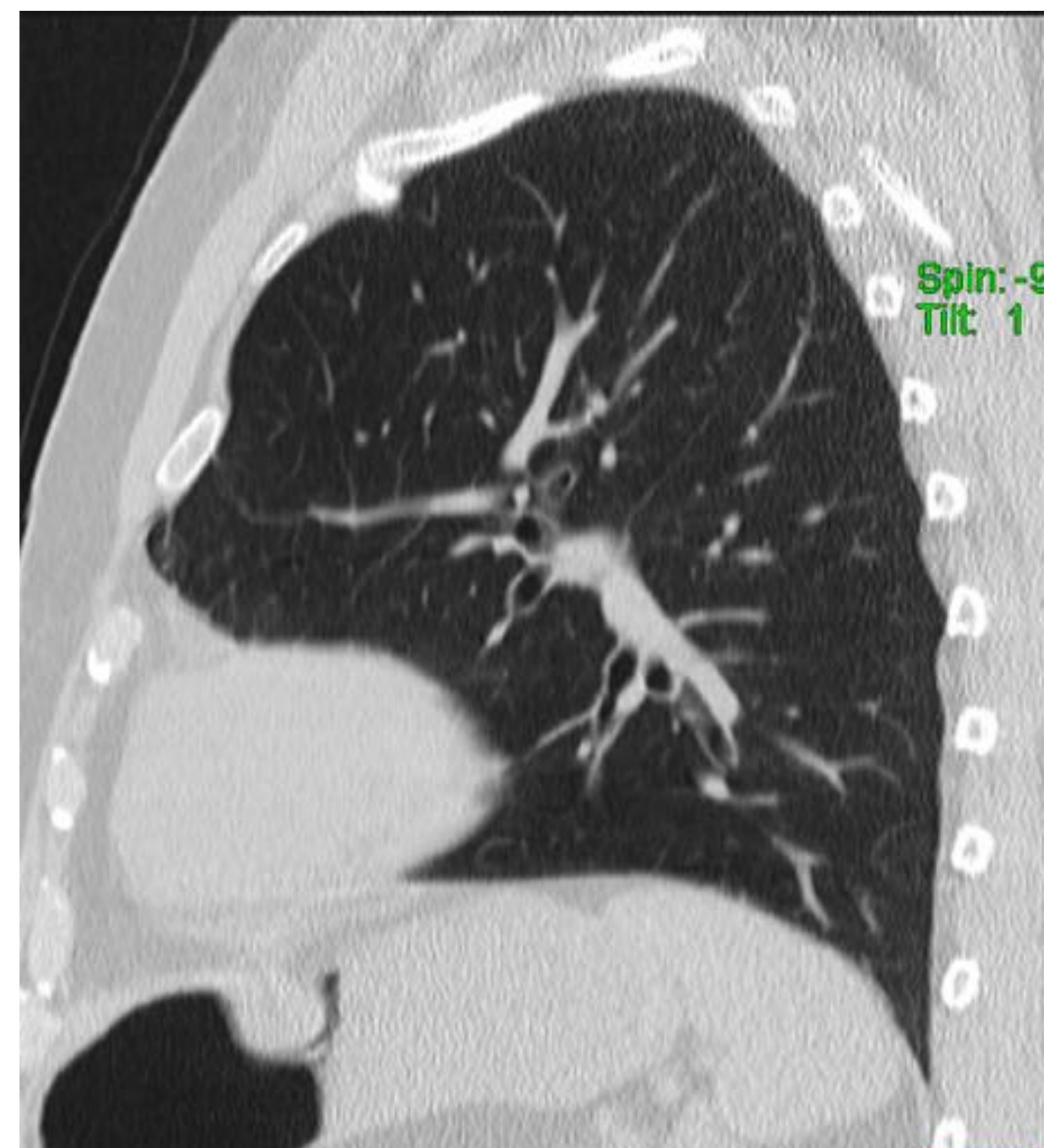
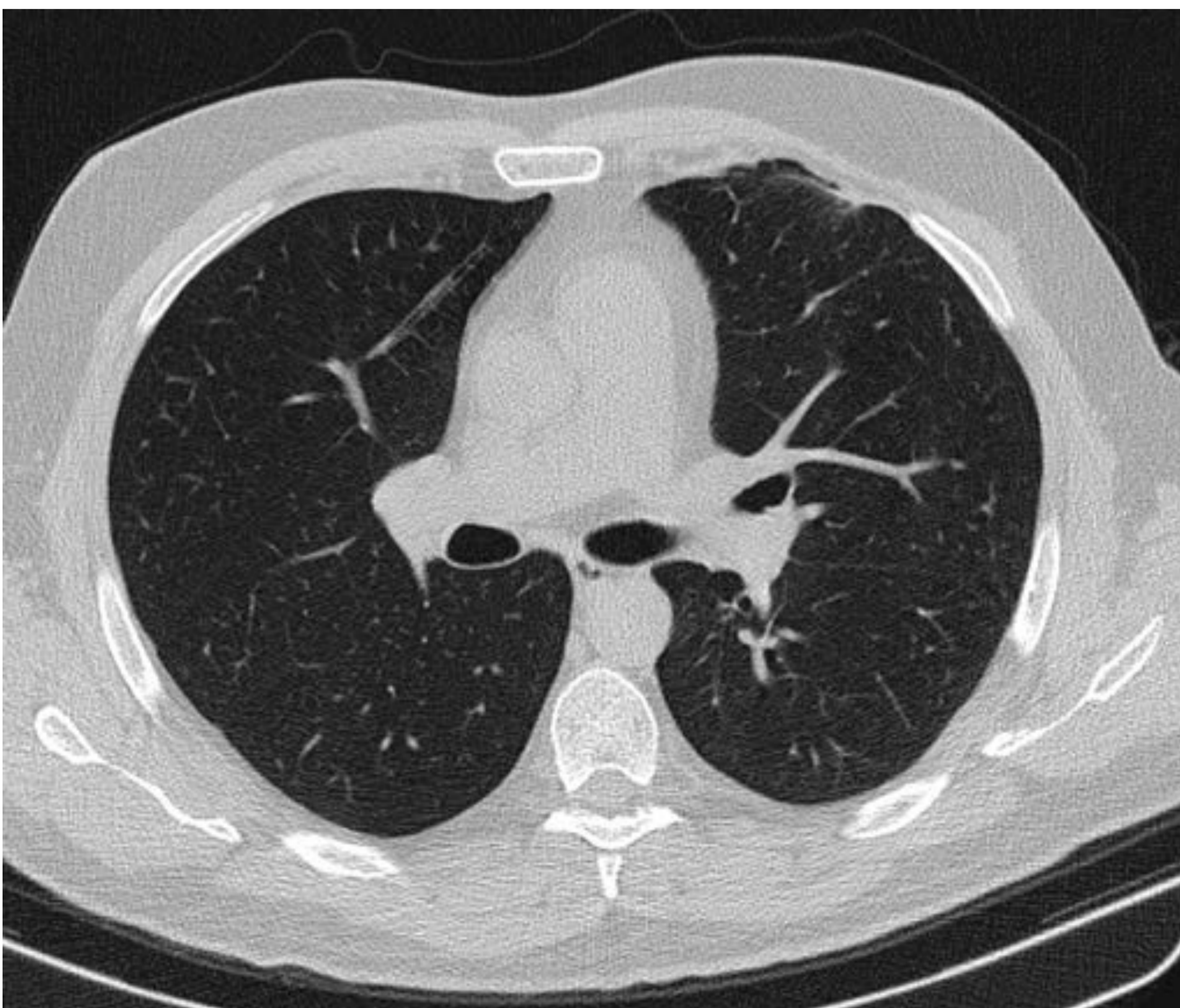
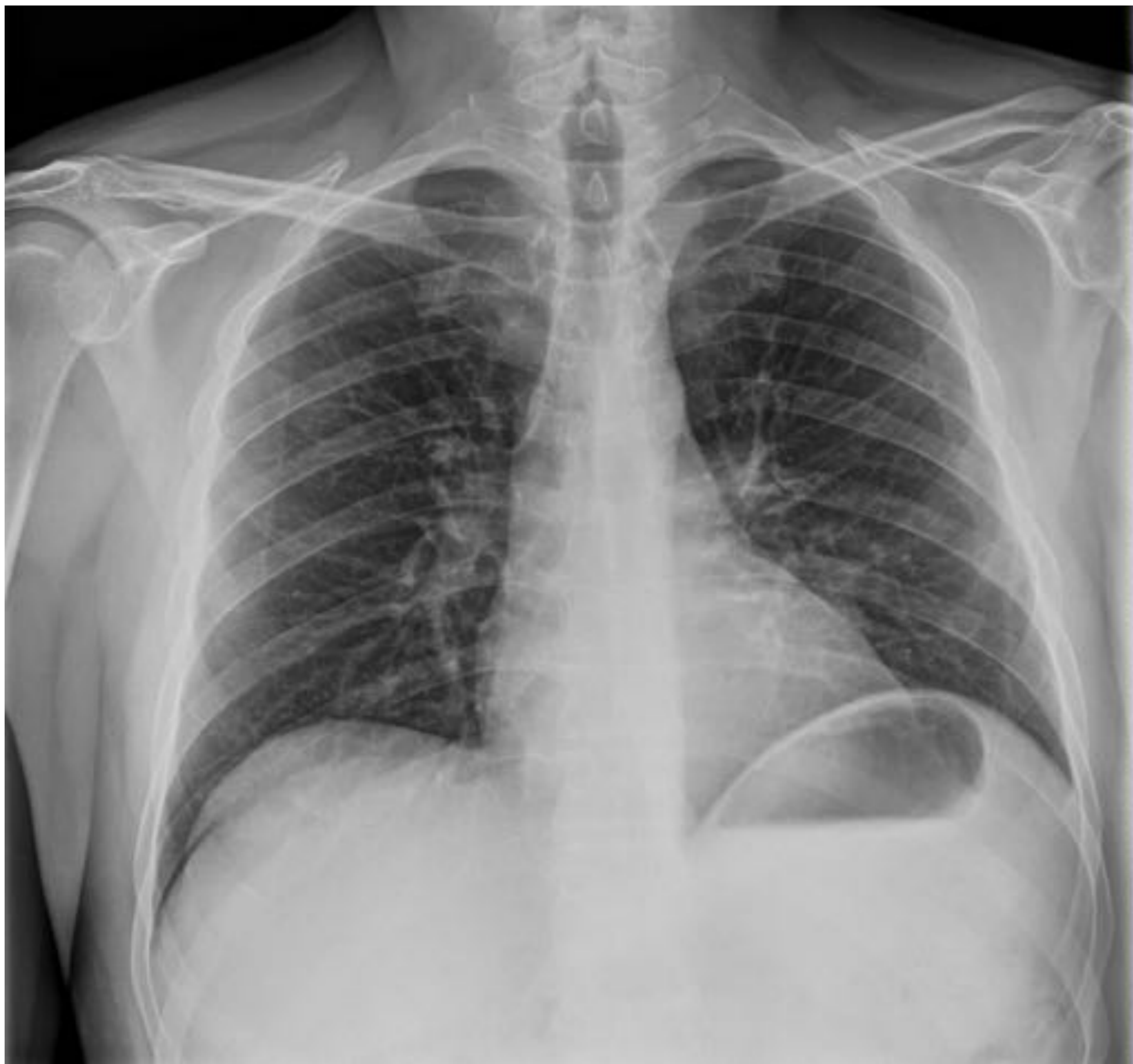
TC: hernia pulmonar en base pulmonar izquierda. Callo de fractura en 8º arco costal izquierdo.



Caso 6.

Hombre de 62 años con nódulos pulmonares. Intervenido de nódulo LII hace años, control con TC.

TC: Hernia pulmonar intercostal inferior izquierda, que en la RX se visualiza como área de lucencia lateral izquierda.

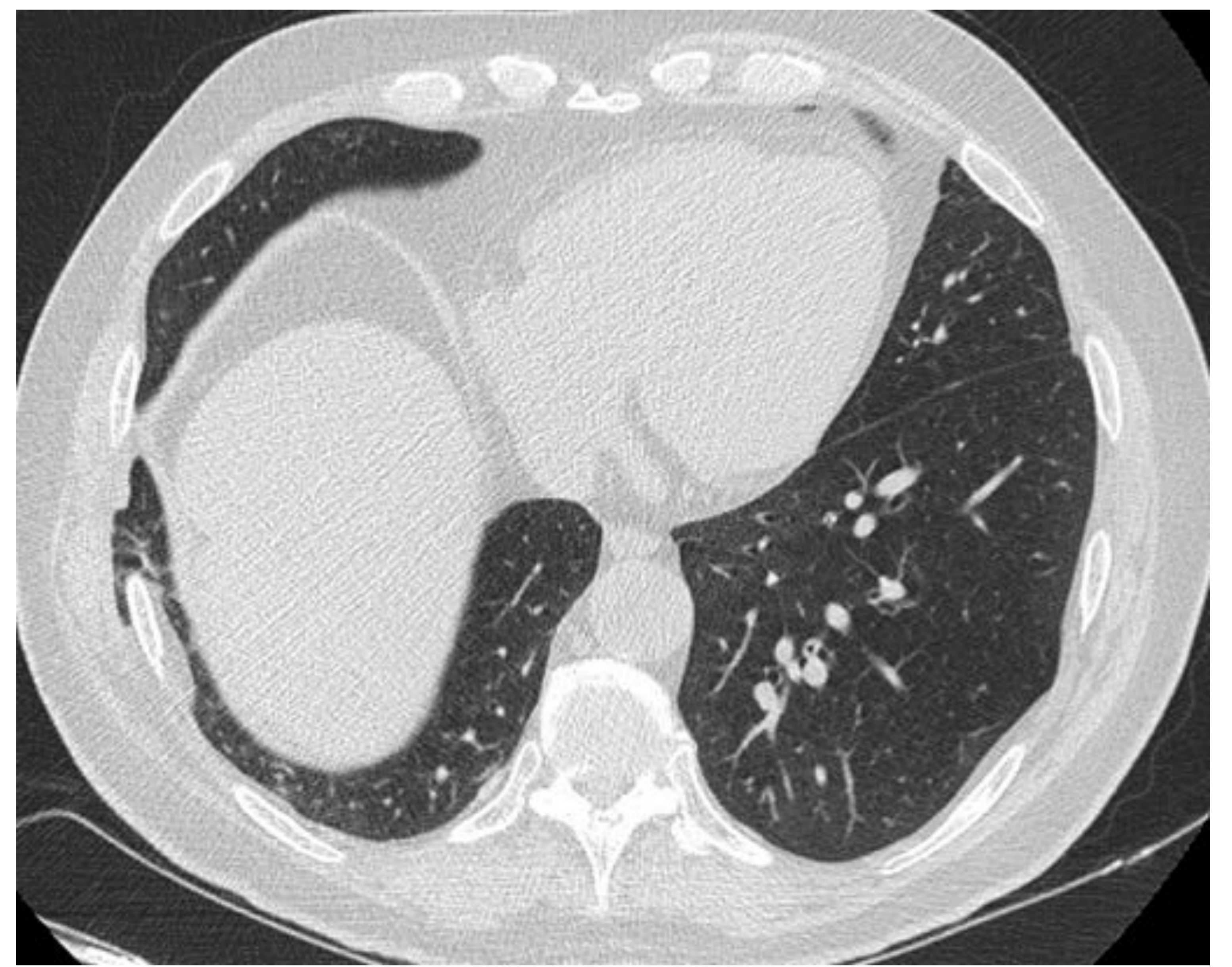
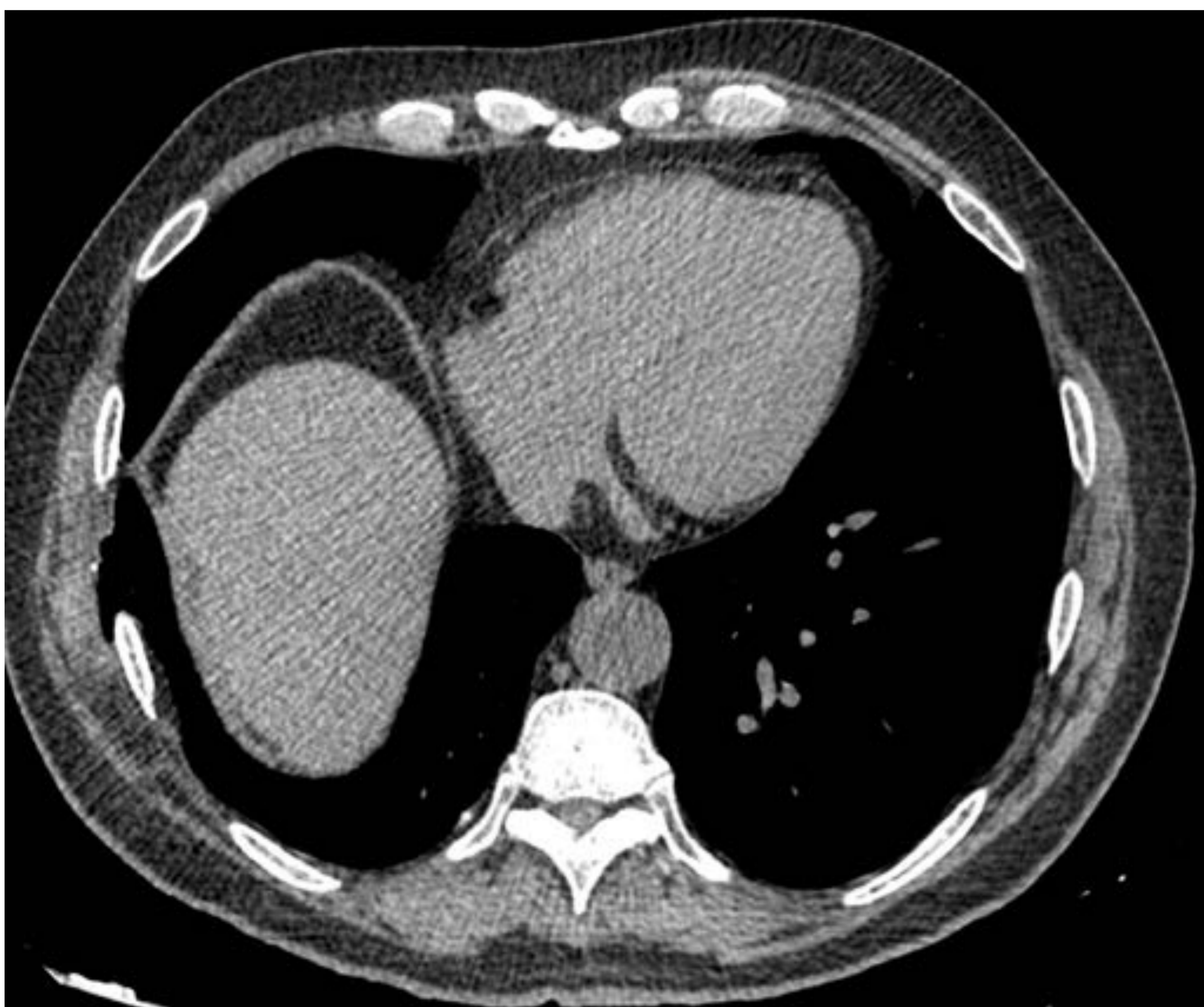
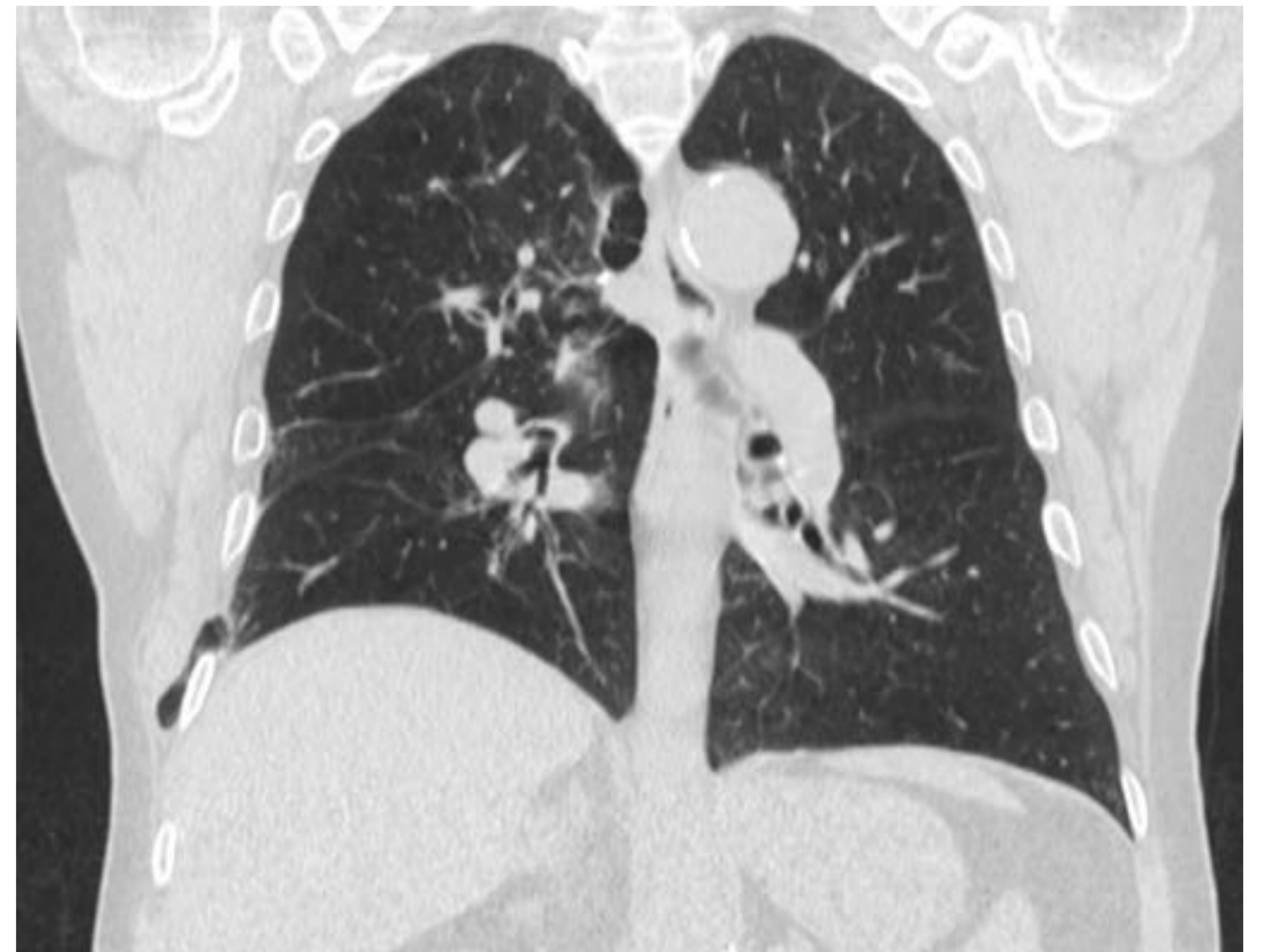


Caso 7.

Varón de 44 años con antecedente de toracotomía por cirugía cardíaca.

TC: Hernia pulmonar en pared torácica anterior adyacente a glándula mamaria en relación con cirugía torácica previa.

RX : atelectasia segmentaria en llingula.



Caso 8.

Varón de 68 años con antecedente de cáncer de pulmón y resección transegmentaria del LSD.

TC: Hernia pulmonar en pared torácica lateral derecha a través de la cual se hernia pequeña porción del LID. Cambios postquirúrgicos en LSD.

BIBLIOGRAFÍA:

- Bhalla M, Leitman BS, Forcade C et-al. Lung hernia: radiographic features. AJR Am J Roentgenol. 1990;154 (1): 51-3.
- H. Page McAdams, Daniel S. Gordon, Charles S. White. Apical Lung Hernia: Radiologic Findings in Six Cases. AJR 1996; (167):927-930.
- I. Martínez Serna*, M.A. Mariscal de Alba, F. Hermoso Alarza, R.J. Ávila Martínez, M.C. Marrón Fernández y J.C. Meneses Pardo. Hernia pulmonar intercostal espontánea secundaria a cuadro de tos. Revista de Patología Respiratoria. 2012;15(3):89-91.
- Ser Hon Puah*, Carmen Tan Pei Sze, John Abisheganaden. Lung herniation after positive pressure ventilation. Respiratory Medicine Case Reports. 2017, (20): 61-63.

- D. Tack¹, A.Wattiez, J.-C. Schtickzelle, C. Delcour. Spontaneous lung herniation after a single cough. Eur. Radiol. 2000, (10): 500±502.
- Umesh Bangalore Lakshminarayana, Michael Cowen, Jack A Kastelik, Jaymin B Morjaria. Intermittent swelling in the chest; a case of spontaneous intermittent lung herniation. BMJ Case Rep 2013.
- Loïc Lang-Lazdunski, MD, PhD, Pierre-Mathieu Bonnet, MD, François Pons. Traumatic Extrathoracic Lung Herniation. Ann Thorac Surg 2002;(74):927–9.
- Efsthios E. Detorakis*, Emmanuel Androulidakis. The role of imaging. Radiology Case. 2014 Apr; 8(4):16-24.