

Hernias pulmonares, una entidad poco frecuente

Tipo: Presentación Electrónica Educativa

Autores: **Sandra Delgado Sáiz**, María Udondo González Del Tánago, Miguel Arturo Schüller Arteaga, Clara Morandeira Arrizabalaga, Silvia Cisneros Carpio, Domingo Grande Icarán

Objetivos Docentes

1. Describir los diferentes subtipos de hernias pulmonares, estableciendo una clasificación etiológica y anatómica.
2. Valorar los factores predisponentes.
3. Describir las principales complicaciones y su tratamiento.

Imágenes en esta sección:

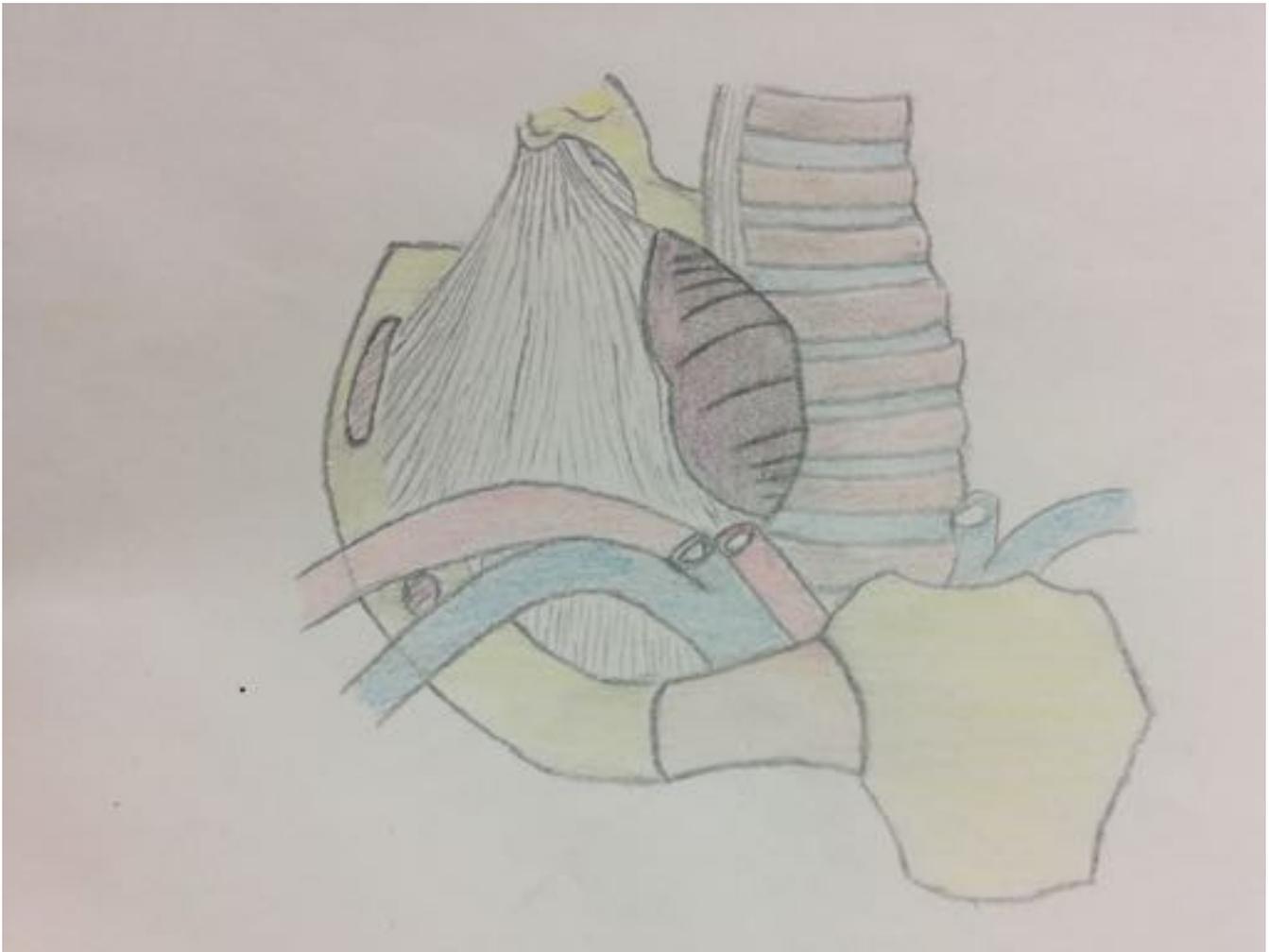


Fig. 4: Dibujo representativo de hernia pulmonar cervical.

Revisión del tema

Introducción:

Las hernias pulmonares se definen como la protrusión del parénquima pulmonar fuera de la cavidad torácica y son una entidad poco frecuente.

Fueron descritas por primera vez por Roland en 1499. Posteriormente Morel-Lavalée estableció una clasificación de las mismas de acuerdo a su etiología y localización.

En cuanto a su etiología, pueden ser:

- Adquiridas: Más del 80% de las hernias pulmonares son adquiridas. A su vez se pueden clasificar en:
 - Traumáticas
 - Espontáneas
 - Patológicas

- De origen congénito.

Atendiendo a su localización, las hernias pulmonares pueden ser cervicales, diafragmáticas o intercostales, siendo estas últimas las más frecuentes.

Clasificación etiológica:

1. Hernias pulmonares congénitas:

Son poco frecuentes. Se asocian a malformaciones como hipoplasia costal, alteraciones de la fascia y agenesia de los músculos intercostales. Habitualmente se manifiestan en edad pediátrica pero pueden pasar desapercibidas hasta la edad adulta.

2. Hernias pulmonares adquiridas:

Ocurren por alteraciones en los músculos intercostales e incremento de la presión intratorácica. Algunas enfermedades pulmonares como la EPOC y otras de origen inflamatorio y neoplásico pueden predisponer a su aparición. Algunos fármacos como los corticoides también se han descrito como un factor predisponente.

Como hemos visto, las hernias pulmonares adquiridas las podemos clasificar en cuatro subtipos:

2. Traumáticas:

Las más frecuentes. Secundarias a traumatismo cerrado o penetrante. La localización más frecuente de este tipo de hernias es intercostal. Habitualmente son secundarias a una toracoscopia o toracotomía. Pueden aparecer inmediatamente tras el traumatismo o de forma diferida.

2. Espontáneas:

Ocurren por un incremento de la presión intratorácica que pueden dar lugar incluso a fracturas costales. Algunos ejemplos son: accesos de tos intensa, estornudos, pacientes que tocan instrumentos de viento, sopladores de vidrio, etc.

2. Patológicas:

Son las menos comunes. Ocurren como secuelas de patologías de pared torácica o respiratorias como abscesos, empiema necessitatis, neoplasias malignas, osteitis tuberculosa.

Clasificación según su localización:

1. Hernias intercostales:

Es la locación más frecuente, suponiendo aproximadamente el 60% del total. Pueden ser espontáneas por aumento de la presión intratorácica, o más frecuentemente de origen traumático.

La localización más frecuente es en zonas de debilidad de la pared torácica. Estas son: la región paraesternal y en la unión costovertebral.(Fig.1) (Fig.2)

En ocasiones podemos encontrar hernias intercostales invertidas. Esta es una entidad muy poco frecuente que consiste en la protrusión de partes blandas de la pared torácica al interior de la cavidad pleural a través de un espacio intercostal debido a la presión negativa que hay en la cavidad pleural. Esta entidad ha sido descrita secundaria a intervenciones quirúrgicas, toracotomías y traumatismos. (Fig.3)

2. Hernias cervicales:

Suponen aproximadamente el 35% del total.

Es la protrusión del parénquima pulmonar entre los músculo escaleno anterior y esternocleidomastoideo. Son más frecuentes en pacientes con enfisema pulmonar y debilidad de la fascia cervical. (Fig.4)

3. Hernias diafragmáticas:

Extremadamente raras. Únicamente se han descrito este tipo de hernias en edad pediátrica, siendo de origen congénico.

Presentación clínica:

Habitualmente las hernias pulmonares son asintomáticas. Pueden presentarse como una masa blanda, no dolorosa, que cambia de tamaño con la respiración, aumenta con las maniobras de Valsalva y presenta crepitación a la palpación. También pueden condicionar disnea y dolor torácico.

En algunos casos pueden presentar complicaciones como la incarceration objetivándose entonces dolor y hemoptisis.

Diagnóstico:

La prueba diagnóstica de elección es la TC de tórax, la cual sirve para determinar la localización y tamaño de la hernia, así como otras posibles alteraciones asociadas como fracturas costales, lesiones pleurales, pulmonares o mediastínicas.

Diagnóstico diferencial:

El diagnóstico diferencial ha de hacerse con:

- Enfisema subcutáneo
- Abscesos
- Tumores

Tratamiento:

El tratamiento de las hernias pulmonares es controvertido.

Si la hernia es asintomática el tratamiento normalmente es conservador, mediante reposo y vendaje compresivo.

Si el paciente presenta insuficiencia respiratoria grave, dolor intratable o la hernia es muy grande o complicada, el tratamiento es quirúrgico.

Pronóstico:

Las hernias pulmonares son una entidad habitualmente benigna. Es importante conocerla para evitar procedimientos invasivos y cirugías innecesarias.

Imágenes en esta sección:

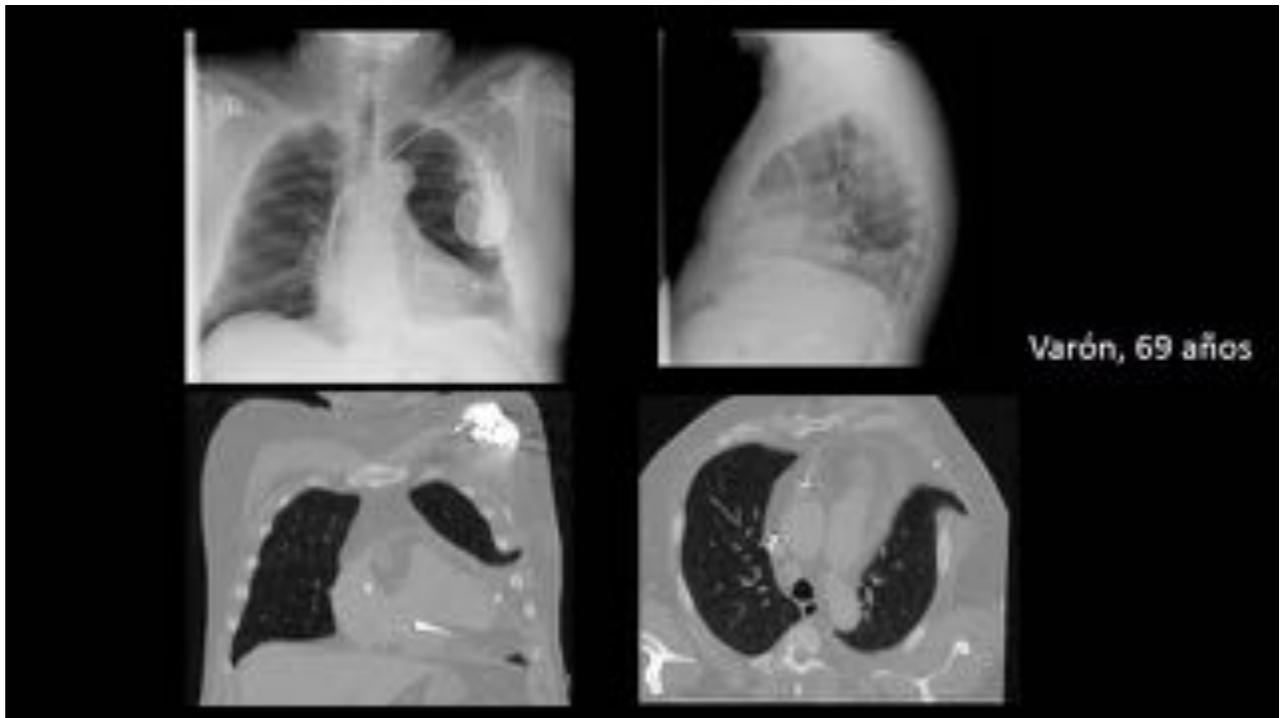


Fig. 1: Rx simple de Torax en proyecciones posteroanterior y lateral. TC de tórax en planos coronal y axial. Paciente de 69 años con marcapasos epicárdico (flecha blanca) con entrada a nivel del 5º espacio intercostal anterior. Inmediatamente posterior a dicha entrada se visualiza una hernia pulmonar intercostal de 4 cm (flecha naranja). Marcapasos tricameral con extremos en aurícula derecha, VD y vena lateral en seno coronario.

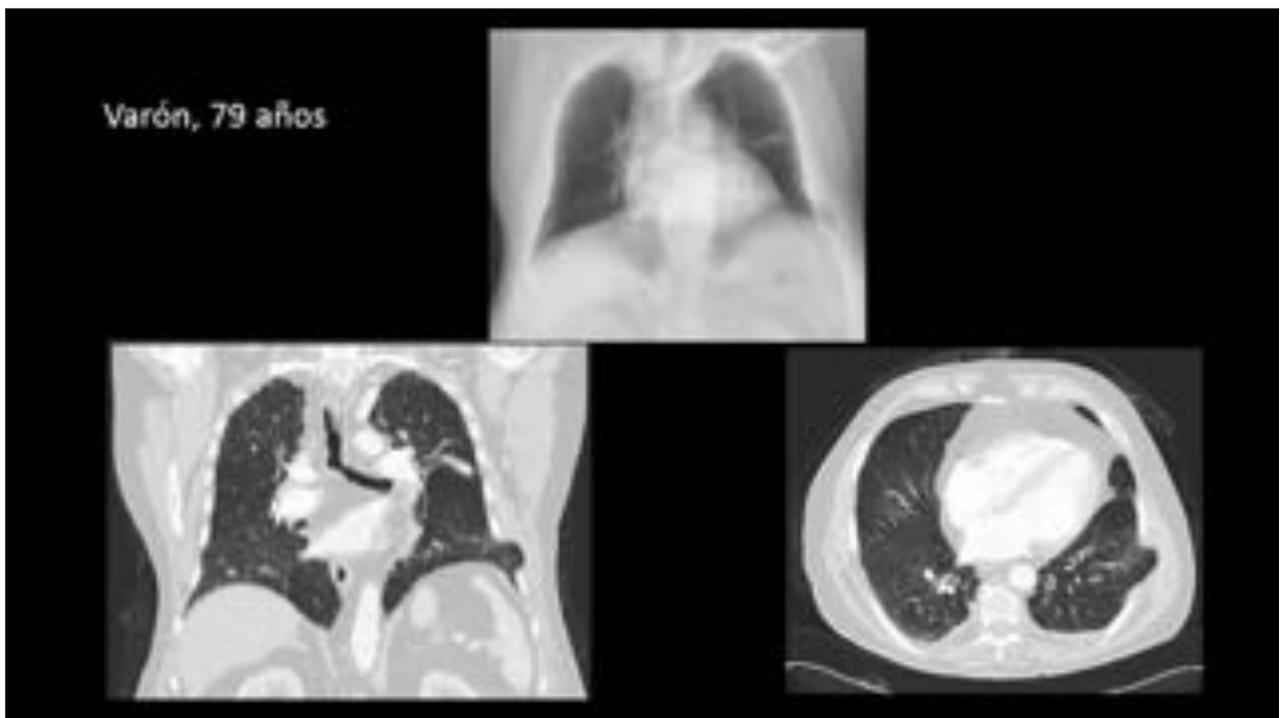


Fig. 2: TC tórax en planos coronal y axial. Reconstrucción AveIP Varón de 79 años con dolor torácico

izquierdo y tos persistente en los días previos. Se objetiva un defecto en la pared torácica entre el 7° y el 8° arco costales laterales izquierdos por donde se hernia parte del segmento basal anterior del lóbulo inferior izquierdo.



Fig. 3: Mujer, 82 años. Rx simple de tórax en proyección anteroposterior: lesión de partes blandas, extrapulmonar en campos superiores del hemitórax derecho, ya presente en Rx previas. TC de Tórax sin contraste axial y coronal: En hemitórax derecho entre el 2° y el 3° arco costal anterior se identifica una lesión de 4x2 cm de densidad grasa, sin identificarse el músculo intercostal por lo que el hallazgo es compatible con hernia de pared torácica ese nivel.

Conclusiones

Las hernias pulmonares son una entidad poco frecuente. A menudo son de origen adquirido, secundarias a traumatismo y su localización más frecuente es intercostal.

La prueba de imagen de elección para su diagnóstico y categorización es la TC de tórax.

El tratamiento es habitualmente conservador, aunque en algunas ocasiones está indicado el tratamiento quirúrgico. El pronóstico suele ser bueno.

Bibliografía / Referencias

1. Lung hernia. *Am J Emerg Med* 1997;15:260-262.
Glenn C., Bonekat W., Cua A., Chapman D., McFall R.

2. **Atraumatic lung hernia.** *Ann Thorac Surg*1999;**67:1496-1497.** Ross R.T., Burnett C.M.
3. **Types and incidence of lung hernias.** *J Thorac Cardiovasc Surg* 1955;**30:335-342.**
Hiscoe D.B.,Digman G.J.
4. **Congenital and acquired lung hernias.** *J Thorac Imag* 1996;**11:75-82.**Moncada R.,Vade A.,Gimenez C., Rosado W., emos T.C.,Turbin R., Venta L
5. **Inverted Intercostal Hernia of Soft Tissue of the Chest Wall: Multi-Detector Computed Tomography Findings.** Ulysses S. Torres, Eduardo Portela-Oliveira, Fernanda del Campo Braojos, Luciana Vargas Cardoso, Arthur Soares Souza