

PRESENTACIÓN DE CASOS

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos
Hospital Militar Central: Dr. Luis Díaz Soto

HERNIA PULMONAR

Dr. Jorge López Hernández,¹ Dr. Miguel A. Sánchez Martínez,² Dr. Antonio González Velázquez,² Dra. Osdaly Ardisana Cruz,³ Dr. Roberto Francisco Pérez Moure⁴ y Dr. Fernando Fernández Reverón.⁵

RESÚMEN

La hernia pulmonar o neumocèle es una protrusión del pulmón a través de un defecto de la pared torácica. Es una afección infrecuente, con tan sólo unos 300 casos publicados en la bibliografía internacional¹⁻¹⁰. Fue descrita por primera vez en 1499 por Roland¹, Se realiza la presentación de un caso de hernia pulmonar adquirida traumática de un paciente masculino, blanco de 17 meses, ingresado en la terapia intensiva pediátrica del hospital Militar Central: Dr. Luis Díaz Soto por bronconeumonía complicada con derrame pleural derecho y que requirió de ventilación mecánica y pleurotomías. Se diagnosticó hernia pulmonar infraclavicular derecha como complicación de una pleurotomía alta, que como causa del proceso no se registra en la literatura revisada y que desapareció con tratamiento conservador.

Palabras claves: hernia pulmonar, neumocèle.

¹ *Especialista de I Grado en Pediatría. Diplomado en Medicina Intensiva Pediátrica.*

² *Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente Medicina Intensiva y Emergencias.*

³ *Especialista de I Grado en Medicina General Integral., Residente Medicina Intensiva y Emergencias.*

⁴ *Especialista de I Grado en Pediatría. Diplomado en Medicina Intensiva Pediátrica.*

⁵ *Especialista de II Grado en Pediatría y en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesor Titular.*

INTRODUCCIÓN

La hernia pulmonar o neumocèle es una protrusión del pulmón a través de un defecto de la pared torácica. Es una afección infrecuente cuyo diagnóstico es fundamentalmente clínico y con tan solo unos 300 casos publicados. Descrita por primera vez en 1499 por Roland, posteriormente fue clasificada por Hiscoe y Digman² en hernias congénitas (18%), hernias adquiridas traumáticas (52%) y hernias adquiridas no traumáticas o espontáneas (30%). Pueden también ser clasificadas en función de la localización anatómica en: cervicales, diafragmáticas y torácicas o intercostales; estas últimas son las más frecuentes (65-85%).³⁻⁵

La presentación clínica más frecuente es la ausencia de síntomas, en ocasiones hay discreto dolor y disnea.^{3, 5-9} El diagnóstico es fundamentalmente clínico, aunque la realización de radiografías de tórax con vista oblicua o Tomografía Axial Computarizada torácica, pueden ayudar a confirmar el diagnóstico.³⁻¹⁰ En la actualidad, su tratamiento, ya bien sea médico o quirúrgico, es materia de controversias.

La mayoría de los autores defienden un tratamiento inicialmente conservador.^{3, 5, 6, 9} En la mayoría de los casos con reposo y vendaje compresivo durante unas semanas para que la cicatrización y fibrosis de la zona afectada solucione el defecto herniario. El tratamiento quirúrgico,^{3, 6, 7, 9} con cierre del defecto o colocación de prótesis, se indica cuando fracasan las medidas médicas, en presencia de insuficiencia respiratoria grave, dolor intratable y en las hernias de gran tamaño.

PRESENTACIÓN

Paciente FGR de 17 meses de edad, masculino, blanco, con antecedentes de salud, que 15 días antes de su ingreso comienza con manifestaciones catarrales: tos húmeda y rinorrea purulenta. Presentaba, inicialmente, lesiones de bronconeumonía derecha que fueron consideradas de carácter leve. A los 7 días de tratamiento con Azitromicina, recidiva la fiebre de hasta 39°C, tos seca, decaimiento y anorexia. Se indica tratamiento ambulatorio con Cefalexina, que posteriormente se suspende. 4 días después el cuadro clínico se mantenía, pero además aparecieron quejidos y decaimiento. Se le realizó Rx de tórax donde se observó una radiopacidad de todo el hemitórax derecho con imagen de derrame de aproximadamente 10%. Se recibe en nuestra unidad con palidez e incremento del trabajo respiratorio. Se comenzó tratamiento con Ceftriaxona y por su evolución tórpida se asoció Vancomicina.

El paciente presentó múltiples complicaciones. Requirió de ventilación mecánica durante 24 horas. Durante su permanencia en nuestra unidad, se le realizaron dos pleurotomías: una baja para drenar el derrame pleural y una alta, para dar solución al neumotórax producido por rotura de neumatoceles. Estas pleurotomías permanecieron durante un tiempo prolongado, pues el manejo del paciente fue difícil.

Al retirar la sonda de pleurotomía alta, se observó, que durante las inspiraciones el paciente presentaba abombamiento del tórax en la región infraclavicular derecha, lo que motivaron nuevos estudios imagenológicos e interconsulta con Cirugía General. Una vez descartada la posibilidad de fístula traqueo-bronco-pleural, concluimos que el paciente presentaba una herniación pulmonar provocada por la debilidad muscular que produjo la pleurotomía. (**Figuras 1 y 2**)

Se decidió realizar tratamiento médico, con reposo y esperar 2 semanas a la cicatrización y fibrosis de la zona herniada, tal y como recomiendan de inicio muchos autores.^{3, 5, 6, 9, 11} Al alta la herniación era inexistente, aún durante la tos y los movimientos respiratorios. Se decidió continuar el tratamiento médico. Tanto la exploración clínica como la radiológica al mes, mostraron la hernia pulmonar y no hubo complicaciones pulmonares, ni torácicas apreciables.

Figura 1: Área de herniación pulmonar.

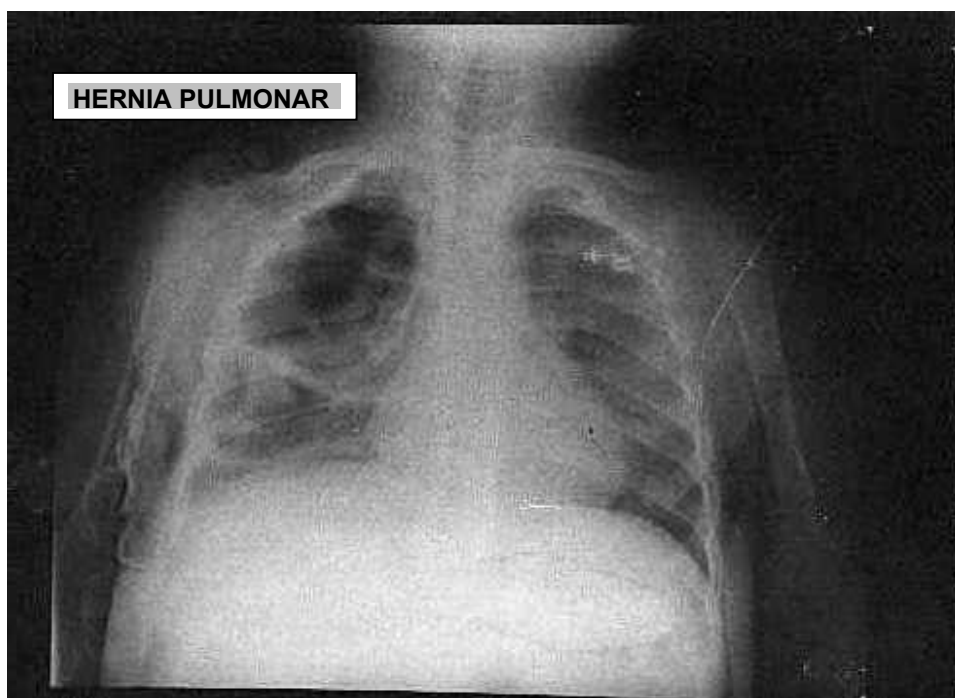
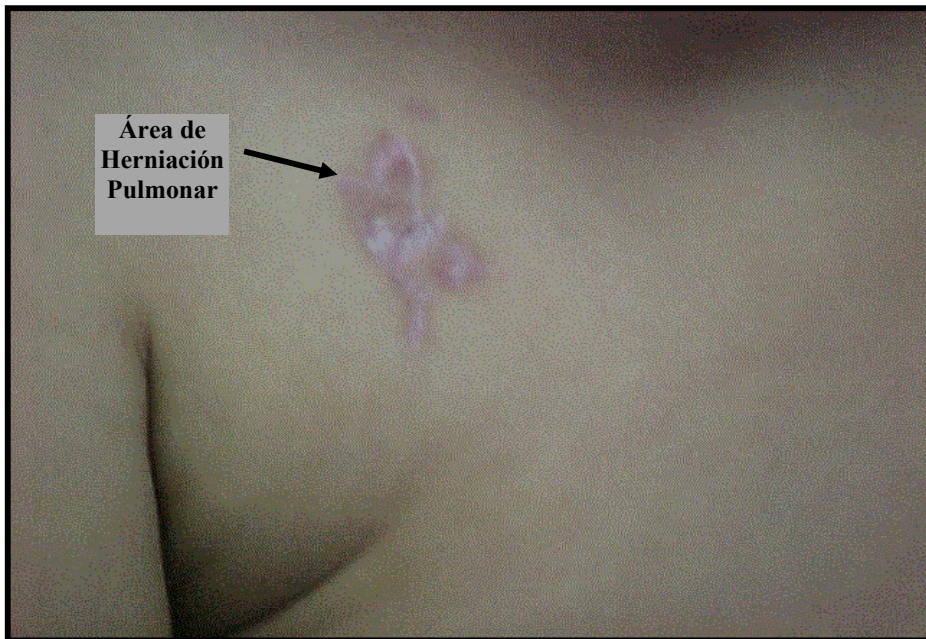


Figura 2: Rx Tórax

COMENTARIO

El paciente presentó una hernia torácica de origen traumático, debida a una pleurotomía alta, tal como reportan Hiscoe y Digman.

Las hernias adquiridas de origen traumático se encuentran dentro de las más frecuentes, alcanzando hasta un 52% del total.² El mecanismo de producción de la que presentamos es infrecuente. No hemos encontrado ningún reporte en la literatura revisada. Siguiendo el criterio de la mayoría de los autores, empleamos para sólo medidas médicas conservadoras en el tratamiento.^{3, 5, 6, 9-11}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Roland. De pulmonis sanarpot, liber III (cap) XXV. En: De Chavliae G. Cyrugia 1499: 144.
- 2- Hiscoe DB, Digman GJ. Types and incidence of lung hernias. J Thorac Cardiovasc Surg 1995; 30: 335-342.
- 3- Moncada R, Vade A, Giménez C, Rosado W, Demos TC, Turbin R et al. Congenital and acquired lung hernias. J Thorac Imaging 1996; 11: 75-82.
- 4- Glenn C, Bonekat W, Cua A, Chapman D, McFall R. Lung hernia. Am J Emerg Med 1997; 15: 260-262.
- 5- La Hei ER, Deal CW. Intercostal lung hernia subsequent to harvesting of the left internal mammary artery. Ann Thorac Surg 1995; 59: 1579-1580.
- 6- Jacka MJ, Luison F. Delayed presentation of traumatic parasternal lung hernia. Ann Thorac Surg 1998; 65: 1150-1151.
- 7- Forty J, Wells FC. Traumatic intercostal pulmonary hernia. Ann Thorac Surg 1990; 49: 670-671.
- 8- May AK, Chang B, Daniel TM, Young JS. Anterior lung herniation: another aspect of the seat belt syndrome. J Trauma 1995; 38: 587-589.
- 9- Ross RT, Burnett CM. Atraumatic lung hernia. Ann Thorac Surg 1999; 67: 1496-1497.
- 10-Bhalla M, Leitman BS, Forcade C, Stern E, Naidich DP, McCauley DI. Lung hernia: radiographic features. Am J Roentgenol 1990; 154: 51-53.
- 11-Min SA, Gow KW, Blair GK. Traumatic intercostal hernia: presentation and diagnostic workup. J Pediatr Surg 1999 Oct; 34(10):1544-5.