

Hernia pulmonar izquierda

Left pulmonary Hernia

Javier Pérez Palenzuela^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-2073-4728>

Kymani Pérez García¹ <https://orcid.org/0000-0002-7057-0143>

Gissela Fabiola López Alvarado¹ <https://orcid.org/0009-0003-9042-7533>

¹Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. La Habana. Cuba.

*Autor para la correspondencia: jape122@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Las hernias pulmonares adquiridas son originadas fundamentalmente por traumatismos y agresiones sobre tórax, y con menor frecuencia se relacionan con golpes de tos.

Objetivo: Presentar el caso de un paciente con antecedente de traumatismo torácico y cuadro tusígeno crónico con complicación por hernia pulmonar.

Presentación de caso: Paciente masculino de 57 años con antecedente de enfermedad pulmonar obstructiva crónica con tos recurrente, que recibió, después de un síncope, reanimación cardiopulmonar. Acude a consulta por presentar abombamiento fluctuante en región subescapular izquierda, relacionado con los movimientos respiratorios, que se diagnostica como hernia pulmonar izquierda, por lo que fue intervenido quirúrgicamente para realizarle el cierre primario de la pared torácica y la hernioplastia con material protésico sintético.

Conclusiones: Ante la presencia de un aumento de volumen reductible en la pared torácica y en pacientes con antecedentes de trauma o cuadro tusígeno crónico, debe sospecharse siempre una hernia pulmonar, a pesar de ser esta infrecuente. Por lo que

su conducta quirúrgica inmediata se llevará a cabo antes de que aparezca una complicación grave.

Palabras clave: hernia; pulmón; toracotomía.

ABSTRACT

Introduction: Acquired pulmonary hernias are mainly caused by trauma and chest injuries and, less frequently, by coughing fits.

Objective: To present the case of a patient with a history of chest trauma and chronic coughing complicated by a pulmonary hernia.

Case presentation: A 57-year-old male patient with a history of chronic obstructive pulmonary disease and recurrent coughing who received cardiopulmonary resuscitation after syncope. He came to the clinic because of a fluctuating bulge in the left subscapular region, related to breathing movements, which was diagnosed as a left pulmonary hernia. He underwent surgery for primary closure of the chest wall and hernioplasty with synthetic prosthetic material.

Conclusions: In the presence of a reducible volume increase in the chest wall and in patients with a history of trauma or chronic cough, pulmonary hernia should always be suspected, despite its rarity. Immediate surgical intervention should be performed before serious complications arise.

Keywords: hernia; lung; thoracotomy.

Recibido: 04/01/2025

Aceptado: 04/02/2025

Introducción

La hernia pulmonar (HP) o neumocèle es la protrusión del parénquima pulmonar a través de un defecto de la pared torácica, favorecida por el aumento de la presión intratorácica.

Enfermedad infrecuente, con solo cerca de 300 casos reportados en la literatura internacional.

Según su etiología, las hernias⁽¹⁾ se pueden clasificar en:

- congénitas
- adquiridas (las más frecuente):
 - posquirúrgicas
 - secundarias a trauma
 - a procesos inflamatorios
 - procesos inflamatorios o neoplásicos de la pared torácica
 - espontáneas

Las hernias adquiridas usualmente se presentan en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), obesidad, uso de esteroides o diabetes mellitus.

Aunque se ha descrito su tratamiento conservador con observación o con vendajes. La mayoría de los autores⁽²⁾ recomienda su tratamiento quirúrgico, el cual está indicado siempre que se presenten síntomas, y para cuya corrección se describen diferentes técnicas.

El objetivo del estudio fue presentar el caso de paciente con antecedente de traumatismo torácico y cuadro tusígeno crónico con complicación una hernia pulmonar.

Presentación de caso

Se presenta un paciente de 57 años con antecedentes de obesidad, ex fumador por 30 años y enfermedad obstructiva crónica (EPOC), que hacía aproximadamente un mes antes, había presentado en su casa un cuadro de síncope que motivó le fueran realizadas, por un amigo paramédico que presencié el episodio, maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP), ante la sospecha de sufrir parada

cardiorrespiratoria, de la que se recuperó favorablemente, pero dejó como secuela dolor en el hemotórax izquierdo.

Por su antecedente de EPOC, el paciente se medicaba al sufrir de tos crónica, cuando acudió al hospital, refiriendo que en los días previos a esta visita había comenzado a notar aumento de volumen en su hemitórax izquierdo, el que se modificaba con los movimientos respiratorios.

Al examen físico:

- Se constató a la inspección y palpación, aumento de volumen por debajo de la escapula izquierda que abombaba la piel, reductible y no doloroso
- Los estudios hematológicos solo revelaron como parámetros elevados ácido úrico en $654 \mu\text{mol/l}$, colesterol en 7.98 mmol/l y triglicéridos en 4 mmol/l
- Estudios imagenológicos:
 - La radiografía simple postero-anterior de tórax mostró un aumento del séptimo espacio intercostal izquierdo con imagen radiotransparente en las partes blandas, sugestiva de parénquima pulmonar a ese nivel
 - En tomografía axial computarizada (TAC) se informó de signos de enfisema pulmonar y solución de continuidad en proyección del tercio distal del quinto arco costal anterior en relación con fractura antigua. Hacia el séptimo espacio intercostal izquierdo, se constató un ensanchamiento de este, de 63 mm, con una herniación del parénquima pulmonar secundaria, que mide 28 x 34 mm, además de ruptura condral entre séptimo y octavo arco costal.
 - El músculo intercostal a este nivel presentaba pérdida de su densidad normal (fig. 1)



Fig. 1 - Estudios imagenológicos muestran defecto en la pared costal y protrusión pulmonar.

Con todos los elementos anteriores, el paciente fue llevado al salón de operaciones, donde se le realizó toracotomía izquierda y se encontró el ensanchamiento descrito por la TAC a nivel de séptimo espacio intercostal con atrofia de músculo intercostal y de herniación pulmonar a este nivel (fig. 2).



Fig. 2 - Hallazgo en la toracotomía.

Teniendo en cuenta el índice de masa corporal del paciente, se decidió realizar inicialmente la síntesis de la pared torácica con puntos pericostales de sutura no absorbible, con posterior refuerzo con malla de polipropileno, lo que se extendió hasta la costilla superior e inferior al defecto detectado, y para ello se utilizaron los puntos de suturas referidos en el paso previo (fig. 3).



Fig. 3 - Colocación de puntos pericostales para cerrar defecto herniario con refuerzo protésico posterior.

Durante el posoperatorio inmediato, el paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta. Cerca de diez días más tarde acudió a consulta, en la que refirió incremento de la disnea que usualmente presentaba debido a su enfermedad pulmonar de base, por lo que se decidió realizarle una radiografía de control, que confirmó la presencia de un derrame pleural moderado tabicado.

Fue reingresado, y se le realizó pleurotomía mínima baja izquierda guiada por ultrasonido, además del drenaje de 600 ml de líquido serohemático, aparentemente producido en el posoperatorio mediato, como resultado de algún trauma vascular debido a su tos recurrente. Tras esto desaparecieron los síntomas y fue dado de alta, con una evolución favorable al año de operado.

Discusión

Aproximadamente el 80 % de las HP son de origen adquirido, secundarias a procesos traumáticos o quirúrgicos. Las hernias pulmonares espontáneas son infrecuentes, y en la literatura se cuenta con muy pocos casos reportados.⁽¹⁾

Pedraza y otros ⁽³⁾ describen que la mayoría de las hernias pulmonares ocurren en pacientes con EPOC, hombres, obesos y con hábitos de tabaquismo.

Otros factores asociados son:

- Cirugía torácica previa
- Trauma torácico
- Factores congénitos
- Tosedores crónicos
- Enfermedades inflamatorias
- Neoplasias
- Uso crónico de esteroides

El mecanismo de las HP adquiridas implica debilidad de los músculos intercostales, asociada a condiciones que aumentan la presión intratorácica, como la tos y el levantamiento de objetos pesados, y dentro de sus factores predisponentes se incluye al trauma.⁽⁴⁾

Resulta interesante la combinación de factores presentes en el paciente, en el que se recoge el antecedente de un trauma torácico durante la RCP, con lesión condrocostal demostrada por TAC, pero sin la presencia inmediata de hernia, cuya aparición posterior estuvo favorecida por el antecedente patológico personal de EPOC con tos recurrente.

Las hernias de la pared torácica pueden ocurrir en cualquier lugar de esta zona o incluso en abdomen superior (región toracoabdominal), con localización anterior, lateral, posterior, supraclavicular y cervical.⁽⁵⁾

Clínicamente, la mayoría de las HP pueden ser asintomáticas o tener síntomas escasos. El paciente puede referir protrusión de una masa en un espacio intercostal, que aumenta de volumen con la maniobra de *Valsalva*.⁽⁶⁾ Esta protrusión puede variar en relación a los movimientos respiratorios, y se corresponde con los síntomas presentados por el paciente.

En cuanto a su diagnóstico, este se puede hacer por examen físico y mediante radiografías de tórax, en los cuales se aprecia un aumento de los espacios intercostales. Sin embargo, en casos de duda diagnóstica, la tomografía axial computarizada torácica es el método de elección, pues, además de confirmar el diagnóstico, permite evaluar el tamaño y la localización precisa del defecto. En el paciente ambos estudios fueron relevantes en el diagnóstico.

La mayoría de los autores⁽⁵⁾ recomienda su reparación quirúrgica, incluso en pacientes asintomáticos, lo que evita el peligro de hemoptisis, incarceration, reducción dificultosa, necrosis pulmonar o infección recurrente.

Entre las técnicas quirúrgicas empleadas se incluye el cierre primario con sutura no reabsorbible o realizar hernioplastia con la colocación de material sintético. La recidiva en los pacientes, en los que se hizo uso del empleo de mallas, es rara; al ser esta técnica recomendable, tanto para las hernias primarias como para las recidivas.⁽⁷⁾ Teniendo en cuenta el índice de masa corporal del paciente, así como su enfermedad pulmonar de base, se decidió combinar ambas técnicas para hacerlas más eficaces.

Finalmente, además del tratamiento quirúrgico, las recomendaciones deben ser globales, e incluir el abandono del hábito tabáquico, el control de la tos, la higiene dietética y la rehabilitación funcional.

Conclusiones

La hernia pulmonar debe ser un diagnóstico a considerar en pacientes con factores de riesgo, que presenten un aumento de volumen torácico, que se modifique con la maniobra de Valsalva y los movimientos respiratorios. El estudio de imagen de

elección es la TAC de tórax, pues permite evidenciar tanto el defecto y sus características, como las potenciales complicaciones. Aunque no existen pautas de tratamiento estandarizadas para esta complicación, la mayoría de los autores coinciden en que este debe ser quirúrgico, aún en los casos asintomáticos a fin de evitar sus graves complicaciones.

Referencias bibliográficas

1. García DE, Domínguez A, Cerrón- CI. Hernia Pulmonar Derecha: reporte de caso. Rev Hisp Cienc Salud. 2019 [acceso 05/02/2026];5(2):80-3. Disponible en: <https://uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/397>
2. López MA, Durante F, Zanni M, Muiño E, Gandolfo S. Hernia pulmonar espontánea. A propósito de caso. Tórax. 2022 [acceso 05/02/2026];10 (1):10-2. Disponible en: <https://www.sact.org.ar/revista/2022/htt1/2.pdf>
3. Pedraza B, Bizjak G, Linacre V. Hernia pulmonar espontánea: reporte de caso. Rev. Cir. 2023;75(6):492-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-454920230061739>
4. Cherraqi A, Houssni JE, Outznit M, Imrani K, Benelhosni K, Billah NM, et al. Incidental discovery of intercostal pulmonary hernia: A case report. Radiology case reports. 17(2022):4510-4. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2022.08.068>
5. Parra KT, Mayberry J, Edwards NM, Long WB, Martin MJ. Traumatic thoracic rib cage and chest wall hernias: A review and discussion of management principles. The American Journal of Surgery. 2021;1238-45. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2021.03.024>
6. Madani MH, Abdelhafez YG, Nardo L. Natural history of lung hernias. Respiration. 2023;102:843-51. DOI: <https://doi.org/10.1159/000533196>
7. González LC, Brito M, Álvarez LB. Hernia pulmonar intercostal espontánea. Informe de caso y revisión de la literatura. Rev. Med. Electrón. 2022 [acceso 09/02/2026];44(1). Disponible en: <https://scielo.sld.cu/pdf/rme/v44n1/1684-1824-rme-44-01-238.pdf>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.