

Hernias de la pared torácica

Dres. José Maggiolo*, Jorge Pomi**, Mario Brandolino***, Gerardo Bruno****, Carlitos Arévalo*****

Resumen

Analizamos la experiencia de nuestro equipo de trabajo en "Hernias de la Pared Torácica" durante un período de 10 años.

Destacamos que se trata de una patología de baja frecuencia aunque no exótica.

Tiene características clínicas y anatomopatológicas definidas y típicas que permiten hacer un diagnóstico preciso.

La experiencia unificada del equipo arrojó 6 casos. Exponemos las particularidades de cada uno y analizamos la metodología de estudio em-

Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Policial y del Hospital Militar

pleada así como el tratamiento instituido. Describimos aspectos destacables de la técnica quirúrgica y de la evolución.

Finalmente discutimos elementos interesantes de esta afección y comparamos nuestras observaciones con aquellas recogidas de la literatura.

Concluimos finalmente que es una enfermedad de neto tratamiento quirúrgico y que si bien en general la técnica quirúrgica es sencilla hay casos puntuales en que la resolución es compleja. Los resultados son en cambio, uniformemente buenos.

Palabras clave:

Pared torácica

Hernia

Abstract

This analysis refers the experience of our working group in "Herniation of Thoracic Wall" over a 10-years period.

One of the main conclusions is that it is rare though not exotic.

It has well defined and typical clinical and anatomopathologic characteristics wich render possible a precise diagnosis.

Presentado en la Sesión Científica de la Sociedad de Cirugía del Uruguay del 26 de octubre de 2005.

* Cirujano de Tórax, Jefe del Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Policial y Hospital Militar.

** Cirujano de Tórax, Prof. Agdo. Depto. Básico de Cirugía, Jefe del Servicio de Cirugía Torácica del CASMU.

*** Cirujano de Tórax, ex Jefe de los Servicios de Cirugía Torácica del Hospital Saint Bois, CASMU y AESM.

**** Cirujano de Tórax del Hospital Policial y Hospital Militar.

***** Cirujano General, Encargado de la Seccional de Cirugía Torácica de la Clínica Quirúrgica 1 del Hospital Pasteur.

Dirección: J. Benito Blanco 1285 (502) CP 11300
Montevideo - Uruguay Dr. J. Maggiolo

Unified experience of team showed the cases to be 6. The paper describes the elements particular to each and there is an analysis of the methodology we used in the study as the treatment prescribed, including noteworthy aspects of surgical technique and patients evolution.

Finally there are some interesting elements of this condition, comparing our observation with those of literature.

Key word:

Thoracic wall

Hernia

Introducción

Las hernias de la pared torácica son una enfermedad de baja frecuencia. Si bien la primera comunicación al respecto data del año 1499 y es atribuida a Roland⁽¹⁾ desde entonces el número de casos publicados es exiguo.

Anatomopatológicamente está definida por un saco herniario con su contenido y un anillo identificable como una solución de continuidad en la pared torácica. Clínicamente presenta impulsión con la tos o la maniobra de Valsalva y reductibilidad cuando no esta complicada.

Se debe diferenciar del “tórax inestable” o “volet costal” que clínicamente puede tener una apariencia similar pero de encare terapéutico distinto.

Si bien estas hernias se pueden producir a través de los huecos supraclaviculares, el espacio supraesternal, el diafragma y los espacios intercostales, centraremos nuestra exposición sobre este último grupo, por ser el más frecuente.

Las hernias intercostales, frecuentemente son sintomáticas y por esa razón constituyen el grupo que llega a la cirugía. El contenido de ellas puede abarcar más que parénquima pulmonar siendo ello motivo de curiosidad y de mayor complejidad en su tratamiento.

La razón de nuestra presentación es mostrar la experiencia de nuestro grupo de trabajo en esta afección y revisar el tema.

Material y Métodos

Recogemos la experiencia propia y de los cirujanos que integran nuestro equipo. La baja frecuencia y la dispersión laboral a la que no escapa nuestra especialidad hacen que los casos clínicos provengan de diversas instituciones de Montevideo.

La muestra abarca un período de 10 años que va desde Agosto de 1995 hasta Agosto del 2005. En este lapso hemos tratado 6 pacientes con hernias de la pared torácica.

Cinco de sexo masculino y 1 femenino. Las edades oscilaron entre los 15 y los 65 años. En 3 casos la hernia sobrevino luego de una cirugía torácica de coordinación. Un caso luego de cirugía cardíaca y 2 casos fueron secundarios a accesos de tos sin mediar traumatismo. La presentación clínica consistió en la aparición de una tumoración blanda, localizada sobre la pared torácica en su sector costo intercostal, animada de impulsión con la maniobra de Valsalva o la tos y reductible al cesar el esfuerzo. En todos los casos vinculados a cirugía torácica la lesión se ubicó sobre la cicatriz operatoria y en los dos casos restantes en el área del reborde costal. Tres se vincularon a toracotomías posterolaterales derechas, una a una prolongación intercostal anterior izquierda de una este-reotomía y las últimas sin vínculo operatorio. El diagnóstico fue clínico en todos los casos. La radiografía de tórax (Rx.deTx) se realizó en todos y en los dos casos de hernias sin traumatismo se empleó la tomografía axial computada toraco abdominal (TAC) para ampliar al evaluación del contenido del saco herniario. En cinco casos el tratamiento fue quirúrgico y en el restante el paciente rechazó la cirugía siendo dado de alta con control en policlínica. En 4 casos vinculados a cirugía la operación comprobó que se trataba de una hernia pulmonar intercostal y se realizó la reintroducción del contenido a la cavidad pleural y el cierre del espacio intercostal involucrado, que en todos los casos coincidió con el espacio de entrada al tórax, con puntos pericostales de material reabsorbible calibre 1. El cierre de los músculos se realizó como

es habitual con sutura reabsorbible corrida de calibre 0. La evolución fue buena en todos los casos. No hubo complicaciones. El seguimiento se realizó inicialmente en policlínica y luego por consulta telefónica, no se comprobaron recidivas.

El caso restante mostró en la exploración la presencia de dos anillos, uno a nivel intercostal y otro a nivel del diafragma. A través del espacio intercostal protruía un sector del lóbulo medio y un saco abdominal transdiafragmático conteniendo intestino delgado. La reparación del defecto parietal una vez tratado el saco abdominal se realizó a nivel del anillo diafragmático con cierre en dos planos con material irreabsorbible y el cierre del plano intercostal con puntos peri costales de material reabsorbible como en los casos anteriores. Este caso constituía una hernia transdiafragmática intercostal de contenido mixto. En todos los casos se drenó la pleura con tubo intracostal por contra abertura. La evolución fue buena sin complicaciones postoperatorias.

Discusión

Las hernias de la pared torácica constituyen un grupo de lesiones que tiene en común el hecho de emerger a través de algún sector de la misma. Su contenido puede ser pulmonar o asociar otros órganos. El grupo lesional más frecuente está constituido por las hernias intercostales. Es así que podemos clasificar las hernias de la pared torácica de acuerdo al contenido del saco en : pulmonares, mixtas y no pulmonares. Para el caso de las hernias pulmonares, Morel-Lavalle⁽¹⁾ las clasificaron según su topografía en cervicales, torácicas y diafragmáticas. De acuerdo a su causa en : congénitas y adquiridas. Estas últimas a su vez en: traumáticas, espontáneas y patológicas. Las hernias pulmonares torácicas intercostales constituyen el 65% del total, le siguen en frecuencia las hernias pulmonares cervicales con un 35%. Las hernias pulmonares diafragmáticas revisten un número de comunicaciones meramente anecdóti-

co. De acuerdo a la causa el 82% son adquiridas y el 18% congénitas⁽¹⁾. El 64% de las hernias pulmonares adquiridas son traumáticas y el resto son espontáneas o patológicas.

Las hernias de la pared torácica admiten, como dijimos cuando las clasificamos por su contenido (pulmonares, mixtas y no pulmonares) un grupo poco frecuente pero muy interesante en especial porque corresponde a 2 casos de nuestra serie y que son las hernias transdiafragmáticas intercostales espontáneas, secundarias a esfuerzo de tos.

Las hernias de la pared torácica traumáticas se ven en todos los grupos etarios y sexuales, teniendo como factor desencadenante un traumatismo de tórax abierto (incluyendo la cirugía torácica) o cerrado. Las hernias de causa espontánea en cambio, tanto para el caso de las hernias pulmonares intercostales como para las hernias transdiafragmáticas intercostales admiten una clara tendencia a producirse en pacientes añosos, debilitados, obesos, con elementos de hipertensión endotorácica crónica portadores de bronquitis crónica o enfisema, consumidores de corticoides etc.

Las hernias de la pared torácica de topografía intercostal y a contenido pulmonar son las más frecuentes en todas las series^(1,2) inclusive en nuestra serie (4 casos). La causa es traumática y secundaria a un fallo del cierre parietal por lo que bien podrían denominarse “eventraciones toracotómicas”^(3,4). En estos casos la falla siempre está localizada a nivel del cierre del plano costo-intercostal. La disgregación de la sutura empleada, ya sea por defecto técnico al confeccionarla o por material inadecuado es seguida de la protrusión de un borde pulmonar que progresivamente labra su trayecto intercostal.

Las hernias de la pared torácica mixtas (pulmón más otra víscera) o no pulmonares también llamadas hernias trans-diafragmáticas intercostales se ven como consecuencia de traumatismos cerrados o abiertos tóraco-abdominales así como abordajes quirúrgicos (toracofrenolaparotomía)

que generan un área de debilidad a nivel del plano intercostal con desgarro muscular o sin él (hematoma muscular), acompañado de desinserción diafragmática de las inserciones costales o eventración diafragmática para el caso de una frenotomía previa, posibilitando el pasaje de vísceras abdominales (colon o intestino delgado) recubiertas de un saco peritoneal al tórax y luego a través del espacio intercostal afectado al sector intermuscular o subcutáneo de la pared torácica.

También se puede producir esta lesión a consecuencia de una agresión parietal indirecta producto de un esfuerzo a glotis cerrada (Valsalva) tos o estornudo violento en un paciente con elementos locales predisponentes como puede ser la obesidad, síndrome de Cushing, desnutrición y otros^(5, 6, 7).

El tratamiento de estas lesiones es siempre quirúrgico y la indicación se basa en que la historia natural de la afección es al progresivo deterioro de la pared tal cual sucede en todas las hernias y eventraciones y el riesgo de complicaciones mecánicas agudas como el atascamiento y la estrangulación.

Para las hernias pulmonares intercostales no hay controversia sobre la técnica quirúrgica que consiste como vimos más arriba en el tratamiento del contenido, el saco y el defecto parietal. Este último se realiza mediante la aproximación costal con puntos peri costales o para el caso de que hubiera una solución de continuidad grande (equivalente al compromiso de tres costillas) empleando material protésico (costillas de acrílico y malla)^(5, 6, 7).

Para la reparación de los defectos complejos, en especial aquellos que comprometen el diafragma y la pared torácica las posiciones están divididas, habiendo autores que postulan el uso sistemático de mallas irreabsorbibles para la reparación diafragmática y otros que sostienen que se logra una reparación satisfactoria reinsertando el diafragma a nivel costal con puntos costo diafrag-

máticos con material irreabsorbible y cerrando el defecto intercostal con puntos peri costales. Si el defecto diafragmático no incluye desinserción usualmente se puede practicar un cierre en dos planos con material irreabsorbible.

El paciente que trató nuestro equipo por una hernia diafragmática intercostal espontánea se pudo solucionar de acuerdo a los hallazgos con la última técnica descrita más arriba y el cierre del plano intercostal con puntos peri costales.

Conclusiones

Las hernias de la pared torácica son, llamativamente, poco frecuentes y adoptan formas clínicas y anatomopatológicas diversas. Recogemos la experiencia de nuestro grupo de trabajo en 6 casos clínicos y discutimos en base a ella las formas de presentación clínica más frecuentes, la resolución terapéutica aplicada y la propuesta en la literatura.

Concluimos que a pesar de su presentación clínica llamativa, infrecuentemente representan un riesgo vital para el paciente en especial cuando corresponden a las hernias pulmonares intercostales puras. El tratamiento quirúrgico es técnicamente sencillo y el resultado bueno. Cuando se trata de hernias mixtas como es el caso de las transdiafragmáticas intercostales el riesgo está dado por el eventual compromiso del contenido visceral abdominal herniado. En estos casos el paciente puede ingresar por un cuadro agudo de abdomen grave. El tratamiento es quirúrgico y la oportunidad dependerá de la situación clínica. La técnica quirúrgica puede ser compleja.

Referencias bibliográficas

- 1) Ross RT, Burnett CM. Atraumatic Lung Hernia. *Ann Thorac Surg* 1999; 67: 1496-7.
- 2) Weissberg D, Refaely Y. Hernia of the Lung. *Ann Thorac Surg*. 2002;74:1963-6.

- 3) Temes RT, Talbot, WA. Green DP, Wernly JA. Herniation of the lung after video-assisted thoracic surgery. *Ann Thorac Surg* 2001;72: 606-7.
- 4) Gupta M, Cohen J, Sukumar M. Lung hernia after en bloc cervico thoracic resection. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2005; 130:607-8.
- 5) Cole FH Jr., Miller MP, Jones C.V. Transdiaphragmatic intercostal hernia. *Ann Thorac Surg* 1986; 41:565-6.
- 6) Serpel JW, JohnsonWR. Traumatic Diaphragmatic hernia presenting as an intercostal hernia: Case Report. *J. Trauma* 1994; 36:421-3.
- 7) Rogers FB, Leavit J, Jensen PE. Traumatic Transdiaphragmatic intercostal hernia secondary to coughing: Case report and review of literature. *J.Trauma* 1996; 41:902-3