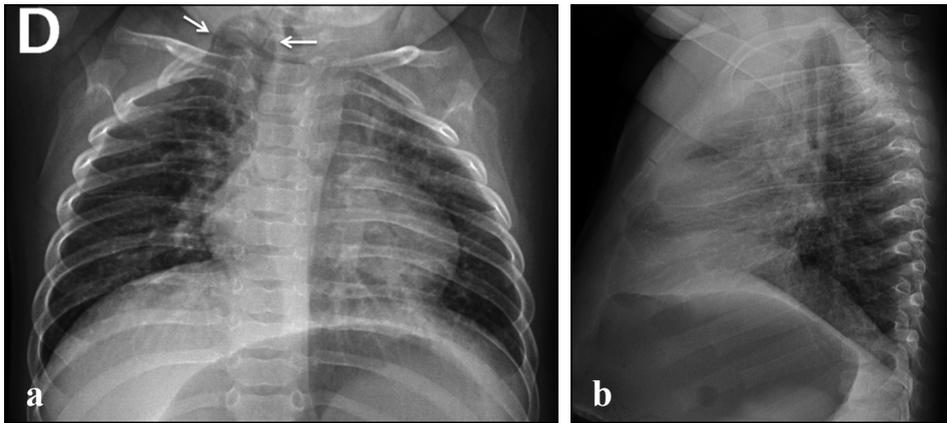


## Caso radiológico pediátrico

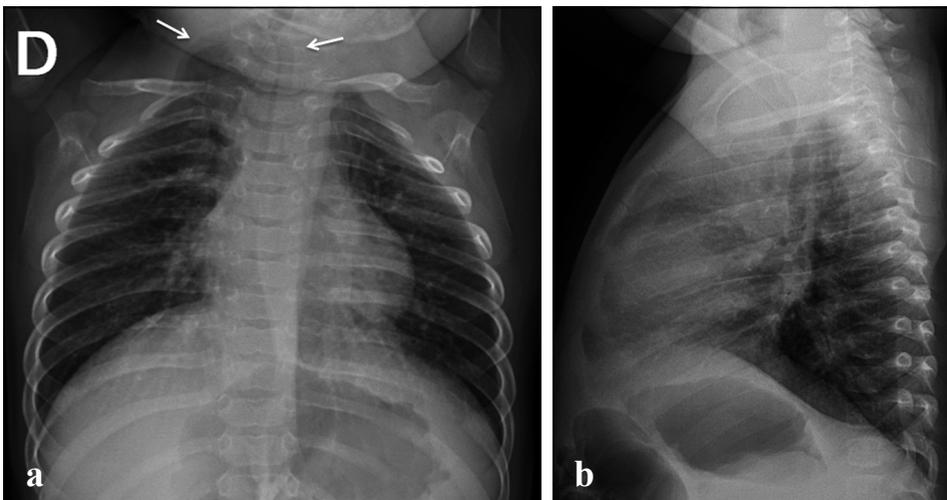
LENNY CRUZAT A.\* y CAROLINA PÉREZ S.\*\*

Paciente de sexo masculino de 14 meses de edad, con antecedente de presentar Síndrome Bronquial Obstructivo (SBO) a repetición, actualmente en tratamiento con corticoides inhalatorios y broncodilatadores en períodos de crisis. Presenta cuadro clínico de SBO rinovirus positivo que

requiere hospitalización y manejo con oxigenoterapia. La radiografía de tórax se muestra en la Figura 1. Dos meses más tarde consulta por cuadro de 3 días de evolución de tos y fiebre hasta 39°C. Se realizó test pack para VRS, Influenza A y B que resultaron negativos y radiografía de tórax (Figura 2).



**Figura 1.** Radiografía de tórax en proyección frontal a) y lateral b).



**Figura 2.** Radiografía de tórax en proyección frontal a) y lateral b).

¿Cuál es su diagnóstico?

\* Médico Pediatra Becada en Enfermedades Respiratorias Pediátricas Universidad de Chile.

\*\* Radióloga Infantil. Departamento de Imágenes, Clínica Las Condes. Las Condes. R. Metropolitana. Chile.

## Hallazgos radiológicos

Tanto en la Figura 1 como en la Figura 2 el paciente se encontraba cursando una neumopatía intersticial y como hallazgo adicional se evidenció herniación del vértice pulmonar derecho por el orificio superior del tórax hacia la región supraclavicular y cervical lateral (flechas blancas), lo que es algo más evidente en la Figura 2.

## Diagnóstico

Hernia pulmonar cervical, supraclavicular derecha.

## Discusión

La hernia pulmonar, también llamada neumocèle fue descrita por primera vez por Roland en 1499<sup>1</sup> y se define como 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 internacional<sup>1</sup>. La mayoría de los casos reportados están asociados a traumatismo o cirugía torácica, siendo la mayor parte del resto de las hernias de etiología congénita<sup>2</sup>.

Las hernias pulmonares se clasificaron por primera vez por Morel-Lavallee en 1845 en base a su etiología y localización anatómica; esta clasificación sigue vigente hoy en día. De acuerdo a su ubicación anatómica se clasifican en diafrágicas, torácicas y cervicales. Se reconocen dos grupos etiológicos: hernias congénitas y adquiridas, estas últimas divididas adicionalmente en traumáticas, espontáneas, y las causadas por afecciones locales, como tumores, abscesos o tuberculosis de la pared torácica<sup>2</sup>.

Las hernias congénitas son causadas por debilidad de la fascia endotorácica. Se producen ya sea en el orificio superior del tórax o en el espacio intercostal, donde la debilidad de la fascia se suele combinar con ausencia de músculos intercostales<sup>2</sup>. Las hernias congénitas supraclaviculares, como en nuestro caso, se describen producto de un defecto en la membrana suprapleural llamada fascia de Sibson<sup>2-4</sup>. Algunas hernias

congénitas pueden no haber sido advertidas en la edad pediátrica y detectarse en la edad adulta.<sup>2</sup>

Se han descrito casos de hernias espontáneas en intérpretes de instrumentos de viento, levantadores de pesas y pacientes con tos crónica<sup>4</sup>. Las hernias adquiridas se pueden encontrar como resultado de un trauma torácico, ya sea de tipo penetrante o cerrado, o también después de cirugía con cierre inadecuado de la pared torácica<sup>1,2</sup>.

La hernia pulmonar cervical se presenta como una suave masa subcutánea que aumenta de volumen al toser o es evidente en actividades de la vida diaria como un tenue aumento de volumen en la zona. En ausencia de una masa evidente, el realizar la maniobra de Valsalva la hace palpable y visible<sup>2,3</sup>.

El diagnóstico es habitualmente clínico y se confirma por radiografía de tórax o eventualmente por tomografía computarizada<sup>1-4</sup>. Puede existir subdiagnóstico tanto clínico como radiológico si el examen no es realizado durante maniobra de Valsalva.

La hernia pulmonar de ubicación supraclavicular asintomática no requiere tratamiento dado que tiende a permanecer estable con el paso del tiempo<sup>2-4</sup>. Pueden causar problemas durante la instalación de catéteres yugulares o subclavios, resultando en neumotórax accidental<sup>3</sup>. Ocasionalmente las hernias pulmonares en esta ubicación, pueden causar compresión del nervio T1 con neuralgia cervical y en ese caso se consideraría la posibilidad de resolución quirúrgica<sup>2</sup>.

El aumento de tamaño, dolor y signos de inminente encarcelamiento, como reducción dificultosa de la hernia, constituyen indicaciones de reparación quirúrgica<sup>2-4</sup>.

## Bibliografía

1. HERNÁNDEZ J, SÁNCHEZ M, GONZÁLEZ A, ARDISANA O, PÉREZ F. Presentación de casos: Hernia pulmonar. *Rev Cub Med Int y Emerg* 2003; 2: 59-62.
2. WEISSBERG D. Lung Hernia-a Review. *Adv Clin Exp Med* 2013; 22: 611-3.
3. PRASAD S, RAO K, BELLE J, RAU N R. An unusual cause for neck swelling: apical lung hernia. *BMJ Case Rep* 2014. doi:10.1136/bcr-2013-202952.
4. RANU H, JACKSON M. Apical lung herniation. *Thorax* 2011; 66 (8): 740. doi:10.1136/thx.2010.156240.

Correspondencia a:

Dra. Carolina Pérez S.

Departamento de Imágenes, Clínica Las Condes.  
Las Condes, Región Metropolitana, Chile.

Email: caropesan@gmail.com