

Reparación por vía laparoscópica de una hernia intercostal abdominal

Carlos Domingo-del Pozo, Antonio Alberola-Soler, Fabián Peiró-Monzó, Julia Bertelli-Puche y Eduardo de la Morena-Valenzuela

Servicio de Cirugía General. Hospital Marina Alta. Denia. Alicante. España.

Las hernias intercostales abdominales (HIA) son infrecuentes¹ y solamente se ha descrito un caso cuya reparación se hizo vía laparoscópica².

Varón de 46 años que consulta por asimetría torácica por la aparición de un abombamiento, de crecimiento progresivo, en la pared torácica izquierda, levemente dolorosa. Dieciocho meses antes había sufrido un grave accidente de tráfico, con múltiples fracturas abiertas y cerradas de extremidades superiores e inferiores y pelvis, así como fractura de las costillas izquierdas séptima a décima. Fue intervenido en varias ocasiones por estas lesiones, y después siguió un plan de rehabilitación.

En la exploración destaca una masa de gran tamaño en el costado izquierdo, con aumento del décimo espacio intercostal, a través del que protruye una herniación de orificio amplio, que propulsa con la tos y las maniobras de Valsalva.

En la tomografía computarizada (TC) toracoabdominal se apreciaba una solución de continuidad de la pared abdominal posterolateral, en el espacio intercostal mencionado, con herniación de la grasa mesentérica y del ángulo esplénico del colon (fig. 1). Ante el diagnóstico de HIA, se planteó la corrección quirúrgica vía laparoscópica.

Correspondencia: Dr. C. Domingo del Pozo.
Servicio de Cirugía General. Hospital Marina Alta.
Partida de Santa Paula, s/n. 03700 Denia. Alicante. España.
Correo electrónico: domingocarlos@hotmail.com

Manuscrito recibido el 4-10-2007 y aceptado el 15-1-2008.

Se colocó al paciente en decúbito supino con 35° de inclinación lateral derecha de la mesa. Se utilizaron cuatro trocares: un Hasson en punto medio xifoumbilical, dos de 5 mm en localización subxifoidea y subcostal y uno de 12 mm pararectal izquierdo. Tras liberar y medIALIZAR el ángulo esplénico, se descubrió un defecto herniario parietal de unos 6 × 10 cm. El diafragma no estaba lesionado ni desinsertado de las costillas. Se corrigió el defecto con una prótesis bilaminar (polipropileno/silicona) que sobrepasaba los márgenes 3-4 cm, quedando parcialmente intraperitoneal. Se fijó sin utilizar puntos de referencia con un aparato de sutura metálica, aplicado al borde posteroinferior y el anterior. El resto de la prótesis fue adherido a la pared con cola biológica (cianoacrilato n-hexilo) mediante punción con jeringa transparietal. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones y fue dado de alta a las 24 horas.

Doce meses después el paciente no refiere síntomas, se ha restablecido la simetría torácica y no se aprecia recidiva herniaria.

Una HIA es una afección infrecuente si nos atenemos a lo publicado. Unlu et al¹, en su revisión publicada en 2007, recogen 29 casos más el suyo. Posteriormente hemos encontrado 3 más²⁻⁴.

Aparecen como consecuencia de un desgarro de la musculatura intercostal que facilita la progresión del saco y la herniación del pulmón o de alguna víscera abdominal cuando es un espacio intercostal bajo o asocia una rotura diafragmática. Cole et al⁵ llamaron hernia intercostal transdiafragmática a este último subgrupo, mientras que el término HIA engloba los dos.



Fig. 1. Tomografía computarizada que muestra el defecto intercostal y el colon izquierdo insinuándose en él.

En un 64% concurre un antecedente de traumatismo torácico o una intervención torácica, aunque se ha descrito tras lumbotomía para nefrectomía izquierda⁴. Brandesky et al⁶ señalan la caída sobre el manillar de las bicicletas como causa de estas lesiones en los niños. Pero existe un importante grupo de hernias intercostales en cuya formación intervienen factores como tos crónica o tos intensa, masajes o levantamiento de peso, con frecuencia asociados con otros factores predisponentes: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, diabetes, osteoporosis, corticoides. Incluso se han descrito HIA espontáneas^{1,2}, aunque probablemente se desconozca el mecanismo etiopatogénico. Suele haber fracturas costales en un 52% de los casos, sin ser indispensable¹.

Con frecuencia el diagnóstico es tardío. Puede pasar inadvertida por la presencia de hematoma y edema en la zona de la contusión. Otras veces, la existencia de lesiones asociadas más graves capta la atención del cirujano. Y, además, la HIA, como toda hernia, necesita tiempo para alcanzar un tamaño que motive la consulta. Esta forma de presentación es la más habitual, una masa en la pared torácica con crecimiento progresivo y habitualmente por debajo de la octava costilla, excepto un caso des-

crito entre la sexta y la octava costilla⁷. Se localiza más frecuentemente en el lado izquierdo (59%), lo que se atribuye al efecto protector del hígado¹. Como contenido herniario, se ha descrito omento, hígado, colon, intestino delgado y vesícula biliar.

La radiografía de tórax puede mostrar aumento del espacio intercostal correspondiente. La ecografía confirma el diagnóstico pero la TC toracoabdominal es la exploración más interesante, puesto que es diagnóstica, informa del contenido del saco, la localización y el tamaño del defecto y descarta comorbilidades¹.

La intervención tradicional consiste en el abordaje quirúrgico anterior, disecando y reduciendo el saco, corrigiendo con sutura irreabsorbible el defecto⁷ y aproximando las costillas con sutura irreabsorbible, que puede ser metálica. Esta reparación tiene un alto índice de recurrencia^{8,9}. La reparación protésica sin tensión hoy es la más aconsejada. El aumento del espacio intercostal no supone problema y evitamos un posible origen de dolor postoperatorio.

Kurer et al² describen una técnica similar utilizando una prótesis reabsorbible, aunque aconsejan una bilaminar, porque ofrece seguridad, ya que teóricamente las vísceras

ras abdominales no se adhieren a la capa de silicona. En nuestro paciente utilizamos un corto número de grapas vía endoscópica para fijar la malla, y completamos la fijación con cola, cuyos uso y eficacia están comprobados¹⁰, para reducir el riesgo de neuralgias intercostales. Además, en pacientes con prótesis intraperitoneales reintervenidos, hemos observado que las adherencias, cuando las hay, son a estas grapas.

Bibliografía

1. Unlu E, Temizoz O, Cagli B. Acquired spontaneous intercostal abdominal hernia: case report and a comprehensive review of the world literature. *Australas Radiol.* 2007;51:163-7.
2. Kurer MA, Bradford IMJ. Laparoscopic repair of abdominal intercostal hernia: a case report and review of the literature. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2006;16:270-1.
3. Khan AS, Bakhshi GD, Khan AA, Kerkar PB, Chavan PR, Sarangi S. Transdiaphragmatic intercostal hernia due to chronic cough. *Ind J Gastroenterol.* 2006;25:92-3.
4. Rosch R, Junge K, Conze J, Krones CJ, Klinge U, Schumpelick V. Incisional intercostal hernia after a nephrectomy. *Hernia.* 2006;10:97-9.
5. Cole FH, Miller MP, Jones CV. Transdiaphragmatic intercostal hernia. *Ann Thorac Surg.* 1986;41:565-6.
6. Brandesky G, Muhr H. Traumatic hernia in childhood. *Wiener Klin Wochenschrift.* 1981;93:80-3.
7. Sharma OP, Duffy B. Transdiaphragmatic intercostal hernia: review of the world literature and presentation of a case. *J Trauma.* 2001;50:1140-3.
8. Losanoff JE, Richman BW, Jones JW. Recurrent intercostal herniation of the liver. *Ann Thorac Surg.* 2004;77:699-701.
9. Szentkereszty Z, Boros M, Sápy P, Kiss SS. Surgical treatment of intercostal hernia with implantation of polypropylene mesh. *Hernia.* 2006;10:354-6.
10. Jourdan IC, Bailey ME. Initial experience with the use of N-butyl-2-cyanoacrylate glue for the fixation of polypropylene mesh in laparoscopic hernia repair. *Surg Laparosc Endosc.* 1998;4:291-3.