



## Hernia pulmonar traumática por asta de toro

Sr. Director:

La hernia pulmonar traumática es una entidad clínica de presentación infrecuente en nuestro medio, donde el diagnóstico es fundamentalmente clínico y el tratamiento es controvertido.

Presentamos el caso de una hernia pulmonar tras traumatismo directo no penetrante por asta de toro en parrilla costal izquierda, cuyo mecanismo etiopatogénico tan particular no ha sido previamente recogido en la bibliografía.

Varón de 20 años sin antecedentes patológicos de interés que acudió a urgencias por presentar una tumoración en hemitórax izquierdo de aparición brusca sin clínica asociada (dolor, tos, disnea). Refería una hora antes un antecedente de traumatismo torácico no penetrante por golpe directo con asta de toro en la zona afectada.

A la exploración destacaba una herniación torácica indolora, bien delimitada de unos 10 x 6 cm de diámetro que protuía entre el sexto y el séptimo espacios intercostales (fig. 1). La tumoración aumentaba con la tos y maniobras de Valsalva, reduciéndose sin dificultad con la compresión.

Tanto la analítica general como la radiografía de tórax posteroanterior fueron normales. Ante el diagnóstico clínico de hernia pulmonar traumática no complicada se decidió tratamiento conservador con reposo y vendaje compresivo durante una semana, evolucionando el paciente sin complicaciones, siendo la radiografía de tórax y la tomografía axial computarizada (TAC) torácica de control normales. Al alta la herniación previa era inexistente con maniobras de tos y respiración, decidiéndose por tanto continuar con el tratamiento conservador. Tanto la exploración clínica como la TAC torácica de control al mes no evidenciaron hernia pulmonar residual ni complicaciones pulmonares y torácicas apreciables.

La hernia pulmonar es una afección infrecuente, con tan sólo unos 300 casos publicados en la bibliografía internacional<sup>1-10</sup>. Fue descrita por primera vez en 1499 por Roland<sup>1</sup>, siendo posteriormente clasificadas por Hiscoe y Digman<sup>2</sup> en congénitas (18%), adquiridas-traumáticas (52%) y adquiridas-patológicas o espontáneas (30%). Pueden también ser clasificadas en función de la localización anatómica en: cervicales, diafragmáticas, y torácicas o intercostales; siendo estas últimas las más frecuentes (65-85%)<sup>3-5</sup>.

La hernia pulmonar traumática torácica está frecuentemente asociada a un gran traumatismo torácico con múltiples fracturas costales o rotura de los músculos intercostales<sup>6-8</sup>.

La presentación clínica más frecuente es la ausencia de síntomas, encontrando en ocasiones discreto dolor y



Fig. 1. Tumoración torácica izquierda entre el sexto y el séptimo espacios intercostales.

disnea<sup>3-5,9</sup>. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, como ocurrió en nuestro caso, aunque la realización de radiografías de tórax oblicuas o TAC torácica nos pueden ayudar a confirmar el diagnóstico<sup>3-10</sup>.

En la actualidad, el tratamiento de elección, conservador o quirúrgico, en este tipo de patología es controvertido. La mayoría de los autores defienden un tratamiento inicialmente conservador<sup>3,5,6,9</sup> en la mayoría de los casos, con reposo y vendaje compresivo durante unas semanas donde la cicatrización y fibrosis de la zona afectada resolvería el defecto herniario.

Por otra parte, el tratamiento quirúrgico<sup>3,6,7,9</sup> con cierre del defecto o colocación de prótesis estaría indicado en fracaso de las medidas conservadoras, insuficiencia respiratoria grave, dolor intratable y en hernias de gran tamaño, encarceradas o cosméticamente inaceptables.

**A. Arroyo Sebastián, D. Costa Navarro,  
A. Fernández Frías, R. Ferrer Riquelme,  
J. Andreu Gálvez, F. Pérez Vicente, I. Oliver García,  
P. Serrano Paz, F. Candela Polo, P. García Pecho  
y R. Calpena Rico\***

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo.  
\*Jefe de Servicio. Hospital General Universitario. Elche. Alicante.

### Bibliografía

1. Roland. De pulmonis sanarpot, liber III (cap) XXV. En: De Chavliae G. Cyurgia 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.

## Adenocarcinoma gástrico e hipernefoma de aparición simultánea

Sr. Director:

Tras leer en CIRUGÍA ESPAÑOLA dos casos de aparición sincrónica de adenocarcinoma de colon e hipernefoma<sup>1,2</sup> hemos creído interesante comunicarles un caso de neoplasias sincrónicas: hipernefoma y adenocarcinoma gástrico.

Varón de 57 años, diagnosticado de una masa renal izquierda. Entre sus antecedentes más destacables, había tenido dos episodios de neumotórax espontáneo con posterior bullectomía, un tromboembolismo pulmonar tras una intervención de rodilla y estaba intervenido de apéndice, hernia inguinal y discal L4-L5.

Consultó a su urólogo por un cólico nefrítico izquierdo con expulsión litiásica en abril de este año. En el estudio posterior se descubrió por ecografía abdominal una masa renal izquierda, y por ecografía transrectal con biopsias, una hiperplasia prostática benigna. La tomografía axial computarizada (TAC) abdominal evidenció dos masas renales izquierdas que se intensificaban con la administración de contraste, con normalidad del resto de órganos. La urografía intravenosa y la cistografía fueron normales.

Con el diagnóstico de carcinoma renal multifocal izquierdo fue intervenido en septiembre de este año, practicándose una nefrectomía radical izquierda. Durante la exploración de la cavidad abdominal apareció una tumoración en curvatura menor gástrica, zona antral, y tras biopsia rápida la tumoración fue filiada como adenocarcinoma gástrico, realizándose a continuación una gastrectomía subtotal 2/3 Billroth I.

La anatomía patológica definitiva fue: carcinoma renal de células claras de grado I de Fürhman (pT<sub>1</sub>pN<sub>0</sub>M<sub>0</sub>) y adenocarcinoma gástrico intestinal infiltrante transmural pT<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>.

Conocido es el interés por una posible asociación entre neoplasia gástrica (la mayoría de tipo precoz) y otras sincrónicas, metacrónicas o precedentes a ésta, preferentemente de colon y recto, intentando probar la existencia de posibles alteraciones citogenéticas comunes<sup>3</sup>. Pero la asociación de adenocarcinoma gástrico e hipernefoma de forma simultánea es muy poco frecuente. El caso que presentamos cumplía los criterios de Warren y Gates<sup>4</sup>, teniendo ambas entidades criterios de malignidad, histológicamente distintas, separadas por tejido sano y descartándose que una fuera metástasis de la otra.

(Cir Esp 2001; 70: 217)



Fig. 1. TAC abdominal en la que se aprecian dos masas renales izquierdas que se intensifican con el contraste.

Hemos encontrado en la bibliografía un caso anecdótico de aparición en dos hermanos de esta doble neoplasia<sup>5</sup>, y dos revisiones de asociación de hipernefoma con otras neoplasias primarias, en una de 6 casos aparecía una asociación como la que presentamos<sup>6</sup>; en la otra, con más casos, refería que el cáncer gástrico es el que se asocia con más frecuencia a hipernefoma, pero no de forma simultánea<sup>7</sup>.

Quizá lo más interesante de este caso, además de su rareza, sea que lo frecuente es encontrar un hipernefoma de forma casual al estadiar otra neoplasia, mientras que aquí, la clínica del paciente con la ausencia de síntomas digestivos "dirigió" el estudio a su patología urológica.

En este caso el pronóstico del paciente dependerá del adenocarcinoma gástrico por tener mayor malignidad y estar claramente más avanzado al ser intervenido.

**M. Calle Baraja, P. Garibi Soga, J.I. Santidrián Martínez, J.M. Oleagoitia Cilaurre, M. Ulacia Beristain y A. Echevarría García-Sanfrechoso\***

Servicio de Cirugía General "A". Jefe de Servicio. Hospital de Cruces. Vizcaya.

### Bibliografía

- López Rodríguez A, Domínguez Comesaña E, Martínez-Almeida Fernández R, Varela Mato A. Cáncer de colon e hipernefoma de aparición sincrónica. Cir Esp 1998; 63: 240-241.
- Collera P, Muñoz E, Borrat P, Navarro A. Neoplasia sincrónica: adenocarcinoma de colon e hipernefoma. Cir Esp 1999; 66: 88-89.
- Planells Roig M, García Espinosa R, Morcillo Ródenas R, Rodero Rodero D. Neoplasias extragástricas sincrónicas o metacrónicas asociadas a neoplasia gástrica. ¿Patogénesis común del carcinoma gástrico intestinal y cólico? Rev Esp Enf Digest 1990; 78: 373-375.
- Warren S, Gates O. Multiple primary malignant tumors. Am J Cancer 1932; 16: 1358-1414.
- Casetta G, Piana P, Gamba P, Gontero P. Appearance in two brothers of double primary neoplasms: right renal carcinoma and gastric carcinoma. Minerv Urol Nefrol 1995; 47: 49-51.
- Piccinini L, Luppi G, Zoboli A, Torricelli P. Occasional diagnosis of