



Hérnia pulmonar pós-toracotomia

Paula Duarte D'Ambrosio¹, Higor Felipe Silva¹,
Alessandro Wasum Mariani¹, Aurelino Fernandes Schmidt Junior¹,
Paulo Manuel Pêgo-Fernandes¹

AO EDITOR,

Homem de 66 anos, fumante ativo (45 anos-maço) e com história de DPOC, amiloidose brônquica e dependência de esteroides foi encaminhado para cirurgia torácica devido a dor torácica crônica e deformidade da parede torácica nos últimos 2 anos. Seis anos antes, ele fora submetido à lobectomia média em outro hospital devido a hamartoma pulmonar.

Identificou-se ao exame físico uma protrusão importante do pulmão através de um único espaço intercostal, revelando instabilidade macroscópica da parede torácica lateral inferior direita e da margem costal, com massa redutível e impulso de tosse subjacente. A TC de tórax confirmou herniação pulmonar na porção lateral do quinto espaço intercostal (Figuras 1A e 1B).

O paciente foi submetido à toracotomia direita sob anestesia geral com ventilação monopolmonar. O saco herniário estava aderido às bordas da toracotomia, que foi dissecado do tecido circundante, e o pulmão foi facilmente acessado. O pulmão herniado estava viável, e a hérnia foi reduzida manualmente. Uma tela de prolene foi fixada nas margens costais com fio de sutura não absorvível no nível da pleura parietal, cobrindo o defeito (Figura 1C). O paciente apresentou broncoespasmo no pós-operatório e necessitou de uso de corticoterapia oral. Além disso, o pós-operatório transcorreu sem intercorrências, tendo o paciente recebido alta no nono dia de pós-operatório. No seguimento, três meses após a cirurgia, não havia sinais de recidiva.

Relatamos aqui o caso de um paciente com hérnia pulmonar na parede torácica lateral através do quinto espaço intercostal e não associada à fratura costal. O paciente havia sido submetido à toracotomia 6 anos antes. Dor apresentou-se como o principal sintoma. Não houve encarceramento ou isquemia do tecido.

As hérnias pulmonares intercostais são condições raras caracterizadas pela protrusão do parênquima pulmonar para fora da caixa torácica.⁽¹⁾ A causa mais comum de herniação pulmonar adquirida é trauma, podendo estar associadas lesões como pneumotórax ou ruptura de grandes vasos.⁽²⁾ Também pode ocorrer após toracotomia, colocação de tubo intercostal, toracoscopia e episódios violentos de tosse.^(3,4) Pode haver apresentação tardia.

Hérnias pulmonares pós-cirúrgicas também foram relatadas após procedimentos cirúrgicos menos extensos, como cirurgia cardíaca minimamente invasiva⁽⁵⁾ ou timectomia robótica para timomas.⁽⁶⁾ Em teoria, os instrumentos robóticos têm um centro remoto e são projetados para serem colocados na parede torácica. Esse centro oferece um ponto fixo de rotação em torno do

qual o braço do instrumento gira, minimizando qualquer trauma tecidual. No entanto, se o centro remoto não for colocado exatamente no espaço intercostal, pode ocorrer uma hérnia pulmonar no local da porta de trabalho da minitoracotomia.⁽⁵⁾

As hérnias pulmonares adquiridas ocorrem mais comumente no lado direito no quinto espaço intercostal, contendo tecido pulmonar.⁽³⁾ No entanto, também podem conter conteúdo abdominal se houver um componente transdiafragmático ou toracoabdominal.⁽³⁾ Dados atuais sugerem que, no caso de musculatura intercostal rompida por toracotomia anterior, fatores predisponentes para herniação da parede torácica incluem hiperinsuflação causada por DPOC, baixa qualidade do tecido, baixa capacidade de cicatrização resultante de diabetes, obesidade e uso de esteroides orais.⁽³⁾

A apresentação de uma hérnia da parede torácica pode ser variável, desde uma protuberância redutível assintomática a dor intensa, tosse persistente, falta de ar e hemoptise.⁽⁷⁾ Corroborando o presente caso, dor é o sintoma mais comum associado a essa condição.⁽³⁾ O diagnóstico pode ser feito clinicamente. No entanto, os exames de imagem desempenham um papel importante no diagnóstico de herniação torácica. Embora a radiografia de tórax possa ajudar no diagnóstico, a TC é considerada o padrão ouro para avaliar essa condição, pois demonstra claramente o defeito que se projeta para fora da parede torácica.⁽⁴⁾ No cenário de lesões traumáticas agudas da parede torácica, nas quais o paciente está muito instável para ser transportado para a sala de TC de tórax, o uso de ultrassonografia foi relatado recentemente.⁽⁸⁾

Há grande controvérsia quanto ao manejo ideal desses pacientes. As indicações para correção de hérnia torácica adquirida incluem sintomas e presença de encarceramento.⁽³⁾ Em casos de hérnias assintomáticas, o tratamento conservador também foi descrito; no entanto, a correção cirúrgica é geralmente recomendada para evitar o risco de estrangulamento do conteúdo da hérnia.^(9,10) Assim, o acompanhamento clínico e radiográfico seriado é obrigatório.

As técnicas de reparo podem variar, desde o fechamento primário à implantação de material protético ou autólogo. Em nosso caso, a hérnia intercostal foi reparada com uma tela de prolene. Até o momento, poucos estudos compararam o reparo primário com o protético em relação a diferenças nas complicações pós-operatórias.⁽³⁾ Em uma revisão retrospectiva, 27 pacientes foram submetidos à herniorrafia da parede torácica. O reparo com tela e o reparo primário foram realizados em 9 e 18 pacientes, respectivamente, e as taxas de complicação foram de 22% e 42%. A herniorrafia protética não foi associada a

1. Instituto do Coração, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo (SP) Brasil.

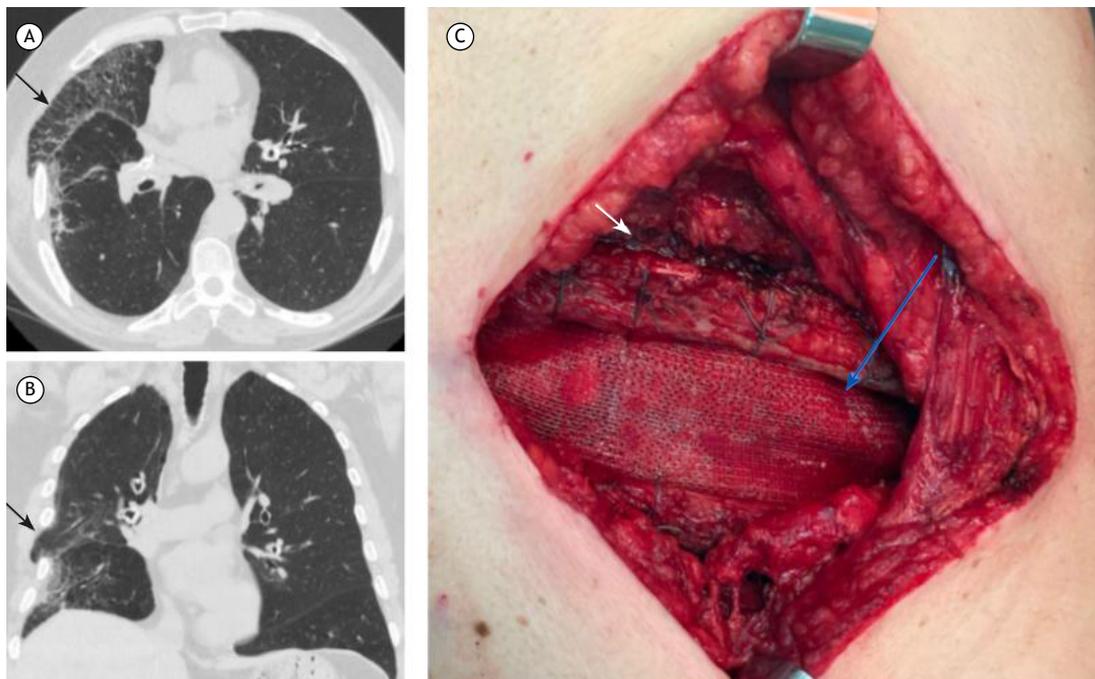


Figura 1. Cortes de TC de tórax nos planos axial e coronal durante manobra de Valsava (em A e B, respectivamente). Em C, fotografia mostrando tela de prolene fixada nos rebordos costais com fio de sutura não absorvível no nível da pleura parietal cobrindo o defeito.

um risco aumentado de complicações pós-operatórias em comparação com o reparo primário.⁽³⁾

Esta carta descreve o caso de um paciente com DPOC e dependência de esteroides com uma hérnia pulmonar na parede torácica pós-toracotomia. A correção cirúrgica com material protético transcorreu sem intercorrências e, após três meses, não havia sinais de recidiva.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores contribuíram igualmente na redação e revisão do manuscrito.

CONFLITO DE INTERESSE

Nenhum declarado.

REFERÊNCIAS

- Davare DL, Kiffin C, Sanchez R, Lee SK, Carrillo EH, Rosenthal AA. Traumatic Lung Herniation following Skateboard Fall. *Case Rep Med*. 2016;2016:9473906. <https://doi.org/10.1155/2016/9473906>
- Clark AJ, Hughes N, Chisti F. Traumatic extrathoracic lung herniation. *Br J Radiol*. 2009;82(976):e82-e84. <https://doi.org/10.1259/bjr/24198593>
- Seder CW, Allen MS, Nichols FC, Wigle DA, Shen KR, Deschamps C, et al. Primary and prosthetic repair of acquired chest wall hernias: a 20-year experience. *Ann Thorac Surg*. 2014;98(2):484-489. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2014.03.021>
- Waqar S, Vaughan P, Edwards JG. Late presentation of a traumatic lung hernia. *Ann Thorac Surg*. 2010;90(5):1715. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2010.02.022>
- Bhamidipati CM, Iyalla KI, Seymour KA, Lutz CJ. Lung hernia following robotic-assisted mitral valve repair. *J Card Surg*. 2012;27(4):460-463. <https://doi.org/10.1111/j.1540-8191.2012.01463.x>
- Keijzers M, Dingemans AM, Blaauwgeers H, van Suylen RJ, Hochstenbag M, van Garsse L, et al. 8 years' experience with robotic thymectomy for thymomas. *Surg Endosc*. 2014;28(4):1202-1208. <https://doi.org/10.1007/s00464-013-3309-5>
- Mhamdi S, Aouini I, Daboussi S, Mahfoudhi H, Lassoued MB, Kallel M, et al. Intercostal lung herniation secondary to thoracotomy: a case report. *Pan Afr Med J*. 2020;36:39. <https://doi.org/10.11604/pamj.2020.36.39.20054>
- Marlow S, Campbell T, Davis A, Patel HR. Emergency ultrasound in the diagnosis of traumatic extrathoracic lung herniation. *Am J Emerg Med*. 2013;31(3):633.e1-633.e6332. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2012.09.030>
- Weissberg D, Refaely Y. Hernia of the lung. *Ann Thorac Surg*. 2002;74(6):1963-1966. [https://doi.org/10.1016/S0003-4975\(02\)04077-8](https://doi.org/10.1016/S0003-4975(02)04077-8)
- François B, Desachy A, Cornu E, Ostyn E, Niquet L, Vignon P. Traumatic pulmonary hernia: surgical versus conservative management. *J Trauma*. 1998;44(1):217-219. <https://doi.org/10.1097/00005373-199801000-00035>