

-5- “HERNIA PULMONAR ADQUIRIDA TRAS INTERVENCION DE UN SCHWANNOMA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO”

Autores: Gómez Arenas, Ana María; García Molina, Daniela; Alonso Mallo, Enrique.

Centro de Trabajo: Servicio de Neumología. Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

1. Exposición del caso: Mujer de 60 años, natural y residente de Palencia. Sin alergias medicamentosas conocidas. Fumadora de 20 paq/año. Sd ansioso-depresivo. Mastitis. Síncope vaso-vagal. Asma. EPOC. Dislipemia. Intervenida de cirugía ortopédica cervical. Resección de Schwannoma mediastínico en 2013. En tratamiento con Duoresp. Eklira.

La paciente acude a consulta de deshabituación tabáquica porque quiere dejar de fumar. Refiere tos (más por la noche con expectoración escasa blanquecina). Disnea de esfuerzo. Dolor en región anterior de tórax y espalda.

En la Exploración física: BEG. AC: rítmica sin soplos. AP: mv conservados sin ruidos patológicos. El resto de la exploración es normal.

En las pruebas complementarias: Bioquímica: glucosa 119, K 5,2. Hemograma y coagulación normal. Espirometría: FVC 1950 (68.7%) FEV1 1420 (62.9%) Fev1/FVC 72,75%. Insuficiencia ventilatoria no obstructiva leve. Difusión: DLCO 61,8%. KCO 58,4% Disminución leve de la difusión. ECG: ritmo sinusal, sin alteraciones de la repolarización.

Rx de tórax (Fig. 1) se observa clips quirúrgicos paravertebrales izdos a nivel de D9-D10. Opacidad con obliteración del seno cotofrénico lateral izdo sin cambios respecto a estudios previos desde al menos 2014. Sugiere posible engrosamiento pleural crónico/residual (intervención de Schwannoma mediastínico).

Evolución: Inicialmente se pauta tratamiento para dejar de fumar, se prescribe Champix + Nicorette spray. Debido a la imagen en Rx de tórax se solicita TAC de tórax:

TAC de tórax: Cambios postquirúrgico en mediastino posterior izdo. Protusión del parénquima pulmonar más allá del límite de la cadera torácica a través del séptimo arco costal lateral izdo. (Fig 2) Compatible con hernia pulmonar intercostal. No presente en TAC preQx de 2013. El defecto a nivel de la musculatura intercostal mide aproximadamente unos 3 cm en sentido anteroposterior y 1,6 cm craneocaudal. La hernia (Fig. 3) que contiene parénquima del segmento inferior de la llingula, mide aproximadamente unos 3,5 cm x 19 cm en el plano axial. Discreta separación de los arcos costales séptimo y octavo con ampliación del séptimo espacio intercostal izdo. Pequeña área de aumento de entidad de aprox 3.5x 1.5 cm (en el plano axial) en segmento anterior del lóbulo inferior izquierdo en contacto con la

cisura, que aparece traccionada focalmente hacia adelante, y con el octavo arco costal lateral. Parece secundario a la tracción condicionada por la hernia con componente de atelectasia periférica en parénquima del LII más próximo al parénquima de la llingula herniado.(Fig. 4).

En la actualidad pendiente de intervención.

2. Discusión: Los Schwannomas, denominados *neurinomas*, son tumores que se derivan de las células de Schwann. Dichas células forman parte de la cubierta de los nervios y están encargadas de la producción de mielina. Las células de Schwann tienen como función producir mielina y dar protección y soporte. Casi siempre es benigno, aunque en casos raros puede ser maligno. Los síntomas de pueden ser vagos y variarán dependiendo de su ubicación y tamaño, síntomas similares a una neuropatía compresiva cuando un nervio periférico es atrapado por el tumor, como dolor, debilidad muscular, hormigueo, entumecimiento, problemas de audición y / o parálisis facial. A veces no causan ningún síntoma. Diagnóstico mediante estudios de imagen. Una biopsia puede confirmar el diagnóstico. El tratamiento de los schwannomas benignos es la retirada del tumor con cirugía, lo que por lo general, resulta en un alivio completo y rápido de los síntomas. El tratamiento de los schwannomas malignos puede incluir cirugía, y radioterapia.

La hernia pulmonar o neumocèle es la protrusión del parénquima pulmonar a través de un defecto de la pared torácica, favorecida por un aumento de la presión intratorácica . Se pueden clasificar en cervicales, diafragmáticas, torácicas o intercostales; según su etiología en congénitas y adquiridas, estas últimas son las más frecuentes. Las hernias adquiridas pueden ser post quirúrgicas, secundaria a trauma o a procesos inflamatorios y/o neoplásicos de la pared torácica, o espontáneas. Las hernias espontáneas son muy infrecuentes. Factores predisponentes como obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, uso crónico de corticoides, enfermedad inflamatoria o neoplásica. Los síntomas suelen ser escasos e infrecuentes. El diagnóstico suele hacerse por la exploración física y puede confirmarse con la radiografía simple o la TC torácica. En ciertos casos, el tratamiento conservador con vendaje inmovilizador de la zona puede conseguir el cierre espontáneo del defecto parietal. Cuando esta modalidad terapéutica falla o la rotura es importante, se impone la reparación quirúrgica

3. Bibliografía:

- F. Heras,G. Ramos,M. Castanedo,A. Cortejoso,J.L. Duque,M.G. Yuste
Schwannoma of the intrathoracic vagus nerve
Arch Bronconeumol, 33 (1997), pp. 360-362
Medline

- K.S. Rammos,S.K. Rammos,C.N. Foroulis,T.K. Zaramboukas
Schwannoma of the vagus nerve, a rare middle mediastinal neurogenic tumor
J Cardiothorac Surg., 4 (2009), pp. 68 <http://dx.doi.org/10.1186/1749-8090-4-68>
Medline
- T.W. Huang,M.H. Yang,Y.L. Cheng,W.C. Tsai,S.C. Lee Vagus nerve schwannoma in
the middle mediastinum Thorac Cardiovasc Surg., 58 (2010), pp. 312-
314 <http://dx.doi.org/10.1055/s-0029->
- Motta Ramírez G, Gaytán Ortiz A. Hernia pulmonar intercostal. Acta Médica Grupo
Ángeles. 2014 abril-junio;12(2).
- C.J. Davis,E.G. Butchart,A.R. Gibbs Neurilemmoma of the intrathoracic vagus nerve
Eur Respir J., 4 (1991), pp. 508-510 Artículo | Medline
- R. Embún Flor,F.J. García Tirado,J.J. Rivas de Andrés Tumores del mediastino
Enfermedades Respiratorias, 2.ª ed., pp. 887-904



Figura 1

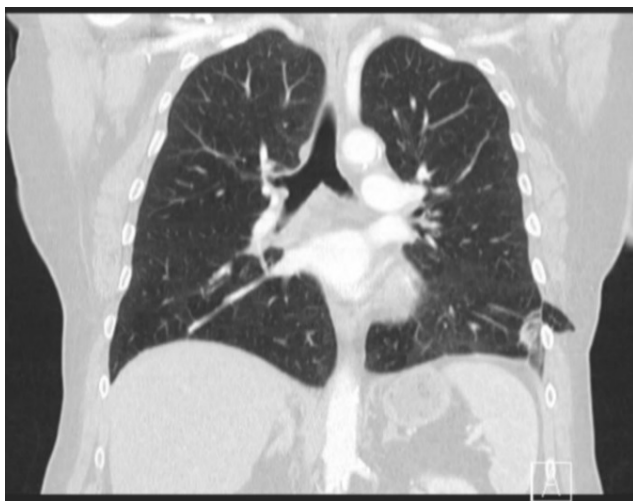


Figura 2

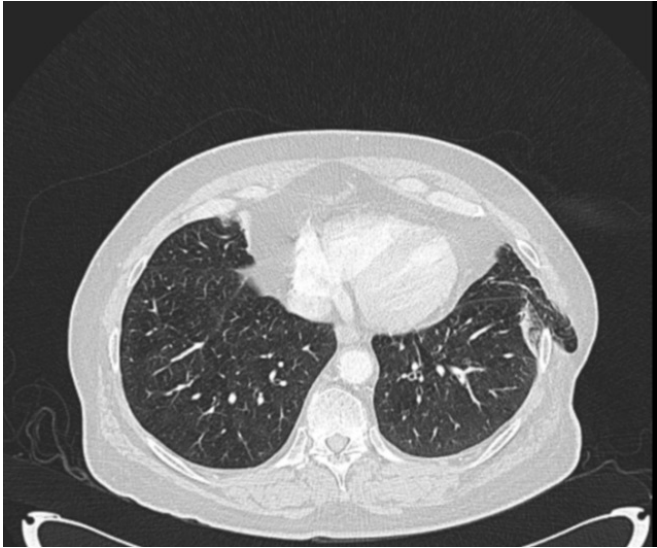


Figura 3

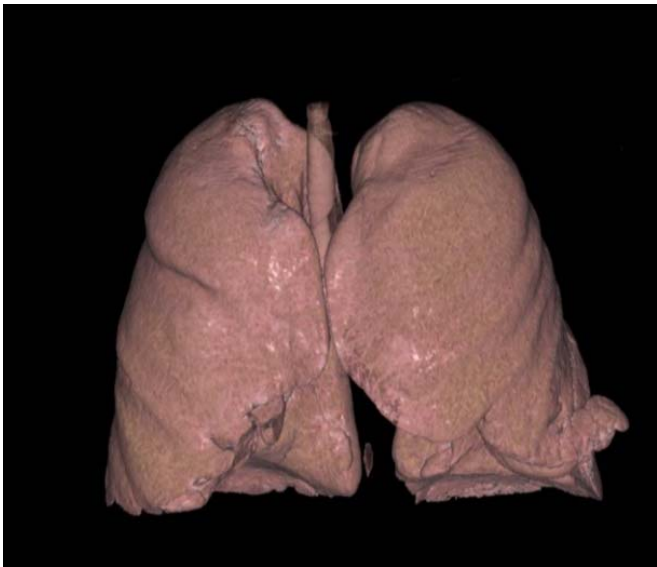


Figura 4