

Hernia diafragmática de Morgagni en el adulto: a propósito de un caso

Morgagni diaphragmatic hernia in an adult: a case report

Sr. Director:

Se presenta el caso de un varón de 28 años, procedente de Guinea Ecuatorial, sin antecedentes de interés y asintomático, al que se le realizó una radiografía de tórax por ser contacto de un paciente con tuberculosis.

La radiografía posteroanterior de tórax mostró en el ángulo cardiofrénico derecho una masa redondeada, bien delimitada, que presentaba densidad homogénea y signo de silueta positivo con el perfil cardíaco derecho. La proyección lateral confirmó que la imagen tenía situación anterior (fig. 1). Se realizó una tomografía computarizada (TC) toracoabdominal que evidenció la presencia de parénquima hepático migrado a la cavidad torácica a través de una hernia diafragmática anterior derecha (fig. 2).

Los defectos diafragmáticos pueden tener un origen traumático, postoperatorio o, más frecuentemente, congénito. La hernia diafragmática congénita presenta una incidencia global aproximada de 1 de cada 2.000 a 5.000 nacidos vivos. Lo más frecuente (95% de los casos) es que el defecto esté en situación posterolateral (hernia de Bochdalek) y que se localice en el lado izquierdo. En un 2% de los casos el defecto diafragmático es anteromedial y la herniación se produce a través del foramen de Morgagni, que se sitúa adyacente al apéndice xifoides del esternón (hernia de Morgagni), y el lado derecho es el afectado con mayor frecuencia. Las vísceras contenidas habitualmente en el saco herniario son colon, epiplón, estómago e hígado. No es excepcional encontrar parénquima hepático en el interior de una hernia congénita de Morgagni (8 de 20 casos en una

de las series más amplias y recientes)¹; sí es infrecuente que su contenido sea exclusivamente hepático y que se muestre como una gran masa bien delimitada en el ángulo cardiofrénico derecho, como en el caso que se presenta. El diagnóstico diferencial incluye lesiones quísticas (quiste pleuropéricárdico, quiste broncogénico) y, con menor probabilidad, lesiones de contenido graso (lipoma, necrosis grasa pericárdica) y de origen tímico, como el timoma². Dado que el paciente no refería antecedentes de interés y debido a su procedencia, se consideró que se trataba de una hernia diafragmática congénita. Ésta se asocia, en un alto porcentaje de los casos, a otras anomalías, incluyendo cardiopatías congénitas, malrotación intestinal, trisomía 21 e hipoplasia pulmonar³. El estudio realizado a este paciente descartó otras alteraciones. Algunos autores sostienen que es más probable que en el niño el defecto diafragmático sea congénito y central (debido a alteraciones del desarrollo diafragmático), mientras que en pacientes de edad avanzada el defecto sea paramediano y



Figura 2 Tomografía computarizada toracoabdominal: hernia diafragmática derecha con contenido hepático.

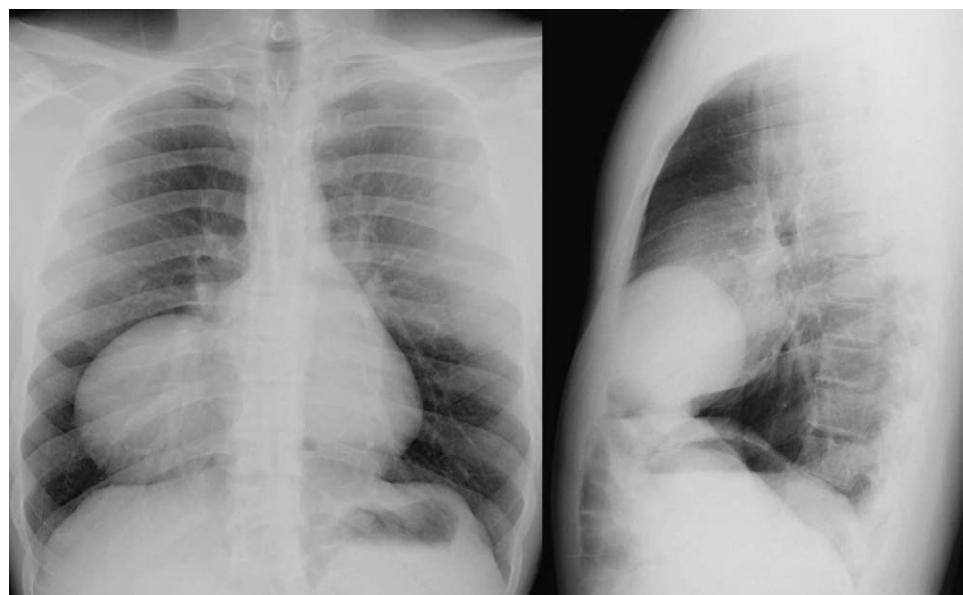


Figura 1 Radiografía posteroanterior y lateral de tórax: masa bien delimitada en el ángulo cardiofrénico derecho.

tenga un origen adquirido, debido al efecto del incremento de la edad y la presión abdominal sobre un área diafragmática debilitada⁴. Las técnicas de imagen de diagnóstico prenatal permiten la detección precoz de la hernia diafragmática congénita. En adultos puede presentarse como un hallazgo casual y ser sospechada a través de una radiografía de tórax, siendo la TC la técnica de elección para su diagnóstico⁵.

Bibliografía

1. Al-Salem AH. Congenital hernia of Morgagni in infants and children. *J Pediatr Surg.* 2007;42:1539–43.
2. Pineda V, Andreu J, Cáceres J, Merino X, Varona D, Domínguez-Oronoz R. Lesions of the cardiophrenic space: findings at cross-sectional imaging. *Radiographics.* 2007;27:19–32.

doi:10.1016/j.rx.2009.02.009

3. Cigdem MK, Onen A, Okur H, Otcu S. Associated malformations in Morgagni hernia. *Pediatr Surg Int.* 2007;23:1101–3.
4. McBride CA, Beasley SW. Morgagni's hernia: believing is seeing. *ANZ J Surg.* 2008;78:739–44.
5. Eren S, Ciris F. Diaphragmatic hernia: diagnostic approaches with review of the literature. *Eur J Radiol.* 2005;54:448–59.

G. Abad Tallada* y J.L. de Benito Arévalo

Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: glrabad@hotmail.com (G. Abad Tallada).

Síndrome del cascanueces

Nutcracker syndrome

Se presenta el caso de una mujer de 34 años, con hematuria y dolor en flanco izquierdo, que fue finalmente diagnosticada del síndrome del cascanueces. Denominado inicialmente como “síndrome del atrapamiento de la vena renal izquierda”, se define como hematuria en el sistema colector izquierdo a consecuencia de la compresión de la vena renal izquierda entre las arterias mesentérica superior (AMS) y aorta¹ (fig. 1). La compresión supone una elevación de la presión venosa renal, y la formación de venas varicosas y colaterales en la pelvis renal y uréter, que pueden sangrar a la vía excretora izquierda provocando así episodios de hematuria².

Este síndrome aparece en individuos con una disminución del ángulo entre la AMS y la aorta (fig. 2), y parece ser que

afecta por igual a varones que a mujeres. Clínicamente, puede ser asintomático o presentarse con hematuria microscópica (con o sin proteinuria) o macroscópica. En algunos casos puede haber dolor en fosa renal, dolor abdominal y fenómenos ortostáticos (aumento del dolor o taquicardia en bipedestación). En los varones puede haber varicocele izquierdo y en las mujeres congestión venosa pélvica (fig. 3).

El uso de técnicas de imagen es fundamental para el diagnóstico, siendo la flebografía una de las pruebas más útiles, ya que permite establecer los gradientes de presión entre el tramo proximal y distal de la vena renal izquierda. La resonancia magnética y la tomografía computarizada son muy útiles para el diagnóstico, ya que con las reconstrucciones coronales y sagitales permiten el estudio de las relaciones vasculares y el grado de la compresión de la vena renal izquierda². La ecografía Doppler permite determinar

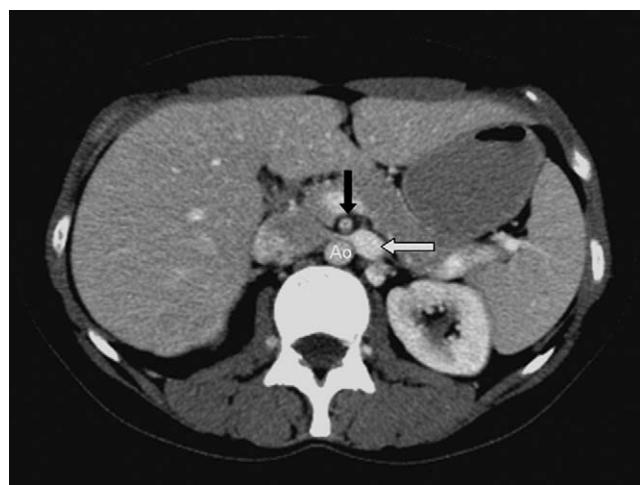


Figura 1 Corte axial de tomografía computarizada a la altura de la entrada de la vena renal izquierda (VRI) (marcada con una flecha blanca) en la cava. En esta imagen vemos como la VRI está comprimida a su paso entre la arteria mesentérica superior (flecha negra) y la aorta (Ao). Obsérvese la dilatación distal de la vena como consecuencia de la compresión.



Figura 2 Corte sagital de tomografía computarizada en la salida de la arteria mesentérica superior (AMS). Esta imagen muestra como la AMS (flecha negra) tiene un ángulo agudo con la aorta (Ao), quedando entre ambos vasos la vena renal izquierda casi colapsada (flecha blanca).