

Hernia diafragmática de Morgagni en el adulto

Sr. Director:

La hernia diafragmática de Morgagni-Larrey es un defecto congénito poco frecuente de localización predominantemente derecha¹. Esta entidad es generalmente diagnosticada en la edad adulta de forma casual al realizar una radiografía de tórax. Las formas sintomáticas se deben a la herniación de vísceras abdominales a la cavidad torácica en procesos que aumentan la presión intraabdominal (embarazo, obesidad, ascitis, etc.) produciendo clínica respiratoria o digestiva. A continuación presentamos el caso de un paciente varón de 70 años diagnosticado de una hernia de Morgagni derecha con sintomatología respiratoria asociada.

Un paciente varón de 70 años ingresó en nuestro hospital por presentar en los últimos meses aumento progresivo de disnea hasta hacerse de reposo junto a tos no productiva. Tenía antecedentes personales de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Era fumador activo y recibía tratamiento con broncodilatadores inhalados. A la exploración física destacaba una marcada obesidad y una auscultación pulmonar con hipoventilación generalizada y roncus diseminados. El hemograma, el estudio de la coagulación, los parámetros del autoanálizador y los marcadores tumorales no presentaban alteraciones. En una radiografía de tórax se observó una condensación homogénea paracardiaca a nivel del lóbulo inferior derecho. Una tomografía axial computarizada (TAC) torácica detectó en el ángulo costofrénico derecho la presencia de grasa con vasos en su interior compatible todo ello con hernia de Morgagni (fig. 1). Se realizó enema opaco que confirmó la presencia de una hernia de Morgagni con colon transverso en su interior. El paciente rechazó la intervención quirúrgica propuesta por el personal médico.

La incidencia de hernia diafragmática congénita es muy baja, con una prevalencia de 1 por cada 5.000 recién nacidos vivos². Se han descrito 4 tipos de hernia diafragmática congénita: hernia hiatal, hernia paraesofágica, hernia de Bochdalek y hernia de Morgagni-Larrey. La hernia de Morgagni representa menos del 2% de todas las anomalías diafragmáticas. Fue descrita por primera vez por Morgagni en 1761. En la mayoría de los casos es de predominio paraesternal derecho, ya que el lado izquierdo está protegido por el pericardio. El contenido herniario suele ser, de mayor a menor frecuencia, epiplón, colon transverso, estómago, hígado, intestino delgado, ciego y apéndice³. Aunque la hernia de Morgagni se considera un defecto congénito, lo habitual es que se diagnostique en la edad adulta, generalmente de forma incidental al realizar una radiografía de tórax. Las formas sintomáticas (un tercio de los casos) aparecen sobre todo en procesos que provocan aumento de la presión intraabdominal (embarazo, obesidad, ascitis, traumatismos, estreñimiento crónico). La sintomatología típicamente es respiratoria (disnea)⁴ y digestiva (dolor abdominal y obstrucción intestinal)⁵. El diagnóstico generalmente se confirma mediante pruebas radiológicas, desde las más sencillas (radiografía de tórax) hasta las más sofisticadas (TAC y resonancia magnética nuclear). Los estudios radiológicos con bario y el enema opaco son pruebas diagnósticas muy útiles, ya que el colon

es una víscera de muy frecuente aparición en el saco herniario. El tratamiento de elección de la hernia de Morgagni es la cirugía. El abordaje quirúrgico más indicado es la vía abdominal mediante laparoscopia. La vía torácica se reserva para recidivas, presencia de otras lesiones torácicas asociadas o ante masas torácicas anteriores no filiadas⁶. La morbimortalidad quirúrgica es relativamente baja.

En resumen, la hernia de Morgagni es una entidad poco frecuente, diagnosticada generalmente en la edad adulta de forma incidental. La reparación de la hernia de Morgagni es un procedimiento bastante seguro y efectivo, estando indicado incluso en las formas asintomáticas a fin de evitar la aparición de formas sintomáticas con una elevada morbilidad asociada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Santos FF, Bellido A, Sánchez A, Ortega LE, Gómez A. Nueva técnica quirúrgica por vía laparoscópica en la hernia de Morgagni. *Cir Esp.* 1998;63:214-7.
2. Schumpelick V, Steinau G, Schluper I, Prescher A. Surgical embryology and anatomy of the diaphragm with surgical applications. *Surg Clin North Am.* 2000;80:213-39.
3. Echenique M, Amondarain JA, Mar B. Hernias de Morgagni. Presentación de una serie de casos tratados en la era prelaparoscópica. *Cir Esp.* 2002;71:197-200.
4. Wong NA, Dayan CM, Virjee J, Heaton KW. Acute respiratory distress secondary to Morgagni diaphragmatic herniation in an adult. *Postgrad Med J.* 1995;71:39-41.
5. Farshi DJ, Djabali BM. Volvulus gastrique revelateur d'une hernie diaphragmatique antérieure. *Chirurgie.* 1995;120:375-7.
6. Hussong RL Jr, Landreneau RJ, Colé FH Jr. Diagnosis and repair of a Morgagni hernia with video-assisted thoracic surgery. *Ann Thorac Surg.* 1997;63:1474-5.

D. Vañó Sanchís, G. Arranz García
y N. Sánchez-Manjavacas Muñoz
Departamento de Medicina Interna y Digestivo.
Hospital Virgen de la Luz. Cuenca



Fig. 1. Imagen de condensación con grasa y vasos en su interior a nivel del ángulo costofrénico derecho (flecha blanca).