

Hernia de Morgagni

Reporte de un caso y revisión de la literatura

Morgagni Hernia

Report of one case and review of the literature

 José Ranulfo Lizardo B. *, José Gerardo Godoy M. *,
 Carlos Humberto Figueroa †

RESUMEN. Se presenta el caso de una paciente femenina de 2 años de edad con historia de neumopatía crónica, cuyos estudios diagnosticaron que se trataba de una hernia diafragmática derecha de Morgagni. Por lo que fue operada en el Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño del Seguro Social en forma exitosa. La hernia diafragmática de Morgagni es una patología rara, constituye menos del 5% de todas las hernias diafragmáticas y el presente caso es el primero en reportarse en la literatura médica hondureña.

Palabras clave: *Hernia de Morgagni. Hernia de Larrey. Hernia Diafragmática. Hernia retroestructural.*

SUMMARY. This is the case of a two year old, female patient with a history of chronic pneumopathy, whose diagnostic studies revealed a right diaphragmatic hernia of Morgagni. This hernia was successfully operated in the Hospital of Specialities of the Honduran Institute for Social Security. The diaphragmatic hernia of Morgagni is a rare pathology that constitutes less than 5% of all the diaphragmatic hernias, and the present case is the first one reported in the Honduran medical literature.

Keywords: *Hernia of Morgagni. Hernia of Larrey diaphragmatic hernia. Retrosternal hernia.*

INTRODUCCIÓN

El foramen de Morgagni es un espacio retroesternal que se desarrolla cuando la porción fibrotendinosa de la *pars sternalis*, no se fusiona con el tejido fibrotendinoso que surge de los arcos costocondrales, de tal manera que hay un defecto entre las uniones esternales y costales del diafragma exactamente en la porción anteriomedial del septum transversum y la pared torácica.^{1,2} Este espacio usualmente es llenado con grasa que es cubierta por arriba por la pleura y por abajo por el peritoneo sin embargo este foramen ofrece una vía a través de la cual las vísceras abdominales pueden herniarse a la cavidad torácica, siendo el colon transversal y/o el epiplón acompañado de un saco herniario los contenidos más frecuentemente encontrados.¹⁻³

Cuando el hiato ocurre en la unión esternocostal derecha se le define como hernia de Morgagni, en cambio cuando el defecto es en la unión esternocostal izquierda se le llama de Larrey y si existe en ambos lados se trata de una hernia de Morgagni-Larrey.^{3,4}

En un 90% de los casos la hernia ocurre en el lado derecho, un 8% en el lado izquierdo y un 2% la hernia es bilateral.^{1,2}

* Cirujano Pediatra, Instituto Hondureño de Seguridad Social.
 † Radiólogo Pediatra, Instituto Hondureño de Seguridad Social.
 Dirigir correspondencia al correo electrónico: jlizardob@hotmail.com

De acuerdo a la literatura mundial la hernia de Morgagni-Larrey es una patología sumamente rara, correspondiéndole únicamente un 4.5% de todas las hernias diafragmáticas congénitas³ de allí la importancia en publicar este primer caso de literatura médica hondureña.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

El día 18 de abril del 2005 se ingresó en el Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño del Seguro Social una paciente femenina de 2 años de edad con historia de cuadros respiratorios a repetición caracterizado por episodios de tos seca y vómitos que presentaban una duración de 15 días aproximadamente y se repiten cada mes. No había historia de fiebre ni pérdida de peso y al examen físico se observó una paciente en buen estado general, con signos vitales normales, peso y talla adecuado para su edad.

El examen físico fue completamente normal, sin embargo, en vista de esa historia compatible con una neumopatía crónica, se le indicó una radiografía de tórax posteroanterior y lateral observándose en la primera proyección una imagen radiolúcida multiseptada en el ángulo costo frénico derecho y que en la proyección lateral se observaba por atrás del esternón (Ver figuras No. 1 y No. 2).

Con estos datos se sospechó una hernia diafragmática anterior derecha de Morgagni, por lo que se indicó un colon por enema, donde se confirmó la presencia de colon transverso en el hemitórax derecho (Ver figuras No. 3 y No. 4).

La niña fue sometida a una toracotomía postero lateral derecha, encontrando 10cm de colon transverso que se herniaban a través de un defecto diafragmático anterior de 5cm de diámetro (Ver figura No. 5).

Luego se procedió a reducir el asa intestinal para realizar una hernioplastia diafragmática con seda dos ceros puntos separados y colocación de una sonda pleural. (Ver figura No. 6) Terminando el procedimiento, se trasladó a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, donde se inició la vía oral a las 24 horas postoperatorias y se retiró el sello pleural a las 48 horas trasladándose a Sala de Pediatría B para darse de alta en su tercer día de postoperatorio.

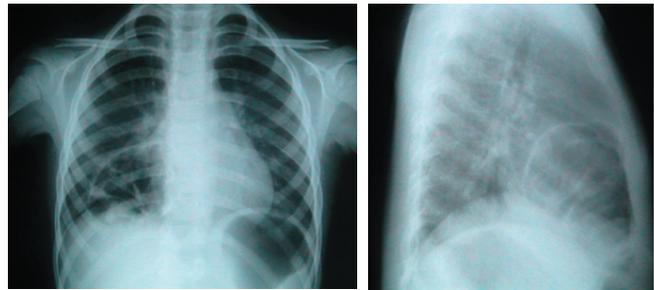


Figura No. 1 y No. 2 . En la radiografía A-P como en la lateral se observa la imagen radiolúcida septada.

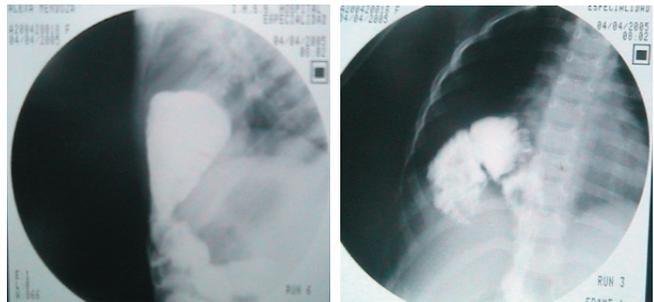


Figura No. 3 y No. 4. En el colon por enema se observa un asa del transverso en el hemitorax derecho.

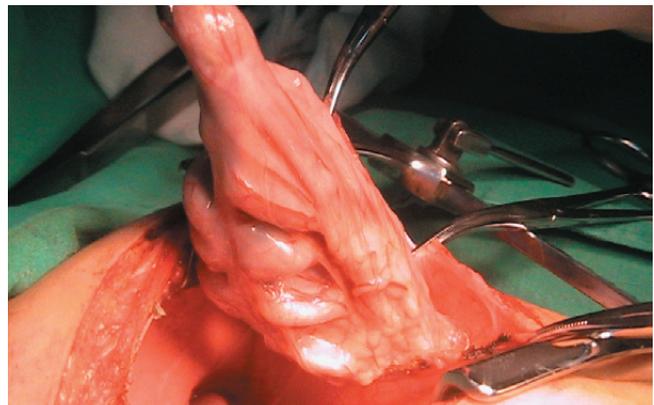


Figura No. 5. En la toracotomía derecha se encontró 10cm de colon transverso.

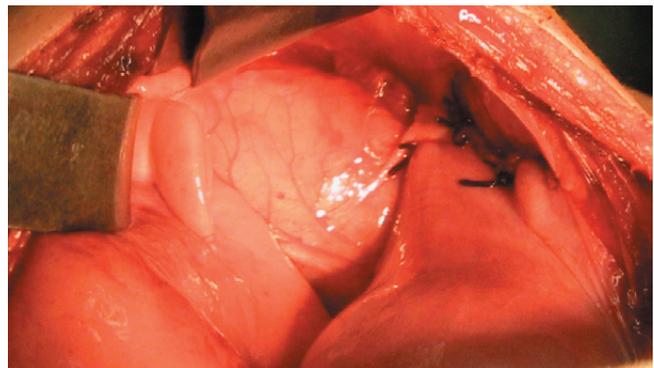


Figura No. 6. se observa el defecto cerrado con seda 00.

La paciente ha sido controlada en Consulta Externa de Cirugía Pediátrica durante un año, encontrándosele completamente asintomática y sus controles radiológicos son normales.

DISCUSIÓN

La incidencia de hernias diafragmáticas en Estados Unidos es de un caso cada 3,509 nacimientos vivos, de los cuales la gran mayoría corresponden a hernias posterolaterales o de Bochdalek y únicamente un 4.5% son defectos anteromediales o llamados de Morgagni, quien la describió por primera vez en 1769. (Ref.1,4,5)

La forma de presentación de la hernia de Morgagni es muy variada desde una dificultad respiratoria severa a un paciente completamente asintomático que es diagnosticado como un hallazgo incidental en una radiografía de tórax o como en el presente caso caracterizado por ataques repetidos de infecciones respiratorias o intermitentes síntomas intestinales.⁴⁻⁸

Generalmente el diagnóstico se realiza durante la primera década de la vida sin embargo hay casos que se han diagnosticado durante la vida adulta sobretodo debido al incremento de la presión intrabdominal por condiciones adquiridos como la obesidad y el embarazo,³ usualmente una radiografía de tórax anteroposterior y una lateral mas un enema de bario, son suficientes para confirmar el diagnóstico de hernia de Morgagni,³⁻⁷ donde se observara asas intestinales en la porción anteromedial de la cavidad torácica, tal como se evidenció en nuestra paciente sin ser necesario mas estudio.

Aún cuando la mayoría de las hernias diafragmáticas son asintomáticas y el riesgo de encarcelamiento y estrangulación es raro, todos los autores están de acuerdo en que una vez realizado el diagnóstico se debe proceder a realizar la corrección quirúrgica lo más pronto posible, para evitar la posibilidad de una necrosis intestinal.^{4-7,9}

En relación con el abordaje la mayoría acepta que las hernias crónicas deben ser resueltas a través de una toracotomía y las hernias agudas por laparotomía, esto debido a que en las hernias crónicas es muy probable que existan adherencias a las estructuras intratorácicas y se requiere

mayor disección tanto del saco herniario como de su contenido,⁷ lo cual es más fácil de realizar a través de una toracotomía tal como lo realizamos en este caso.

La cirugía consiste en reducción de la hernia, resección del saco y sutura del defecto que la mayoría realizamos con puntos separados y sutura no absorbible.

Es importante mencionar que autores como Lima en el año 2000, Azzie y Qahtani en el año 2006 ya han reportado reparación de hernia de Morgagni vía laparoscópica con muy buenos resultados.^{3,10-11}

Para finalizar podemos concluir que la hernia de Morgagni es una patología extremadamente rara, cuya forma más común de presentación es asintomática, sin embargo, su tratamiento siempre es quirúrgico y ha esto se debe la importancia de publicar este primer caso en la literatura médica hondureña.

REFERENCIAS

- 1.- Lau TS, Kim SS, Ledbetter JD and Healey TP. Fraternal Twins with Morgagni hernias. *J Pediatr Surg* 2005;40:725-727.
- 2.- Harris JG, Soper TR and Kimura KK. Foramen of Morgagni hernia in identical twins: is this an Inheritable defect? *J. Pediatr Surg* 1993; 28:177-178.
- 3.- Lima M, Domini M, Libri M, Morabito A, Tani G, and Domini R. Laparoscopic repair of Morgagni-Larry hernia in a Child. *J Pediatr Surg* 2000; 35:1266-1268.
- 4.- Stolar CJ, Dillon PW: Congenital diaphragmatic hernia and reduction in O'neill JA, Rowemi, Grosfeld JL *et al*: *Pediatric Surgery* (ed5). St Louis, MO, Mosby 1998; p 832.
- 5.- Holder TM, Ascrath KW. *Pediatric Surgery*. 2nd Ed. Philadelphia. WB Saunders Company 1993; p 214.
- 6.- Raffensperger JG. *Swenson's Pediatric Surgery*. Fifth ed. Norwalk, Connecticut; Appleton & Lance 1990; p 730.
- 7.- Moss RL, Skarsgard ED, Kosloske AM and Smith BM case studies in *Pediatric Surgery*, New York. Mcgraw-Hill, 2000; p 29-30, 212-213.
- 8.- Berman L, Stringer D, Einsh, *et al* the late presenting Pediatric Morgagni hernia a benign condition. *J Pediatr Surg* 1989; 24:970-972.
- 9.- Vaos G and Skondras C. Colonic necrosis because of strangulated recurrent Morgagni's hernia in Child with Down's Syndrome. *J Pediatr Surg* 2006; 41:589-591.
- 10.- Azzie G, Maoate K, Beasley S, Retief W, Bensousan A. A simple technique of Laparoscopic full thickness anterior abdominal wall repair of retrosternal (Morgagni) hernias. *J Pediatr Surg* 2003; 38:768-770.
- 11.- Qahtani AR and Almaramhi H. Minimal Access Surgery in Neonates and Infants *J Pediatr Surg* 2006; 41:910-913.