

Hernia de Morgagni

Bandrés Carballo B, Parra Gordo ML, Velasco Ruiz M, González Sendra FJ, Manzano Paradela M

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario La Princesa. Madrid.

Se presenta el caso de un paciente de 78 años, sin antecedente traumático, ex-fumador, diagnosticado de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y EPOC tipo enfisema con obstrucción pulmonar grave que requiere oxigenoterapia permanente con varias hospitalizaciones por neumonía.

En la radiografía PA de tórax de uno de los ingresos (*figura 1*) se describe la presencia de alteraciones inflamatorias en la base pulmonar derecha.

En una radiografía de control posterior (proyecciones PA y lateral) se observa una masa paracardiaca derecha con gas en su interior, que se identifica como un segmento de colon herniado en cavidad torácica en la proyección lateral. De este modo se constata que el aumento de densidad descrito en la base pulmonar derecha como infiltrado infeccioso corresponde en realidad a una hernia de Morgagni (*figuras 2 y 3*).



Figura 2



Figura 1



Figura 3

COMENTARIO

La hernia de Morgagni (también denominada retroesternal, parasternal, subesternal y subcostosternal) fue descrita por el patólogo italiano Giovanni Battista Morgagni en 1769.

Se origina por un defecto congénito en la fusión de los septos transversos del diafragma y los arcos costales, lo que origina un espacio triangular retroesternal potencialmente débil (espacio de Larrey) susceptible de ser sobrepasado por el aumento de la presión intraabdominal. El lado derecho es el más afectado, pues el pericardio protege el costado izquierdo y dificulta su desarrollo en esa zona. En raras ocasiones la hernia puede ser bilateral.

La mayoría de los casos se diagnostica a edades avanzadas porque este trastorno no se suele acompañar de manifestaciones clínicas (hallazgo casual) o los pacientes presentan signos y síntomas respiratorios o gastrointestinales no específicos. Lo más habitual es la presentación clínica aguda o subaguda en los niños (cuadros de obstrucción o estrangulación intestinal).

La hernia diafragmática de Morgagni es la más infrecuente de las hernias congénitas diafragmáticas (2-3% de los casos), grupo en el que se describe junto a las hernias hiatales, paraesofágicas y la de Bochdalek, aunque posiblemente su frecuencia real sea mayor por la poca expresividad clínica comentada anteriormente.

En una revisión publicada por Minneci y cols, se observó que el contenido del saco fue, por orden de frecuencia, epiplón (92%), colon (58%), estómago (25%), intestino delgado (17%) y duodeno (8%).

En las radiografías PA de tórax, las hernias de Morgagni se presentan como opacidades homogéneas en el ángulo cardiopfrénico derecho, lo que puede inducir a un diagnóstico erróneo de neumonía, como ocurrió en nuestro caso y en otros similares descritos en la literatura. La radiografía lateral confirma la posición anterior de la opacidad y, aunque infrecuente, la presencia de un nivel hidroaéreo en esta localización es patognomónica de hernia de Morgagni.

Entre los diagnósticos diferenciales de masas en el ángulo cardiopfrénico derecho, se incluyen la hernia diafragmática de Morgagni, el quiste pericárdico (77% en el

lado derecho), la almohadilla grasa y el lipoma. Aunque infrecuente, se ha descrito la herniación de quistes hídricos hepáticos a través del foramen de Morgagni.

Si la masa es heterogénea o de densidad de tejidos blandos, habrá que considerar otros posibles diagnósticos, como el teratoma, liposarcoma, tumores tímicos (benignos y malignos) o adenopatías secundarias a procesos malignos supra o infradiafragmáticos; el linfoma es la causa más frecuente de adenopatías en esta localización.

Otras posibles causas son la herniación de asas intestinales postcirugía esofágica y anomalías vasculares (varices esofágicas en pacientes con hipertensión portal y venas cardiopfrénicas dilatadas en casos de obstrucción de las venas cava superior y ácigos).

Tanto la TAC como la RMN del tórax ayudan a caracterizar las lesiones identificadas en la radiografía simple y, por tanto, a estrechar el diagnóstico diferencial de las lesiones localizadas en esta región anatómica.

Aunque la mayoría de estas hernias son asintomáticas, se recomienda la reparación quirúrgica para evitar complicaciones futuras, especialmente si se identifica colon en el saco herniario, ya que el riesgo de obstrucción es alto. En los casos en que la hernia sea pequeña o contenga solamente epiplón, la intervención sólo está indicada cuando se acompañe de síntomas recurrentes y molestos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Loong T, Kocher H. Clinical presentation and operative repair of hernia of Morgagni. *Postgrad Med J* 2005;81:41-4.
2. Minneci PC, Deans KJ, Kim P, Mathisen DJ. Foramen of Morgagni hernia: changes in diagnosis and treatment. *Ann Thorac Surg* 2004;77:1956-9.
3. Morales JL, Canales L, Delgado C. Hernia de Morgagni: reporte de un caso. *Rev Chil Cir* 2006;58:464-8.
4. Lin ST, Mass DM, Henderson SO. A case of Morgagni hernia presenting as pneumonia. *J Emerg Med* 1997; 15:297-301.
5. Michela SJ, Bensadoun ES. A Mass in the Right Cardiophrenic Angle. *Respiration* 2005;72:301-3.
6. 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.