

**Hospital General Docente  
"Roberto Rodríguez Fernández"  
Morón  
Servicio de Pediatría**

**Hernia diafragmática de Morgagni. Reporte de un caso.  
Morgagni diaphragmatic hernia. Case report.**

Ileana González Pardo Díaz (1), I. Norma Pérez Cruz (2), Blanca R. Rodríguez Núñez (3), Pedro Betancourt Companioni(4).

**Resumen:**

Escolar de 8 años de edad, aparentemente saludable, remitida a nuestro servicio de urgencias por disnea ligera, con un Rx de Tórax en el que se observa radiopacidad en el lóbulo inferior del pulmón derecho, sin otros síntomas y signos acompañantes, se decide su ingreso tras examinarle y repetir la radiografía de tórax, AP y lateral derecha, se valora por radiólogo, se realiza TAC de tórax, se precisa hernia diafragmática derecha, se envía al servicio de Cirugía Pediátrica, donde es intervenida quirúrgicamente con evolución satisfactoria.

**Palabras clave: Hernia diafragmática**

**ABSTRACT**

A primary school 8th year old patient, apparently healthy was sent to our urgency service complaining of slight dysnea a chest x ray showing radio-opacity in the lower lobe of the right lung, without any other signs or symptoms. The patient was admitted an after examining her other x ray was made AP right and lateral, the radiologist gives his opinion, a chest CT scan was done, a right diaphragmatic hernia was found. The patient was sent to the pediatrics urgency service where she was surgically treated with satisfactory evolution.

- 1.- Especialista de primer grado en Pediatría. Hosp. Morón.
- 2.- Especialista de segundo grado en Pediatría. Profesora Auxiliar de Pediatría de la FCM de Ciego de Ávila
- 3.- Especialista de segundo grado en Cirugía Pediátrica Hosp. Ciego de Ávila. Profesora Asistente de la FCM de Ciego de Ávila.
- 4.- Especialista de primer grado en Radiología.

**Introducción**

La hernia diafragmática congénita (HDC) es un defecto en el diafragma, que se piensa se debe a una falla en el cierre del canal pleuroperitoneal (9-10 semanas de gestación) resultando en hipoplasia pulmonar severa por la compresión de los pulmones en desarrollo por las vísceras herniadas. Como regla general, las dos mitades del diafragma dan unas imágenes lisas, bien definidas a ambos lados del corazón. Los defectos en el desarrollo diafragmático varían en tamaño y posición. Sus manifestaciones clínicas varían desde ser una condición asintomática hasta comprometer la vida. Los principales tipos de defectos congénitos son la hernia de Bochdalek (defecto posterolateral), la hernia de Morgagni (defecto anterior retroesternal) y la eventración diafragmática (1, 2,3).

## **Presentación del caso.**

La herniación a través del foramen de Bochdalek es la forma más común de hernia diafragmática y en el 75% de los casos afecta el lado izquierdo.

La hernia de Morgagni es menos frecuente y generalmente las manifestaciones son más tardías. Se pueden encontrar como un hallazgo incidental en radiografías de tórax en personas totalmente asintomáticas, generalmente contienen hígado, el omentum y tienen apariencia de una masa sólida, mientras que aquellas que contienen intestino a menudo son parcialmente radioluscentes (4). Escolar de 8 años de edad, femenina, negra, con antecedentes de salud; hace 15 días tuvo un cuadro respiratorio que se diagnosticó como una neumonía derecha tras realizarle radiografía de tórax y cumplió tratamiento con Penicilina durante siete días. En esta ocasión es remitida desde su área de salud, porque desde ayer presenta dificultad respiratoria leve, los familiares niegan fiebre, tos, toma del estado general, ni otra sintomatología, se examina: no cianosis, no polipnea, no tiraje y a la auscultación existe disminución del murmullo vesicular en base del pulmón derecho, se realiza radiografía de tórax AP constatándose radiopacidad en lóbulo inferior del pulmón derecho, se le hace una radiografía lateral derecha para descartar derrame pleural, (Fig. 1) se valora por especialista de Radiología, y se decide TAC de tórax (Fig. 2 y 3) donde se visualizan imágenes compatibles con hernia diafragmática derecha, remitiéndose al servicio de Cirugía Pediátrica, donde se interviene quirúrgicamente por vía torácica encontrándose un defecto complejo del diafragma, se repara el mismo, a las 48 horas hace un síndrome oclusivo, por lo que se reinterviene vía abdominal con reducción visceral y se pone prótesis de malla sintética evolucionando satisfactoriamente, actualmente incorporada normalmente a su vida escolar.

## **Discusión**

La mayoría de las hernias de Morgagni son asintomáticas y diagnosticadas generalmente incidentalmente en la radiografía rutinaria de tórax.

El contenido herniario suele ser por orden de frecuencia: epiplón, colon (transverso generalmente), estómago, hígado e intestino delgado.

La mayoría de las veces el diagnóstico suele ser incidental en el curso de exámenes radiológicos ó tomográficos y con menor frecuencia clínicos en base a manifestaciones clínicas inespecíficas de tipo gastrointestinal, cardiovascular o respiratorio. Radiológicamente suele manifestarse un cuadro simulando un derrame pleural con una imagen o masa radioopaca, generalmente paracardial y derecho. En la actualidad tanto la tomografía axial computadorizada, como la resonancia magnética y su extensa aplicación clínica han resultado en una mayor frecuencia diagnóstica del proceso y mejor delimitación y valoración del mismo. Estudios complementarios como el gastroduodenal, enema opaco y tránsito intestinal resultan de valor en la identificación del tipo de contenido de la hernia y su repercusión en el tracto digestivo, sabiendo la frecuencia relativa en la que estas estructuras participan en el contenido herniario (5-7).

El tratamiento, por principio, es quirúrgico siendo la reparación de la hernia necesaria solamente en el adulto sintomático, pero, por el contrario, es recomendable realizarla en la actualidad en todos los niños cuando se haya podido llegar al diagnóstico. El abordaje quirúrgico de la hernia de Morgagni hernia puede ser abdominal ó torácico.

El tratamiento es esencialmente quirúrgico. La vía abdominal es la vía de elección en el momento actual ante un diagnóstico claro de hernia de Morgagni ya que permite explorar el contenido de forma correcta y el abordaje bilateral en el caso que sea necesario. El abordaje abdominal ha sido empleado en aquellos casos de diagnóstico preoperatorio, mientras que el abordaje torácico ha sido empleado tradicionalmente cuando por insuficiencia diagnóstica se ha planteado la resolución quirúrgica de un proceso tumoral torácico. Asimismo, ha sido descrito algún caso de reparación quirúrgica torácica video asistida (8-9). La esencia del tratamiento consistirá en la reducción del contenido herniario, asegurada su viabilidad, en el caso que existan problemas, eliminación del saco herniario y cierre del defecto. El cierre del defecto es objeto de controversia desde el cierre simple con material de sutura irreabsorbible hasta las técnicas de cierre sin tensión mediante el empleo de mallas diversas para la obturación del

defecto. Es nuestra opinión que en hernias pequeñas el cierre simple es de fácil realización, en el caso que no sea posible se deben emplear mallas reparadoras como en casos de gran orificio herniario y en los que la reparación quirúrgica podría causar tensión importante, con el subsiguiente riesgo de recidiva, así como complicaciones adhesivas derivadas de la existencia del propio material (10- 11-12). En conclusión, la hernia de Morgagni constituye una rara entidad cuyo diagnóstico puede sospecharse en la radiografía de tórax. Es importante tenerla en cuenta en niños sanos que presenten síntomas compatibles, que un retraso en el diagnóstico puede dar lugar a aparición de complicaciones, sobre todo digestivas y respiratorias.

### **Bibliografía**

1. Berman L, Stringer D, Ein SH, Shandling B. The late presenting pediatric Morgagni hernia: A benign condition. *J Pediatr Surg* 1989;24: 970.
2. Nawaz A, Matta H, Jacobsz A, Al-Khouder G, Al-Salem A. Congenital Morgagni's hernia in infant and children. *Int Surg* 2000; 158-62.
3. Elhalaby EA, Abo Sikeena MH. Delayed presentation of congenital diaphragmatic hernia. *Pediatr Surg Int* 2002;18:480-5.
4. Al-Salem A, Nawaz A, Matta H, Jacobsz A. Herniation through the foramen of Morgagni: Early diagnosis and treatment. *Pediatr Surg Int* 2002; 18: 93-7.
5. Ponsky JA, Lukish JP, Nobuhara K, Powell D, Newman KD. Laparoscopy is Useful in the Diagnosis and Management of Foramen of Morgagni Hernia in Children. *Surg Laparosc Endosc PercutanTech* 2002; 12: 375-7.
6. Kubiak R, Platen C, Schmid E, Gruber R, Ludwig KH, Rauh W. Delayed appearance of bilateral Morgagni herniae in a child with Down's syndrome. *Pediatr Surg Int* 1998; 13: 600-1.
7. Singh S, Bhende MS, Kinnane JM. Delayed presentation of congenital hernia. *Pediatric Emergency Care* 2001; 17: 269-71.
8. Soylu H, Koltuksuz U, Kufiu NO, Sarihan H, Sen Y, Üstün N, et al. Morgagni hernia: An unexpected cause of respiratory complaints and chest mass. *Pediatr Pulmonol* 2000;30: 429-33.
9. Estevao-Costa J, Soares-Oliveira M, Correia-Pinto J, Mariz C, Carvalho JL. Acute gastric volvulus secondary to a Morgagni hernia. *Pediatr Surg Int* 2000; 16: 107-8.
10. Etheridge SP, Ruttenberg HD, Williams V. An unusual cause of severe cyanosis in infancy. *Ann Thorac Surg* 2001; 71: 1016-8.
11. Robnett-Filly B, Goldstein RB, Sampior D, Hom M. Morgagni hernia: a rare form of congenital diaphragmatic hernia. *J Ultrasound Med* 2003; 22: 537-9.
12. Lima M, Lauro V, Domini M, Libri M, Bertozzi M, Pigna A, et al. Laparoscopy Surgery of Diaphragmatic Diseases in Children; Our experience with Five Cases. *Eur J Pediatr Surg*. 2001; 11: 37781.

Ilustración 1



Ilustración 2

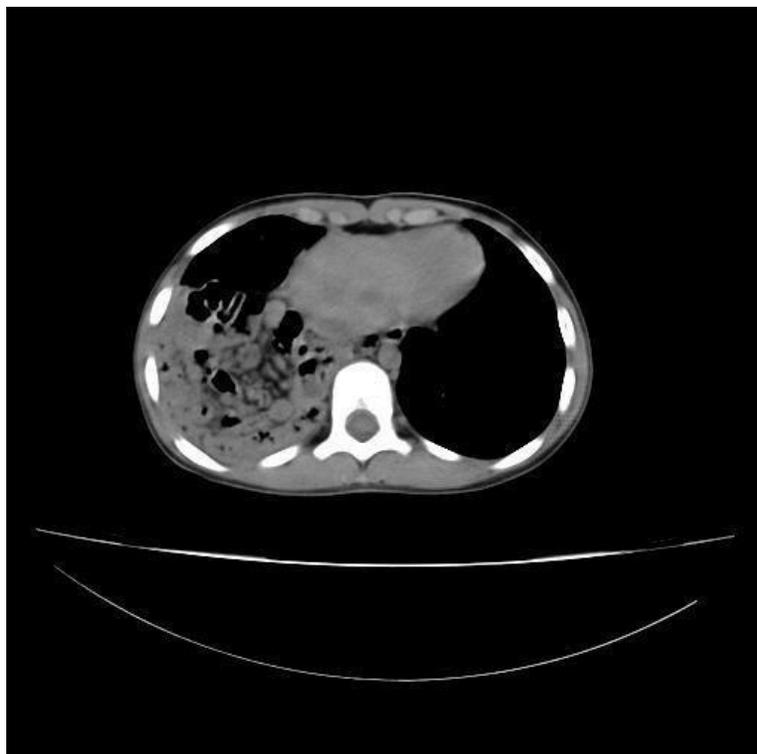


Ilustración 3

