

TEMAS DE RADIOLOGOGÍA

LA HERNIA DE MORGAGNI

Dres. Martín Campi, Pablo Abbona, Alejandro Tempra, Eduardo García Saiz, Húber Valdivia Rodríguez

CASO

Un paciente de 60 años, fumador de veinte cigarrillos al día por más de treinta años, se presentó a la consulta con disminución de peso, astenia y hemoptisis.

Se realizó una radiografía de tórax posteroanterior (PA) y perfil (fig. 1 y 2) que mostró dos imágenes: una retrohiliar izquierda redondeada y otra mayor en la base pulmonar derecha.

DIAGNÓSTICOS

Masa pulmonar izquierda.

Hernia de Morgagni derecha prominente.

DISCUSIÓN

Nos limitaremos a la hernia de Morgagni. Ésta tiene una incidencia de 1:100.000 personas y representa entre 1 a 2% de las hernias diafragmáticas congénitas¹.

Entre la octava y la décima semana de vida fetal finaliza el desarrollo del diafragma y la cavidad celómica queda dividida en dos compartimentos: abdomen y tórax. El diafragma se forma a partir de la fusión de varios componentes: el *septum* transverso, las membranas pleuroperitoneales, el mesenterio del intestino anterior y el componente muscular de la pared torácica dorsolateral. El *septum* transverso, ubicado en posición anterior, aparece entre la tercera y quinta semana y gradualmente se extiende hacia atrás envolviendo el esófago y los grandes vasos^{1,2}.

Cuando no se desarrollan las fibras musculares en el diafragma, el tórax y el abdomen quedan separados sólo por una delgada membrana elástica. Esta anomalía se observa con frecuencia en la porción anteromedial (espacio de Larrey) predisponiendo la formación de una hernia diafragmática congénita denominada paraesternal o de Morgagni.

Los defectos congénitos anteromediales pueden ser uni o bilaterales, siendo más comúnmente unilaterales y derechos. Esto podría deberse a la debilidad del foramen derecho producida por el pasaje de la arteria epigástrica superior a través del diafragma³ y por la protección que el corazón brinda al foramen paraesternal izquierdo.

El saco herniario está ocupado usualmente por epiplón mayor, asas de intestino delgado, colon y con menor frecuencia hígado. En raras ocasiones el

corazón puede herniarse al abdomen^{1,3,4}.

El defecto diafragmático también puede comprometer el pericardio, lo que permite el desplazamiento de asas intestinales al saco pericárdico, pudiendo



Figura 1. Imagen retrohiliar izquierda redondeada de 6 cm de diámetro con bordes lobulados y opacidad ovoide de aproximadamente 9 por 15 cm en base pulmonar derecha que hace silueta con el borde cardíaco homolateral, con pequeñas imágenes aéreas en su interior.



Figura 2. Radiografía de perfil que muestra la localización posterior de la masa izquierda.



Figura 3. Elevación anterior del diafragma.

dar síntomas cardiorrespiratorios que lleven a la cirugía correctiva de urgencia⁵.

Esta patología se puede presentar con clínica de *distress* respiratorio y en el recién nacido puede pasar inadvertida hasta la adultez, en estos casos el diagnóstico es un hallazgo radiológico⁴. En ocasiones la primera manifestación clínica es una estrangulación u obstrucción intestinal.

Se ha descrito asociación de la hernia de Morgagni con malformaciones cardíacas congénitas, retraso mental, deficiencias pericárdicas¹ y anomalías cromosómicas.

Entre los diagnósticos diferenciales se incluyen el quiste pericárdico, la almohadilla grasa y el tumor sólido³.

En la radiografía de tórax PA se observa habitualmente una masa en el ángulo cardiofrénico, con aire en su interior, asociada a desplazamiento superior y lateral del corazón. En la proyección lateral (fig. 3) se visualiza elevación anterior del diafragma⁴.

En los estudios seriados esofagogastroduodenal o en un colon por enema (fig. 4) se confirma la presencia de asas de delgado o colon en el saco herniado⁵.

Una vez realizada la radiografía simple de tórax y estudios contrastados, si se desea valorar de mejor manera la malformación, se puede utilizar la tomo-



Figura 4. Porción de colon transverso con bario en su interior en radiografía de tórax perfil.

grafía computada donde podemos observar una masa homogénea de densidad grasa (-40 a -130 unidades Hounsfield) con o sin vasos mesentéricos o asas intestinales en su interior. Por medio de la reconstrucción sagital se puede comprobar su continuidad con la grasa abdominal⁶.

Las anomalías del diafragma como hernias o eventraciones también se pueden evaluar con la resonancia magnética. Las imágenes coronales y sagitales ponderadas en T₁ son útiles para determinar la presencia o ausencia de una porción del diafragma, así como para identificar que parte del contenido abdominal está en el tórax⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dähnert W. Chest. En: *Radiology Review Manual*. 4ta. Edición. Williams & Wilkins. Phoenix 1999:403-4
2. Sadler P. Cavidades y membranas serosas del organismo. En: *Embriología Médica*. 6ta. Edición. Editorial Panamericana. Madrid 1993:175-9
3. Fagelman D, Caridi C. Diagnosis of hernia of Morgagni. *Gastrointestinal Radiology* 1984;9:157
4. Merten DF, Bowie JD. Anteromedial Diaphragmatic Defects in infancy. *Radiology* 1982;142:361
5. Caffey J. Tórax. En: *Diagnóstico radiológico en pediatría*. 3° Edición Editorial Salvat, Torino 1982,1:340-1
6. Naidich D, Webb R. Mediastino. En: *Tórax TC y RM*. 3° Edición. Editorial Marban, Madrid 2000. pág. 120-1
7. Dietrich RB, Roth GM. Cuerpo pediátrico. En: Stark D, y William GB. *Resonancia magnética*. 3ª edición. Editorial Mosby. Madrid 2000,1:656