



CASO CLÍNICO

Derrame pleural en un paciente con hernia de Morgagni. Diagnóstico diferencial

A. I. PÉREZ ASENSIO, J. MAJÓ LLOPART, J. A. MARTÍNEZ BURGUI

Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco de Teruel.

■ INTRODUCCIÓN

La hernia de Morgagni es infrecuente y representa sólo el 3% de las hernias diafragmáticas (1). La mayoría de los pacientes con hernia de Morgagni no presenta síntomas y su diagnóstico suele ser de forma casual al realizar una radiografía de tórax de rutina; se confirma con la radiografía lateral de tórax, TAC torácico (2) o resonancia magnética (3). En los casos con sintomatología nos solemos encontrar con dolor torácico retroesternal, tos y sintomatología digestiva (1).

Presentamos el caso clínico de una hernia de Morgagni vista en las consultas externas de reumatología y remitida esa misma mañana al Servicio de Urgencias por posible derrame pleural asociado a hernia de Morgagni.

■ CASO CLÍNICO

Mujer de 27 años con Síndrome de Down, sin alergias medicamentosas conocidas. Intervenida quirúrgicamente en la infancia por el servicio de Cirugía Cardíaca por posible lipoma torácico, en la intervención se diagnosticó de hernia de Morgagni y fue imposible su reducción por esta vía quirúrgica. Antecedentes patológicos de cistitis de repetición, apendicectomía y anexectomía por quiste ovárico. Oligoartritis en estudio en Reumatología.

Acude a un control rutinario en Consultas externas de Reumatología y refiere tos y expectoración,

sin fiebre de un mes de evolución que no cede con tratamiento. Se realizó una radiografía de tórax PA y L en dicha consulta; en la misma se observa hernia de Morgagni con derrame pleural en hemitórax derecho. Con ese diagnóstico se remitió al servicio de Urgencias para confirmar diagnóstico e iniciar tratamiento.

En el Servicio de Urgencias se valora nuevamente exploración física y analítica sin presentar alteraciones evidentes. Se realiza radiografía de tórax posteroanterior, lateral y en decúbito lateral que descartó la existencia de derrame (5) (fig. 1, fig. 2 y fig. 3).

Con el diagnóstico de catarro de vías altas es dada de alta.



Figura 1



Figura 2



Figura 3

■ DISCUSIÓN

La hernia de Morgagni se origina a través de un defecto congénito situado en la vertiente ventral del diafragma. Habitualmente presenta un saco herniario formado a expensas de peritoneo parietal y contiene colon transverso, epiplón y ocasionalmente otras vísceras abdominales (1).

Teniendo en cuenta su carácter congénito, estas hernias pueden hacerse ostensibles en la infancia, pero en muchos casos el diagnóstico no se realiza hasta edades posteriores (incluso por encima de los 50 años) (4), probablemente porque la hernia se ha mantenido clínicamente inaparente durante muchos años. Algunos autores opinan que las hernias que aparecen en los adultos son en realidad hernias adquiridas que se originan por la hipertensión abdominal (obesidad, estreñimiento, embarazos repetidos, etc.) que actúa sobre un factor constitucional de predisposición por debilidad estructural del trígono esternocostal (1).

Las manifestaciones clínicas son variables, y dependen de la naturaleza y volumen de las vísceras herniadas. Como síntomas digestivos los pacientes pueden aquejar dolor epigástrico irradiado a espalda, así como cuadros suboclusivos con náuseas y vómitos, sensación de plenitud, calambres (1)...

Los síntomas torácicos más destacables son la tos y el dolor retroesternal o en hemitórax derecho, ocasionalmente con disnea y cianosis (1).

El diagnóstico es sobre todo radiológico con proyecciones posteroanterior y lateral, ya que la de perfil es muy importante para definir la situación anterior de la hernia; es fácil cuando la hernia contiene vísceras huecas (imágenes hidroaéreas, enema opaco por ser el colon el sector intestinal presente con más frecuencia, ocasionalmente tránsito intestinal si se sospecha la existencia de sectores de tramo digestivo alto). El TAC torácico puede ayudar al diagnóstico cuando con la radiografía de tórax no ha sido posible, y no se conoce la existencia previa de hernia de Morgagni: se visualiza una imagen retroesternal (2). La resonancia magnética ayuda al diagnóstico diferenciando una posible masa mediastínicas de una hernia de Morgagni (3).

En la hernia cuyo saco contiene sólo vísceras macizas, el diagnóstico es más difícil, ya que puede confundirse con quistes hidatídicos, quistes pleuropericárdicos, tumores del mediastino, tumores pulmonares, abscesos, etc.

El tratamiento quirúrgico se indica en los casos que tengan riesgo de estrangulación u otra sintomatología crónica persistente. Consiste en la reposición abdominal de las vísceras herniadas, extirpación del saco herniario y oclusión del defecto congénito realizado preferentemente por vía abdominal.

Las hernias diafragmáticas raramente se asocian con derrame pleural, pero puede ser factible el error



diagnóstico de derrame pleural en una radiografía de tórax como ocurrió en nuestro caso. El diagnóstico definitivo de derrame pleural se puede realizar por otras muchas pruebas diagnósticas (TAC, RNM) (2,3), pero suele ser suficiente con una radiografía en decúbito lateral y apreciar si existe o no derrame.

La paciente del caso fue diagnosticada 8 años antes, de manera casual, de una hernia de Morgagni y presentaba con frecuencia síntomas respiratorios. Los hallazgos encontrados en las primeras radiografías de tórax revelaban una combinación de defectos del diafragma y de imágenes compatibles con derrame pleural. Fue suficiente contrastar las imágenes obtenidas con las placas previas para determinar que no se trataba de un proceso agudo. Fue definitiva la rea-

lización de una proyección en decúbito lateral de tórax, donde se apreciaba que la imagen hasta entonces compatible con derrame no era móvil y por lo tanto, descartaba derrame pleural.

Para concluir este caso podemos decir que, si queremos saber si existe derrame pleural asociado a su patología de base, antes de realizar pruebas complementarias agresivas o caras es necesaria una radiografía en decúbito lateral con rayo horizontal para llegar al diagnóstico; si la paciente no ha sido diagnosticada previamente de hernia de Morgagni, como anteriormente hemos comentado, puede ser necesaria la realización de pruebas diagnósticas más complejas para ser diagnosticada de hernia de Morgagni.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. **Schwartz, Shires, Spencer.** Principios de Cirugía. Interamericana-McGraw-Hill. 1991.
2. **Kataoka K, Nishiyama H, Ishizuka S, Nishimura M, Takashashi K.** Two cases of Morgagni's hernia. *Nippon Kyob u Geka Gakkai Zasshi* 1993; 4(2): 305-9.
3. **Kamiya N, Yokoi K, Miyazawa N, Hishinuma S, Ogata Y, Katayama N.** Morgagni hernia diagnosed by MRI. *Surg Today* 1996; 26 (6): 446-8
4. **Singh S, Bhende MS, Kinnane JM.** Delayed presentations of congenital diaphragmatic hernia. *Pediatr Emerg Care* 2001; 17(4):269-71.
5. **Sekiguchyy, Shimura S, Takishima T.** Intrapleural omentum simulating pleural effusion. *Chest* 1994; 106: 285-287.