

HERNIA DIAFRAGMÁTICA ANTERIOR BILATERAL EN LA INFANCIA (HERNIA DE MORGAGNI - LARREY)

RESUMEN

Las anomalías de las inserciones diafragmáticas al esternón conllevan a una abertura retro-xifo-costal, que se han definido como hernias de Morgagni cuando ocurren en el hiato esternocostal derecho, y como hernia de Larrey cuando se localiza en el hiato esternocostal izquierdo; si el defecto se localiza en ambos hiatos se le nombra hernia de Morgagni-Larrey.

Frecuentemente no hay una distinción clínica entre los dos defectos y estos dos defectos, también se les conoce como hernias de Morgagni, siendo la presentación más rara de los defectos congénitos diafragmáticos. Presentamos nuestra experiencia de un niño con una hernia de Morgagni-Larrey.

Palabras claves: hernia diafragmática, hernia de Morgagni, hernia de Larrey.

ABSTRACT

Anomalies of the sternal insertions of the diaphragmatic bundles result in congenital retro-costal-xyphoid openings.

They can be defined as Morgagni hernias when occurring in the right sternocostal hiatus, or as Larrey hernias when located in the left sternocostal hiatus. If the opening is so wide that it includes both hiatus, the defect is called Morgagni-Larrey hernia.

Usually there is no clinical distinction between the defects; therefore, most of time they are referred to as Morgagni hernias. We report one case of hernia de Morgagni-Larrey in a child.

Key words: Morgagni hernia, Larrey hernia, diaphragmatic hernia.

Dr. Juan Ramón Cepeda-García *, Dr. Gerardo Velázquez Gallardo*,
Dr. Gerardo Luna López, Dr. Roberto Ambríz López**,
Dr. Alan Ponce de la Garza**, Dr. Alvaro Uriegas García**,
Dra. Ruth Medina Jiménez**, Dra. Aleyda Elizondo Tijerina**,
Dr. Joaquín Méndez Hernández***

*Servicio de Pediatría, ** Servicio de Gineco-obstetricia,

***Servicio de Anestesiología Hospital de Maestros, Sección 50, Monterrey, Nuevo León.

Correspondencia: Dr. Juan Ramón Cepeda- García. Dr. Miguel Vera # 150
Col. Doctores, Monterrey, Nuevo León, México, C.P.: 64710,
Tel. (81) 83461564, Fax.: (81) 83333001, email: jrcg55@aol.com

INTRODUCCIÓN

Las hernias disfragmáticas congénitas han sido reportadas desde el siglo 17. Se han reconocido dos tipos; las hernias disfragmáticas posterolaterales, descritas por Bochdalek que son más frecuentes que las de Morgagni, que son anteriores; las hernias posteriores son de gran importancia por su frecuencia y su alta mortalidad en los recién nacidos.

La hernia diafragmática menos común, es la de Morgagni, descrita por primera vez en el siglo 18; en diferentes series, esta alteración congénita ocurre en poco menos del 6% de los pacientes con defectos diafragmáticos congénitos. Ocasionalmente las hernias anteriores cursan asintomáticas en la edad pediátrica y se hacen presente en forma incidental hasta que el paciente sea adulto^{1,2,3}.

El propósito de este trabajo es, reportar las características clínicas de presentación, de un paciente masculino de 1 año de edad, con una hernia diafragmática anterior bilateral.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente masculino de 1 año de edad que llega al servicio de urgencias del hospital con una probable infección de vías respiratorias superiores, se le efectúa estudio radiográfico simple de tórax, donde se observan imágenes sospechosas que pudieran corresponder a asas de intestino en tórax, (Fig. 1) se realiza estudio radiológico contrastado de colon por enema, donde se corrobora la sospecha, encontrando segmentos de colon transverso en ambos hemitorax, respetando la parte media a nivel del esternón. (Figs. 2 y 3). Se determina el diagnóstico de Hernia de Morgagni-Larrey; el paciente fue admitido al servicio de pediatría y 2 días después se realiza reparación de la hernia diafragmática anterior bilateral, con un abordaje abdominal, con una incisión subcostal bilateral, encontrando ambos defectos con saco, los cuales se respetan, y se colocan puntos separados de sutura no absorbible de nylon monofilamento de 2/0, con lo que se pudo realizar la plastia diafragmática bilateral, no siendo necesario el uso de prótesis y al respetar los sacos, no fue necesario el uso de sondas pleurales. La evolución fue satisfactoria y el paciente se egresó a su domicilio a los 5 días de postoperado. El control radiológico a los 6 meses era satisfactorio. (Fig. 4)

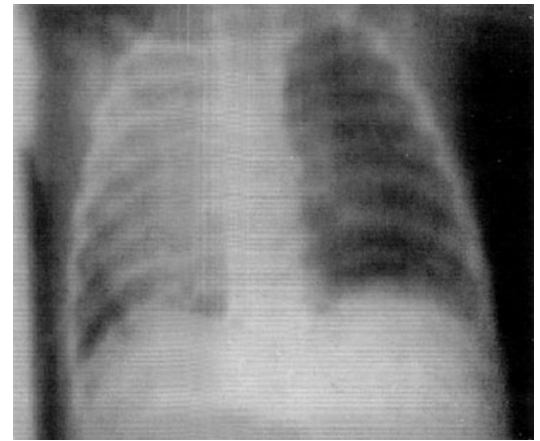


Fig. 1 Imagen radiológica donde se observan sombras para-esternales que hacen sospechar intestino

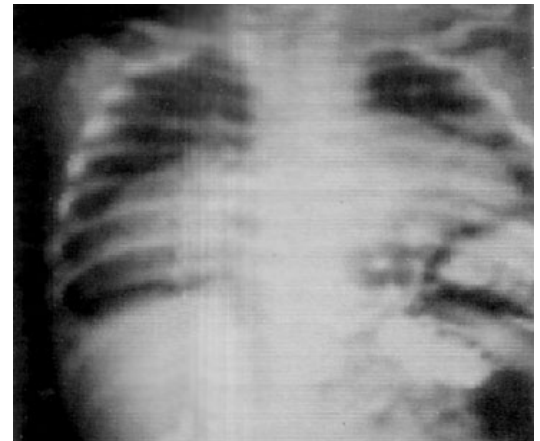


Fig 2 . Estudio del colon por enema donde se visualiza estómago y colon intratorácico.



Fig 3. Colon transverso hemiano en ambos forámenes para-esternales, que corrobora el diagnóstico.

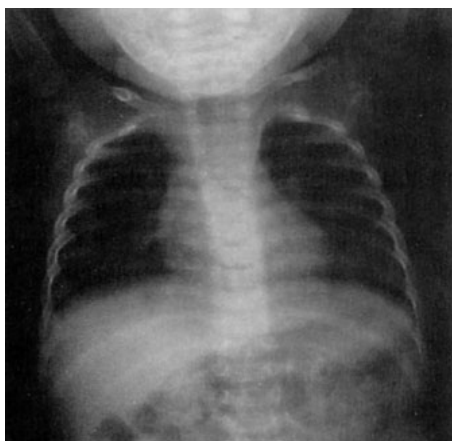


Fig. 4 radiografía de tórax al mes de la reducción quirúrgica de la hernia.

DISCUSIÓN

Las anomalías de las inserciones del diafragma en el esternón, dan como resultado defectos congénitos retro - costo - xifoideos, los cuales pueden ser con o sin saco. Estos defectos se definen como Hernia de Morgagni, cuando el defecto ocurre en el hiato esterno - costal derecho, o como Hernia de Larrey si el defecto está localizado en el hiato izquierdo; si el defecto incluye ambos lados, la anomalía se le llama Hernia de Morgagni - Larrey⁴.

La mayoría de estos casos son derechos (90%), el lado izquierdo se presenta en el 8%, de los pacientes y la hernia bilateral en el 2%; esto quiere decir que la Hernia de Morgagni - Larrey se presenta en el 0.12% de todas las hernias diafragmáticas congénitas, lo que la hace, la forma de hernia diafragmática más rara. El saco en estos casos se le encuentra en un 90%: El epiplón y/o el colon transversal son los elementos que más frecuentemente se encuentran en el saco herniario⁵.

La hernia de Larrey es particularmente rara, la hernia de Morgagni se diagnostica usualmente en la primera década de la vida, y casi siempre será secundario a una alteración de vías respiratorias; pero en más de las veces, se hace el diagnóstico en la etapa de adulto, ya sea por aumento de la presión intrabdominal dependiendo la actividad del paciente, obesidad, embarazo, entre otros⁶. El diagnóstico se puede hacer con una placa simple y lateral de tórax, y un enema de bario puede confirmar el diagnóstico, pero, cuando pudiera haber alguna duda o problema para identificar las estructuras anatómicas, se sugiere la TAC y/o RMN⁷.

La corrección quirúrgica es el tratamiento de elección, ya sea con reducción de la hernia y la plastia diafragmática con técnica convencional abierta o por reparación laparoscópica, se han reportado pocos pacientes intervenidos por esta vía y principalmente han sido adultos^{3,6,8}.

No existe una evidencia directa entre las hernias de Morgagni y/o Larrey con algún defecto genético, pero hay hallazgos frecuentes de asociación que incluye: síndrome de Down, retraso mental, tetralogía de Fallot y defectos septales ventrales, entre otros^{5,8}.

REFERENCIAS

1. Comer TP, Clagett OT: Surgical treatment of hernia of the foramen of Morgagni. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1966, 52: 461-468
2. Harrington SW: Clinical manifestation and surgical treatment of congenital types of diaphragmatic hernia. *Rev Gastroenterol* 1951, 18:243-256.
3. Lima M, Domini M y cols.: Laparoscopic repair of Morgagni-Larrey Hernia in a child. *J Pediatr Surg* 2000 August;(8): 1266-1268.
4. Domini R: Conformazione anatomica del diaframma, in Dómini R: *Chirurgia delle ernie Diaframmatiche e del reflusso Gastro-Esofageo*, Piccin Editore, 1972, p 30.
5. Berman L, Stringer D, Ein SH y cols.: The late-presenting pediatric Morgagni hernia: A benign condition. *J Pediatr Surg* 1989, 24: 970-972.
6. Bortul M, Calligaris L, Gheller P: Laparoscopic repair of a Morgagni-Larrey hernia. *J Laparoendosc Adv Surg Techn* 1998, (8):309-313.
7. Del Castillo D, Sánchez J, Hernández M y cols: Morgagni's hernia resolved by laparoscopic surgery. *J Laparoendosc Adv Surg Techn* 1998, (8): 105-108.
8. Polkorny WJ, McGill CW, Harberg FJ: Morgagni hernias during infancy: Presentation and associated anomalies. *J Pediatr Surg* 1984 (19): 394-397.