

Hernia diafragmática de Morgagni en diálisis peritoneal

Aránzazu Sastre¹, Santiago Mariño¹, Carmen Barnés¹, Cristina Lucas¹, Elena Monfá¹, George Stifan¹, Verónica Barcia¹, Benjamin de León¹, Mario Prieto¹, Ana María Fernández²

¹ Servicio de Nefrología. Complejo Asistencial Universitario de León. León

² Servicio de Radiología. Complejo Asistencial Universitario de León. León

NefroPlus 2018;10(1):91-92

© 2018 Sociedad Española de Nefrología. Servicios de edición de Elsevier España S.L.U.

Se presenta el caso de una paciente en diálisis peritoneal que desarrolló un tipo infrecuente de hernia diafragmática de Morgagni-Larrey asociada a hernia de hiato.

Se trata de una mujer de 70 años, con enfermedad renal crónica secundaria a nefroangioesclerosis, a la que se realizó una placa de tórax, en el estudio preoperatorio, para la implantación de catéter peritoneal, y que no informó alteraciones. A la semana del inicio del programa de diálisis presentó problemas de drenaje del catéter, secundarios a estreñimiento, motivo por el cual se realizó nueva placa de tórax, que mostró una masa paracardiaca derecha, informada como probable quiste pleuropericárdico. Se solicitó ecocardiografía y tomografía computarizada (TC) de tórax para confirmar el diagnóstico (fig. 1).

Durante la realización de la ecocardiografía entró en fibrilación auricular, por lo que se anticoaguló.

Ya resueltos los problemas de drenaje con laxantes, no mostró otra clínica salvo mareos inespecíficos.

La TC mostró la presencia de hernia de Morgagni asociada a hernia de hiato.

La hernia de Morgagni-Larrey es la más rara de todas las hernias diafragmáticas congénitas, y representa solo el 2-3% de todos los casos. Las hernias diafragmáticas congénitas se producen en 1 de cada 2.000-3.000 nacidos vivos. Existen 3 tipos: la hernia de Bochdalek, la hernia de hiato y la hernia anterior de Morgagni¹.

Se cree que la hernia congénita de Morgagni está causada por un fallo en la fusión del septo transversal del diafragma y los arcos costales, que posteriormente se agrava por el aumento de la presión intraperitoneal producido por estreñimiento, tos crónica, embarazo, obesidad, ascitis, traumatismos, etc., que da lugar a la hernia. En nuestro caso, la infusión del líquido intraperitoneal de la diálisis fue, junto con el estreñimiento, sin duda, el factor desencadenante².

Es un defecto congénito en el diafragma retrosternal y anterior. La hernia aparece usualmente en el mediastino anterior o en el lado derecho, tal como se aprecia en nuestra paciente. Con frecuencia contiene grasa omental acompañada por el colon transversal. Nosotros observamos la herniación anterior de grasa y el contenido líquido de la cavidad abdominal hacia el tórax³.

Se presenta con síntomas no específicos en adultos, como malestar abdominal, flatulencia, indigestión, estreñimiento, pérdida de apetito o incluso compromiso respiratorio. Sin embargo, también se han reportado casos de obstrucción intestinal y estrangulación⁴. La única sintomatología de nuestra paciente fue el estreñimiento, los mareos y la arritmia cardíaca. Algunos pacientes incluso pueden permanecer asintomáticos y ser diagnosticados incidentalmente por una radiografía de tórax. En ella se plantea el diagnóstico di-

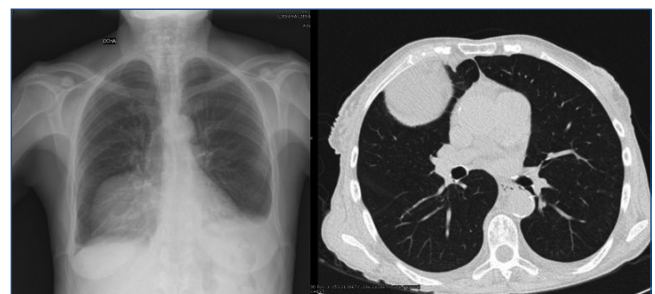


Figura 1. Masa paracardiaca derecha localizada en la parte anterior del ángulo cardiofrénico, con borde convexo nítido.

Correspondencia: Aránzazu Sastre

Servicio de Nefrología.

Complejo Asistencial Universitario de León.

Altos de Nava, sn. 24071 León.

aranchasastre@hotmail.com

Revisión por expertos bajo la responsabilidad de la Sociedad Española de Nefrología.

ferencial con quiste pleuropericárdico, hematoma paracardíaco, lipomas, sarcomas, timomas e incluso tuberculosis pulmonar.

Actualmente, la TC es la prueba diagnóstica más sensible dando detalles anatómicos y posibles complicaciones. También se han publicado casos diagnosticados por resonancia magnética, ecocardiografía, enema opaco o estudio de tránsito esofagogastroduodenal.

El tratamiento es quirúrgico cuando ocasiona clínica. El abordaje clásico es por laparotomía, pero en los últimos años se

han descrito diversos procedimientos por vía laparoscópica o toracoscópica^{5,6}. Nosotros solicitamos valoración por el servicio de cirugía para su corrección y la paciente se transfirió a hemodiálisis, con mejoría radiológica y desaparición de los mareas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses potencial relacionado con los contenidos de este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez Hermosa JI, Tuca Rodríguez F, Ruiz Feliu B, Gironès Vilà J, Roig García J, Codina Cazador A, et al. Hernia diafragmática de Morgagni-Larrey en el adulto: Análisis de 10 casos. *Gastroenterol Hepatol*. 2003;26:535-40.
2. Horton JD, Hofmann LJ, Hetz SP. Presentation and management of Morgagni hernias in adults: a review of 298 cases. *Surg Endosc*. 2008;22:1413-20.
3. Kim DK, Moon HS, Jung HY, Sung JK, Gang SH, Kim MH. An incidental discovery of a Morgagni hernia in an elderly patient presented with chronic dyspepsia. *Korean J Gastroenterol*. 2017;69:68-73.
4. Khan HA, Samad A, Khan OA, Chagan FK, Khan JK, Fatimi SH. Hernia of Morgagni Presenting as Constipation in 65-Year-Old Male. *Cureus*. 2017;9:e1278.
5. Arevalo G, Harris K, Sadiq A, Calin ML, Nasri B, Singh K. Repair of Morgagni hernia in adults with primary closure and mesh placement: First robotic experience. *J Laparoendosc Adv Surg Tech*. 2017;27:529-32.
6. Lamas-Pinheiro LR, Pereira J, Carvalho F, Horta P, Ochoa A, Knoblich M, et al. Minimally invasive repair of Morgagni hernia A multicenter case series. *Rev Port Pneumol*. 2016;22:273-8.