

visión borrosa, papiledema bilateral, alteración del nivel de conciencia y coma. Entre otros hallazgos se incluyen la aparición de deficiencias neurológicas focales, cuando se establece un infarto venoso (hemiparesia o hemihipoestesia, hemianopsia, diplopia, etc.) y crisis comiciales⁵. La localización del seno venoso trombosado determinará el área del encéfalo afectada y, por tanto, los síntomas acompañantes. El diagnóstico se basa en la anamnesis y en la exploración clínica, y debe sospecharse en cualquier paciente con factores de riesgo que inicia un cuadro de cefalea con signos de hipertensión intracraneal, déficit focal o crisis comicial. Los casos de inicio larvado pueden dificultar el diagnóstico. La RM cerebral es la prueba más útil para el diagnóstico de trombosis venosa cerebral, sobre todo cuando se aplican secuencias de 2DTOF para visualizar los senos venosos⁶. Puede ser de utilidad la punción lumbar, en la que encontraremos un aumento de la presión de apertura del líquido cefalorraquídeo (LCR) y en ocasiones una discreta hiperproteinorraquia. El tratamiento se basa en el control clínico de la presión intracraneal y las crisis comiciales. El uso de fármacos anticoagulantes está indicado en la mayoría de los casos, al principio por vía intravenosa y posteriormente por vía oral, durante un período de, al menos, 3 a 6 meses⁷. El pronóstico es muy variable, y la tasa de mortalidad puede llegar, en fase aguda, hasta el 50% en casos graves y extensos. Las secuelas más frecuentes aparecen en los ámbitos cognitivo y motor, y en algunos casos se desarrolla una epilepsia sintomática^{8,9}. El tratamiento con cisplatino y etopóxido y el estado de hipercoagulabilidad inherente a ciertos tumores son factores de riesgo para que se produzca una trombosis venosa cerebral. Sin embargo, no se conocen los fundamentos fisiopatológicos exactos por los cuales estos fármacos interfieren con el sistema de la coagulación.

G. Latorre González, C. López de Silanes de Miguel y A.B. Escribano Gascón

Servicio de Neurología.

Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

Correspondencia: Dr. G. Latorre González. Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos. Profesor Martín Lagos, s/n 28040. Madrid. España. Correo electrónico: ger.latorre@gmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Agnelli G, Verso M. Epidemiology of cerebral vein and sinus thrombosis. *Front Neurol Neurosci*. 2008;23:16-22.
2. Iorio A, Barnes C, Vedovati MC, Favalaro EJ. Thrombophilia and cerebral vein thrombosis. *Front Neurol Neurosci*. 2008;23:55-76.
3. Fernández Moreno MC, Castilla Guerra L, Castilla Murillo A, Cueli Rincón B, Fernández Bolaños Porras R, Gutiérrez Tous R. Trombosis venosa cerebral en relación con la hiperhomocisteinemia. *Rev Neurol*. 2003;37:1040-3.
4. Rogers LR. Cerebrovascular complications in patients with cancer. *Semin Neurol*. 2004;24:453-60.
5. Paciaroni M, Palmerini F, Bogousslavsky J. Clinical presentations of cerebral vein and sinus thrombosis. *Front Neurol Neurosci*. 2008;23:77-88.
6. Poon CS, Chang JK, Swarnkar A, Johnson MH, Wasenko J. Radiologic diagnosis of cerebral venous thrombosis: Pictorial review. *AJR Am J Roentgenol*. 2007;189:64-75.
7. Bousser MG, Ferro JM. Cerebral venous thrombosis: An update. *Lancet Neurol*. 2007;6:162-70.
8. Dentali F, Ageno W. Natural history of cerebral vein thrombosis. *Curr Opin Pulm Med*. 2007;13:372-6.
9. Bender A, Schulte-Altedorneburg G, Mayer TE, Pfefferkorn T, Birnbaum T, Feddersen B, et al. Functional outcome after severe cerebral venous thrombosis. *J Neurol*. 2007;254:465-70.

Hernia de Morgagni izquierda con contenido hepático

Sr. Editor:

Las hernias diafragmáticas de Morgagni diagnosticadas fuera del período neonatal no suelen causar sintomatología y, frecuentemente, son un hallazgo casual en una radiografía de tórax. A veces cursan con sintomatología digestiva inespecífica, con molestias epigástricas y raramente producen síntomas respiratorios¹.

Presentamos el caso de un niño de 13 meses de edad que es trasladado a urgencias por fiebre que cede mal con antitérmicos.

No presenta antecedentes familiares de interés, y es hijo de padres sanos no consanguíneos. Como antecedentes personales destaca que ingresó durante 72 h en el período neonatal tras una cesárea realizada a las 36 semanas de edad gestacional, por sospecha de crecimiento intrauterino retardado (CIR) con oligoamnios. Puntuación de Apgar: 8/9. Reanimación tipo I. Peso al nacer 2.200 g. Tuvo taquipnea en las primeras horas con desaturaciones ocasionales y recuperación espontánea pocas horas después.

A su llegada a urgencias presenta un buen estado general con coloración normal de piel y mucosas, y relleno capilar inmediato. La exploración por aparatos es normal, destacando únicamente la presencia de abundante moco en la orofaringe.

En la analítica, los valores del hemograma, serie roja y plaquetas, fueron normales, leucocitos: 15.400 (fórmula normal). Bioquímica: urea, creatinina, ionograma y perfil hepático: normales. PCR: 1,31 mg/dl y procalcitonina inferior a 0,5 ng/ml.

En la radiografía de tórax (fig. 1) se aprecia una ocupación supradiafragmática izquierda con borde superior neto convexo que hace signo de la silueta con el ápex cardíaco y respeta la parte lateral del hemidiafragma.



Figura 1. Radiografía de tórax.

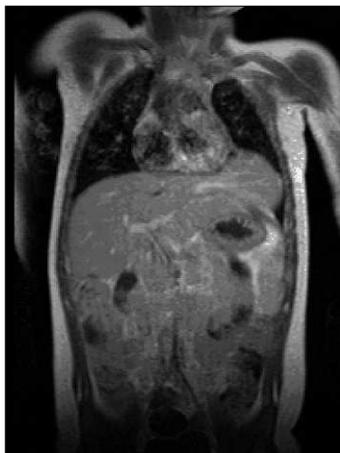


Figura 2. Resonancia magnética: hernia diafragmática.

Se revisa la historia clínica observándose en la radiografía de tórax del período neonatal una imagen de ocupación supradiafragmática izquierda que no fue tenida en consideración dada la importante rotación del paciente y la nula sintomatología.

Se realiza ecografía torácica y en ella no se advierten colecciones, masas o consolidaciones parenquimatosas en dicha localización. Por ello, se informa de la posibilidad de que corresponda con grasa epicárdica, por lo que se recomienda la realización de otras técnicas de imagen.

Se realiza una resonancia magnética (RM) (fig. 2) en la que se visualiza por encima del diafragma, en la parte lateral izquierda, una hernia diafragmática con contenido hepático. No se aprecian tumores, grasas, ni otras alteraciones que supongan la presencia de una enfermedad tumoral. Existe un discreto aumento del tamaño hepático a expensas del lóbulo izquierdo que podría haber mantenido cierto crecimiento intratorácico. Con estos resultados el paciente es remitido a un hospital de referencia para su valoración por parte del servicio de cirugía Infantil. En el momento actual se encuentra pendiente de intervención quirúrgica.

Se describen cuatro tipos de hernias diafragmáticas congénitas: la hernia de hiato, la hernia paraesofágica, la hernia de Morgagni (o Morgagni-Larrey) y la hernia de Bochdalek².

El foramen de Morgagni se constituye en la unión del *septum transversum* con los componentes laterales del diafragma, y su formación se atribuye a un retraso en la fusión de las costillas inferiores con el esternón durante la séptima semana del desarrollo embrionario. Algunos autores denominan, de forma general, hernia de Morgagni a este tipo de hernia, independientemente de que sea derecha, izquierda o bilateral. Otros autores diferencian con el término "hernia de Larrey" a la situada en la parte izquierda⁴.

En la revisión bibliográfica sólo hemos encontrado un caso de hernia de Morgagni en la que el contenido sea el lóbulo hepático izquierdo, en un niño con betatalasemia⁵. En nuestro caso, no hemos hallado la causa de la aparente hepatomegalia.

La hernia de Morgagni, con mucha frecuencia, puede producir síntomas relacionados con situaciones de aumento de la presión intraabdominal en la edad adulta. A pesar de ello, se ha descrito también en niños y se especula acerca de una posible predisposición genética, ya que se ha encontrado en gemelos univitelinos.

Este tipo de hernia es poco frecuente, constituye entre el 3 y el 5% de todas las hernias diafragmáticas congénitas y suele

ocurrir en el lado derecho, en el que con frecuencia el contenido es hepático, aunque también se encuentra en ocasiones parte del peritoneo, colon o intestino delgado.

La hernia de Morgagni se ha asociado con el síndrome de Down y con algunas malformaciones congénitas digestivas, como rotaciones de colon o divertículo de Meckel, así como también con cardiopatías congénitas y malformaciones urinarias.

Dadas las posibles complicaciones, se suele aconsejar la intervención quirúrgica, aun en los casos asintomáticos. El cierre del defecto diafragmático se realiza con sutura irreabsorbible o bien se emplean mallas diversas; esto último principalmente cuando existe un orificio herniario de gran tamaño. Hoy día suele utilizarse cirugía mínimamente invasiva (laparoscopia o toracoscopia)^{9,10}.

Hemos querido destacar este caso clínico porque este tipo de hernia es muy poco frecuente en el lado izquierdo, como se ha comentado, y por lo excepcional de su contenido.

**S. Arriba-Méndez, S. Rupérez Peña,
F. Ballesteros Gómez, M. Marrero Calvo
y M. Ruiz Pérez**

Servicio de Pediatría.

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles.

Ávila. España.

Correspondencia: Dra. S. de Arriba Méndez.
Servicio de Pediatría. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles.
Avda. Juan Carlos I, s/n. 05004 Ávila. España.
Correo electrónico: sdearriba@hns.sacyl.es

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández A, Barrio MI. Malformaciones congénitas de la pared torácica y del diafragma. En: Cobos N, Pérez-Yarza EG, editores. Tratado de Neumología Infantil. Madrid: Ergón; 2003. p. 243-57.
2. Rodríguez-Hermosa J, Pujadasa M, Ruiza B, Gironès J, Roiga J, Fortb E, et al. Hernia diafragmática de Bochdalek en el adulto. *Cir Esp*. 2004;76:191-4.
3. Márquez FJ, Acosta GL, Carrasco Azcona MA, Medina Gil MC, Andrés MA. Delayed presentation of Morgagni diaphragmatic hernia. *An Pediatr (Barc)*. 2005;62:81-3.
4. Rodríguez-Hermosa JI, Tuca F, Ruiz B, Gironès J, Roig J, Codina A, et al. Diaphragmatic hernia of Morgagni-Larrey in adults: analysis of 10 cases. *Gastroenterol Hepatol*. 2003;26:535-40.
5. Al Salem AH. An unusual anterior mediastinal mass in a child with B-thalassemia major. *Saudi Med J*. 2000;21:974-6.
6. Harris GJ, Soper RT, Kimura KK. Foramen of Morgagni hernia in identical twins: is this an inheritable defect? *J Pediatr Surg*. 1993;28:177-8.
7. Al Salem AH. Congenital hernia of Morgagni in infants and children. *J Pediatr Surg*. 2007;42:1539-43.
8. Pokorny WJ, McGill CW, Harberg FJ. Morgagni hernias during infancy: Presentation and associated anomalies. *J Pediatr Surg*. 1984;19:394-7.
9. Loong TP, Kocher HM. Clinical presentation and operative repair of hernia of Morgagni. *Postgrad Med J*. 2005;81:41-4.
10. Cabezali D, Cano I, García A, López M, Tejedor R, Benavent M. Minimally invasive surgery for the management of congenital diaphragmatic. *Patology Cir Pediatr*. 2007;20:111-5.