

Oclusión intestinal secundaria a hernia de Morgagni encarcerada en un paciente adulto: una complicación infrecuente



Bowel obstruction secondary to an incarcerated Morgagni hernia in an adult patient: a rare complication

La hernia de Morgagni (HM) es un tipo de hernia diafragmática congénita muy infrecuente (2-3% de todas las hernias diafragmáticas)¹. Este defecto herniario se localiza en la porción anteromedial del diafragma, detrás de las inserciones esternocostales del mismo. Su presencia puede dar lugar a la herniación de vísceras abdominales (epiplón, estómago, colon, hígado o intestino delgado) hacia la cavidad torácica. El defecto herniario suele ser pequeño y clínicamente asintomático en la mayoría de los pacientes, siendo diagnosticado frecuentemente en adultos de forma incidental.

Presentamos el caso de un paciente varón de 54 años sin antecedentes personales de interés que acude al servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal de 24 h de evolución localizado en epigastrio, de aparición brusca, continuo, intenso, asociado a náuseas y vómitos, así como sensación

de opresión torácica con el decúbito. A la exploración física el abdomen se encontraba distendido, timpánico, con dolor y defensa a la palpación en epigastrio.

La radiografía de tórax objetivó un segmento de colon distendido en el hemitórax derecho (fig. 1A). Se solicitó una tomografía computarizada con hallazgos compatibles con herniación de colon transverso a través de un orificio diafragmático de unos 3 cm localizado en la superficie anteromedial del hemidiafragma derecho (hernia de Morgagni), condicionando una oclusión del intestino grueso con válvula ileocecal competente (fig. 1B).

Se intervino al paciente con carácter urgente por vía laparoscópica confirmándose los hallazgos descritos en la tomografía computarizada. Se procedió a la reducción del colon transverso y epiplón encarcerados, los cuales eran viables y no presentaban signos de isquemia o perforación. La aproximación de los bordes del defecto herniario era dificultosa y presentaba tensión, decidiéndose repararlo con una malla de politetrafluoroetileno condensado de baja densidad (Omyra® Mesh) (fig. 2A y B). Se inició tolerancia oral a las 12 h del postoperatorio, con buena evolución clínica, con alta hospitalaria al tercer día sin complicaciones.

La incidencia de las hernias diafragmáticas congénitas es muy baja (1/2.000-1/5.000 recién nacidos vivos)⁵, donde la HM representa menos del 2-3%¹. La mayoría de los casos relativos a una HM son diagnosticados y reparados en la

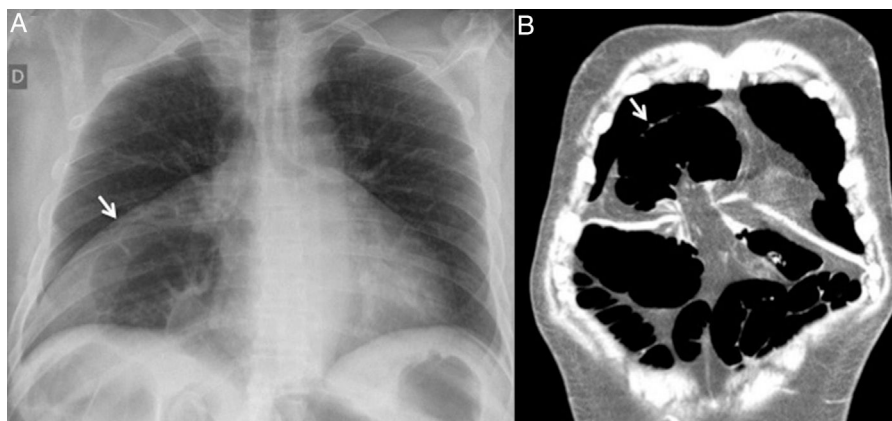


Figura 1 A) Radiografía de tórax. Segmento de colon distendido en hemitórax derecho (flecha). B) TC de abdomen. Hernia de Morgagni encarcerada de colon transverso que condiciona cuadro de oclusión intestinal (flecha).

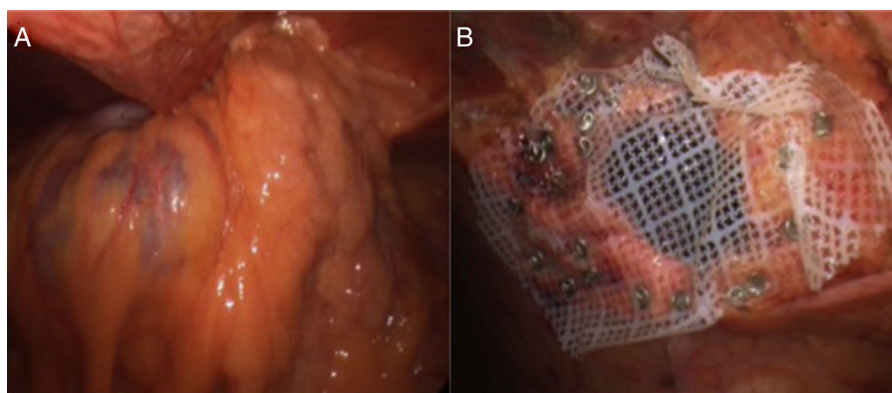


Figura 2 Cirugía laparoscópica. A) Hernia de Morgagni encarcerada (colon transverso y epiplón). B) Reparación del defecto herniario con malla de politetrafluoroetileno (Omyra® Mesh).

edad pediátrica^{2,3}. La HM se ha asociado con otras malformaciones congénitas tales como enfermedades cardíacas congénitas, deformidades de la pared torácica, malrotación intestinal, onfalocele o anomalías cromosómicas (trisomías 13, 18 y 21)⁴. Un pequeño porcentaje de estas hernias (5%) son diagnosticadas como un hallazgo casual en una radiografía de tórax en un paciente adulto asintomático. La mayoría de los autores recomiendan su reparación quirúrgica por el riesgo potencial de incarceration, incluso en pacientes asintomáticos⁵. Sin embargo, la incarceration herniaria es rara con muy pocos casos documentados en la literatura⁶. De forma global se recomienda su corrección quirúrgica, aunque existen controversias acerca de la vía de abordaje, la resección del saco herniario y el uso de mallas.

La toracotomía y con más frecuencia la laparotomía, fueron las vías de abordaje estándar clásicamente. Tras la realización de la primera reparación de una HM vía laparoscópica por Kuster et al. en 1992⁷, la cirugía mínimamente invasiva (incluyendo procedimientos por puerto único o cirugía robótica) ha ido ganando protagonismo y se ha impuesto como la vía de elección, dado que es factible, rápida, segura y permite una recuperación acelerada del paciente con un alta hospitalaria precoz^{3,8-10}. En situaciones de urgencia de HM incarcerationada o en presencia de comorbilidades, la cirugía laparoscópica es reproducible, siempre y cuando el estado clínico y hemodinámico del paciente lo permita.

Algunos autores exponen que el abordaje transtorácico ofrece una mejor exposición y visualización del nervio frénico, con una resección del saco herniario más segura. Sin embargo, la mayoría de los cirujanos prefieren realizar el procedimiento por vía transabdominal al ser menos invasivo, así como por su rapidez y sencillez.

Otro punto a considerar es la necesidad o no de resecar el saco herniario. La exéresis del saco puede resultar en una reducción de la tasa de recurrencia, pero también puede asociarse a mayor riesgo de complicaciones (lesión del pericardio, pleura, nervio frénico, sangrado)⁵. Actualmente se considera que la resección del saco herniario no es necesaria en la mayoría de los casos y debe considerarse solo en casos particulares³. Con respecto al cierre del defecto herniario, este difiere en niños y adultos según las series publicadas en cada uno de ellos. En los primeros, la reparación mediante el uso de puntos de sutura intermitentes no reabsorbibles es considerada como la técnica de elección por la mayoría de los autores con bajas tasas de recurrencia (2%)². En adultos la tendencia actual es realizar un cierre sin tensión mediante la colocación de una malla, con buenos resultados⁹.

Una revisión de 298 casos de HM en adultos, expone que la toracotomía es el abordaje más utilizado (49%), aunque la reparación laparoscópica gana popularidad; no se remueve el saco herniario en un 69% de casos; y se utiliza una malla en el 64% de los pacientes¹⁰.

Como conclusión, consideramos que el abordaje laparoscópico en pacientes con una hernia diafragmática congénita incarcerationada ofrece ventajas notorias tanto para el cirujano, por la excelente exposición del campo quirúrgico, como para el paciente, al presentar una baja tasa de complicaciones con un alta hospitalaria precoz.

Bibliografía

1. Aghajanzadeh M, Khadem S, Khajeh Jahromi S, Gorabi HE, Ebrahimi H, Maafi AA. Clinical presentation and operative repair of Morgagni hernia. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2012;15:608-11.
2. Esposito C, Escolino M, Varlet F, Saxena A, Irtan S, Philippe P, et al. Technical standardization of laparoscopic repair of Morgagni diaphragmatic hernia in children: results of a multicentric survey on 43 patients. *Surg Endosc*. 2016.
3. Lamas-Pinheiro R, 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.
4. Cigdem MK, Onen A, Okur H, Otcu S. Associated malformations in Morgagni hernia. *Pediatr Surg Int*. 2007;23:1101-3.
5. Arráez-Aybar LA, González-Gómez CC, Torres-García AJ. Morgagni-Larrey paraesternal diaphragmatic hernia in the adult. *Rev Esp Enferm Dig*. 2009;101:357-66.
6. Tirumani H, Saddala P, Fasih N. Incarcerated Morgagni Hernia: an unusual cause of large bowel obstruction. *J Emerg Med*. 2014;47:320-2.
7. Kuster GG, Kline LE, Garzo G. Diaphragmatic hernia through the foramen of Morgagni: laparoscopic repair case report. *J Laparoendosc Surg*. 1992;2:93-100.
8. 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 A*. 2016.
9. Oguma J, Ozawa S, Kazuno A, Nitta M, Ninomiya Y. Laparoscopic mesh repair of adult diaphragmatic hernia: A report of two cases. *Asian J Endosc Surg*. 2016.
10. Horton JD, Hofmann LJ, Hertz SP. Presentation and management of Morgagni hernias in adults: a review of 298 cases. *Surg Endosc*. 2008;22:1413-20.

José Antonio Casimiro Pérez*, Natalia Afonso Luis, María Asunción Acosta Mérida, Carlos Fernández Quesada y Joaquín Marchena Gómez
Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, Gran Canaria, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Casimiro.ja@gmail.com

(J.A. Casimiro Pérez).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2017.07.012>
 0210-5705/

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.