



www.elsevier.es/cirugia

P-082 - ASPECTOS CONTROVERTIDOS EN EL TRATAMIENTO DE LA HERNIA DE MORGAGNI. VÍA DE ACCESO Y USO DE MALLA

D. Acín-Gándara, F. Pereira-Pérez, P. López-Fernández, J. de la Torre-González, M. Medina-García, A. García Muñoz-Najar, M. Hernández-García, L. Carrión-Álvarez, C. López-Muñoz y B. Martínez-Torres

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Resumen

Introducción: La hernia diafragmática de Morgagni, descrita por primera vez por Giovanni Battista Morgagni en 1761 y localizada en el triángulo esternocostal derecho, es un defecto congénito diagnosticado habitualmente de forma incidental en edad adulta al realizar una radiografía de tórax. La mayoría son asintomáticas. El tratamiento de elección es quirúrgico, aunque existe cierta controversia en la vía de acceso, la reducción o no del saco herniario y el uso de mallas.

Caso clínico: Mujer de 62 años, con antecedentes personales de HTA, VHB y trasplante renal en 2008, consultó por dolor abdominal epigástrico irradiado a hipocondrio derecho. Presentaba una exploración abdominal anodina y una radiografía de tórax con obliteración del seno cardiofrénico derecho por una masa compatible con hernia de Morgagni. En TC abdominal se objetivó herniación de grasa mesentérica en ángulo cardiofrénico derecho que confirmaba el diagnóstico de sospecha y colelitiasis. Fue intervenida por vía laparoscópica, realizando una colecistectomía reglada y una hernioplastia diafragmática con malla de politetrafluoretileno después de la reducción del contenido herniario y resección del saco. La malla fue fijada con 2 puntos de seda y tuckers reabsorbibles. El postoperatorio cursó sin incidencias siendo dada de alta al 2º dpo. La paciente permanece asintomática tras un seguimiento de 30 meses.

Discusión: Están discutidos si es mejor la vía torácica que la abdominal, si debe resecarse el saco herniario y si es necesario el uso de mallas. En nuestro caso optamos por un abordaje laparoscópico abdominal ya que permite un buen acceso a la zona esternocostal y por tanto facilita la manipulación del contenido herniario con el mínimo trauma posible. A su vez conlleva menor comorbilidad y menor estancia postoperatoria. Siempre que sea posible y no implique un riesgo elevado (por adherencias pleurales o pericárdicas) defendemos resecar el saco herniario, de modo que no persistan colecciones y pueda obliterarse la cavidad herniaria con más facilidad. Por último, en nuestro caso fue necesario el uso de malla intraperitoneal irreabsorbible para el cierre del defecto herniario diafragmático.