



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-050 - REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE UNA HERNIA DE MORGAGNI

Fernández Martínez, Daniel; Rodríguez Infante, Antonio; Sanz Navarro, Sandra; Turienzo Santos, Estrella Olga; Sanz Álvarez, Lourdes; Vázquez Velasco, Lino; Rodicio Miravalles, José Luis

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Resumen

Introducción: La hernia de Morgagni es una herniación diafragmática congénita a través del triángulo esternocostal, como consecuencia de una alteración en la fusión del septum transversum del diafragma con los arcos costales. Se trata de una entidad infrecuente y es la menos común de todas las hernias diafragmáticas. Generalmente, se localiza en el lado derecho y está casi siempre provista de saco peritoneal. El diagnóstico suele ser en la edad pediátrica, siendo extremadamente raro en el adulto. Presentamos el caso de una mujer con hernia de Morgagni diagnosticada en la edad adulta.

Caso clínico: Mujer de 75 años con antecedente de histerectomía que consultó por disnea de años de evolución con empeoramiento progresivo, sin clínica digestiva asociada. La exploración física reveló una disminución del murmullo vesicular en hemitórax inferior derecho. La radiografía de tórax mostró la presencia de intestino en cavidad torácica derecha. Se completó el estudio con una TC toracoabdominal en la que se evidenció un defecto diafragmático antero-lateral derecho, por donde ascendía el colon transverso al tórax, que condicionaba una desviación contralateral del mediastino y una atelectasia del lóbulo medio del pulmón derecho. Con el diagnóstico de hernia de Morgagni, se decidió cirugía. A través de abordaje abdominal laparoscópico, se realizó reducción del contenido herniado, cierre del defecto con puntos transparietales de teraftalato de poli (etileno) y refuerzo con una malla mixta de PVDF y polipropileno. El postoperatorio cursó sin incidencias y fue alta al 3^{er} día tras la intervención. A los 12 meses de seguimiento, la paciente se encuentra asintomática y sin evidencia de recidiva en las pruebas de imagen de control.

Discusión: La clínica de este tipo de hernias es muy inespecífica, y se suelen presentar con sintomatología digestiva (vómitos, dolor abdominal, anorexia) o respiratoria (tos, disnea, cianosis). Esto hace que su diagnóstico sea a menudo incidental o por la existencia de complicaciones, como la obstrucción intestinal. La radiografía de tórax es un estudio complementario fundamental, en la que se puede apreciar niveles hidroaéreos torácicos, elevación de hemidiafragma, desviación contralateral del mediastino u obliteración de la línea del diafragma. Sin embargo, la prueba diagnóstica de elección es la TC, puesto que permite evaluar el defecto herniario, su contenido y detectar posibles lesiones asociadas. El tratamiento estándar es la reparación quirúrgica y la técnica más empleada es la sutura directa con material no absorbible, aunque también se pueden utilizar mallas protésicas cuando el defecto es muy grande o la sutura simple queda a tensión. El abordaje puede ser por vía torácica o abdominal, normalmente, se recomienda el abdominal ya que permite evaluar posibles lesiones asociadas en otros órganos; la toracotomía, se reserva para las recidivas y casos en los que exista una masa torácica no filiada. Así mismo, el empleo de técnicas mínimamente invasivas, como en nuestro caso, aporta numerosas ventajas, tales como disminución del dolor postoperatorio, reducción de la morbilidad y menor estancia hospitalaria. Ante síntomas respiratorios de repetición en un paciente adulto, es

necesario incluir la hernia diafragmática en el diagnóstico diferencial.