



VC-021 - ABORDAJE LAPAROSCÓPICO TRANSABDOMINAL CON TI-MESH, DESCRIPCIÓN DE NUESTRA TÉCNICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA HERNIA DE MORGAGNI EN ADULTOS

Otalora Mazuela, Leire; Brox Jiménez, Antonia; Dias Silva, Antonio; Pérez Corbal, Lara; Costas Fernández, Verónica; Artime Rial, María; Lladro Esteve, Miguel; Parajó Calvo, Alberto

Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra.

Resumen

Introducción: La hernia de Morgagni es una anomalía congénita infrecuente en adultos. Representa entre el 1-3% de todas las hernias diafragmáticas congénitas. Con frecuencia es asintomática siendo diagnosticada de forma incidental mediante pruebas de imagen. No obstante, en ocasiones puede provocar clínica torácica y/o abdominal en función de su volumen y de las vísceras herniadas. Múltiples abordajes han sido descritos en la literatura. Describimos nuestra técnica, un abordaje laparoscópico abdominal combinando un cierre primario, reforzado con puntos transabdominales, y malla titanizada (Ti-mesh).

Caso clínico: Presentamos dos casos de hernia de Morgagni en adultos. El primero es un varón de 20 años con obesidad grado I que acude al servicio de urgencias por dolor torácico opresivo y disnea de 24 horas de evolución. El TC toracoabdominal revela una solución de continuidad a nivel anterior derecha del diafragma con herniación de grasa omental y colon transverso, sin datos de complicación asociada. El segundo caso es una mujer de 52 años con clínica de dolor epigástrico. El TC confirma un defecto de 6 × 6 cm con herniación de colon transverso y atelectasia del lóbulo inferior derecho. En el primer caso, intraoperatoriamente, se aprecia un defecto herniario diafragmático de 12 × 6 cm conteniendo epiplón y colon transverso. Se reduce el contenido herniado a cavidad abdominal y se realiza cierre primario del defecto con dos suturas barbadas continuas 2/0 irreabsorbibles y puntos de seda 2/0. Posteriormente se refuerza el cierre con varios puntos transabdominales de monofilamento irreabsorbible usando endoclose. Debido al gran tamaño del defecto se decide colocar una malla titanizada que se fija con puntos sueltos de monofilamento no absorbible y adhesivo tisular. El paciente evoluciona satisfactoriamente, es dado de alta el tercer día posoperatorio con buena evolución tras seguimiento durante 12 meses. En el segundo caso el defecto es de menor tamaño. Igualmente se reduce el contenido herniado a cavidad abdominal y se resecta el saco. Siguiendo la misma técnica quirúrgica, se realiza el cierre con sutura continua barbada de monofilamento irreabsorbible. En este caso, al tratarse de una paciente con normopeso, los puntos de refuerzo transabdominales los realizamos con sutura de seda aguja recta, colocando igualmente una malla titanizada fijada con sutura irreabsorbible y pegamento biológico. La evolución posoperatoria fue satisfactoria.

Discusión: La hernia de Morgagni es una patología poco frecuente que requiere de cirujanos

expertos para su correcta reparación. En la actualidad, el abordaje laparoscópico abdominal es considerado la técnica de elección. Describimos nuestra técnica basada en un abordaje laparoscópico transabdominal con cierre primario del defecto mediante sutura continua barbada irreabsorbible, reforzada con puntos transabdominales que aseguran, liberan tensión y facilitan la cohesión del cierre primario a la fascia anterior. Realizamos esta sutura transabdominal técnicamente de diferentes modos teniendo en cuenta la fisonomía del paciente e individualizando en cada caso. Somos partidarios del refuerzo con malla en este tipo de defectos congénitos. Por último, opinamos que muy probablemente la cirugía robótica ofrezca muchas ventajas en la reparación de este tipo de defectos diafragmáticos.