



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-017 - CIRUGÍA URGENTE POR HERNIA DE MORGAGNI INCARCERADA

Labrador Alzás, Carolina; López Fernández, Concepción; Lavado Andújar, María Inmaculada; Jódar Salcedo, Cristina Rosel; Gómez Martín, Antonio Enrique; Afanador Rodríguez, María; Román Pons, Silvia; Munuera Romero, Luis

Hospital Universitario de Badajoz, Hospital Universitario de Badajoz.

Resumen

Introducción: Presentamos el caso de una paciente mujer de 85 años, con antecedentes de hipertensión arterial, EPOC estadio A, psoriasis y trastorno bipolar, que el 11 de enero de 2023 ingresa en Medicina Interna por cuadro de disnea, de una semana de evolución, acompañado de náuseas y vómitos. Durante el ingreso se solicita TAC toracoabdominal, por falta de mejoría, donde se evidencia pérdida de volumen en el hemitórax derecho debido a una herniación anterior, a través del hemidiafragma, de contenido abdominal, con ascenso a la cavidad torácica de grasa abdominal, ángulo hepático, colon transverso y región antro pilórica, que condiciona una obstrucción digestiva a nivel del píloro. Así, se contacta con el equipo de Cirugía de Guardia que indican intervención quirúrgica urgente.

Caso clínico: Se opta por un abordaje laparoscópico vía abdominal. Tras revisar la cavidad abdominal se evidencia parte de colon transverso, epiplón mayor, píloro, antro y parte del cuerpo gástrico ascendidos a través del defecto diafragmático anterior. Así, se procede a la reducción del contenido herniado, tras lo cual se objetiva un defecto de unos 10cm a nivel de la unión del *septum transversum* con los componentes laterales del diafragma. Posteriormente se liberan por completo las adherencias del saco herniario y se cierra el defecto con sutura barbada continua y sobresutura a puntos sueltos de sutura trenzada irreabsorbible. Finalmente se coloca una malla bioabsorbible, que cubre por completo todo el defecto, y se fina con *tackers* de vicryl y puntos sueltos de sutura irreabsorbible.

Discusión: Tras la cirugía, la paciente presentó un posoperatorio tórpido desde el punto de vista respiratorio, precisando la realización de una traqueostomía. Actualmente la paciente se encuentra asintomática, con buena dinámica respiratoria y tolerando la vía oral.