



P-153 - MANEJO LAPAROSCÓPICO DE LA HERNIA DE MORGAGNI SINTOMÁTICA EN EL ADULTO

Martínez Carrillo, María¹; García Martínez, María de Los Ángeles¹; Cisneros Ramírez, Andrea²; Oehling de Los Reyes, Hermann¹; Jurado Prieto, Francisco Javier³; García Rubio, Jesús¹; Argote Camacho, Ángela Ximena¹; Mirón Pozo, Benito¹

¹Hospital Universitario de San Cecilio de Granada, Granada; ²Gestión Sanitaria de Mallorca. Complejo Hospitalario de Mallorca, Palma de Mallorca; ³Hospital General Básico de la Serranía, Ronda.

Resumen

Introducción: Las hernias diafrágicas congénitas son una entidad poco frecuente. Están causadas por un defecto congénito en la formación del diafragma anterior. La incidencia de hernia diafrágica congénita se estima en 0,5/1.000 recién nacidos vivos, siendo la hernia de Morgagni el 3-5% de estos casos. La edad de diagnóstico es habitualmente pediátrica siendo raros los casos descubiertos en la edad adulta. Son más frecuentes en el lado derecho (70-90%). Su contenido puede ser muy variado: epiplón, colon, estómago, intestino delgado, hígado, etc.

Caso clínico: Mujer de 79 años hipertensa, que como antecedentes quirúrgicos presenta: apendicectomía abierta y hernioplastia inguinal y umbilical. Ingresa por cuadro de obstrucción intestinal por hernia interna paraduodenal. Se interviene vía laparoscópica evidenciando dilatación muy marcada de todo el paquete intestinal con asas de más de 5 cm de diámetro, evidenciando hernia de Morgagni donde se introducen los últimos 50 cm de íleon medio y parte de colon transversal, siendo la causa de la obstrucción. Se reduce el contenido a cavidad abdominal, se reseca el saco y se realiza cierre del defecto de unos 5cm con sutura continua de Stratafix 2/00. La paciente es dada de alta a los 7 días.

Discusión: La hernia diafrágica de Morgagni-Larrey fue descrita por primera vez en 1769. La radiografía de tórax ocupa el primer lugar en el diagnóstico (masa o burbuja aérea retroesternal). La TC es la prueba diagnóstica de elección, permitiendo determinar el contenido herniario. En adultos, la mayoría son asintomáticas, aunque pueden causar síntomas digestivos inespecíficos, molestias retroesternales o síntomas por compresión u obstrucción de estructuras torácicas (disnea, palpitaciones) o abdominales (náuseas, vómitos, dolor epigástrico). Las complicaciones (incarceración o estrangulación) son infrecuentes. El diagnóstico diferencial hay que establecerlo con otras masas del mediastino anteroinferior. En cuanto al tratamiento, se aconseja tratamiento quirúrgico para evitar posibles complicaciones, pero en casos asintomáticos o de alto riesgo quirúrgico se valorará individualmente. Actualmente, el abordaje laparoscópico es de elección ya que se puede realizar de manera segura y efectiva con mejoras en morbilidad y estancia hospitalaria. La reparación quirúrgica consiste en la reducción del contenido herniario, resección del saco y cierre del orificio diafrágico. Si el defecto herniario es grande, se pueden emplear mallas protésicas (mallas con doble componente (polipropileno y hialurato de sodio con carboximetilcelulosa) o las mallas de PTFE (politetrafluoretileno). Se han descrito diversas vías de abordaje tanto abdominal como torácico. La vía abdominal es de elección cuando el diagnóstico está claro o existen complicaciones, pudiendo hacerse por laparotomía o por laparoscopia. La vía torácica se reservará para los casos en que se

sospechen adherencias abdominales importantes o el diagnóstico sea de masa intratorácica no filiada.