



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-730 - HERNIA DE MORGAGNI, HAY QUE CONOCER PARA SOSPECHAR

Díaz Pérez, David; Juidias García, Alba María; Albiach Congosto, Raquel; Granizo Salazar, Mónica Gabriela; Zabala Salinas, Jaime; Apostolidis de Oliveira, Isaura Margarita; Hernández Bartolomé, Miguel Ángel; Galindo Jara, Pablo

Hospital Universitario de Torrejón, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** Las hernias de Morgagni (HDM) constituyen una forma rara de hernia diafragmática que representa tan solo un 2% del total. En su presentación crónica los pacientes pueden estar asintomáticos, desarrollar clínica respiratoria inespecífica o sintomatología del tracto digestivo superior. En la manifestación más aguda podrían presentar obstrucción o estrangulación. Sin embargo, la mayoría de los casos se diagnostican de manera fortuita durante estudios rutinarios. Se presenta el caso de una paciente con HDM sintomática.

**Caso clínico:** Mujer de 79 años, con antecedente de hernia de hiato por deslizamiento y estreñimiento crónico, que acude al servicio de Urgencias por vómitos incoercibles y ausencia de tránsito intestinal de varios días de evolución. La paciente presentó anteriormente síntomas similares, así como disfagia. Durante la auscultación pulmonar se objetiva hipoventilación basal derecha y una exploración abdominal anodina, así como analítica normal. Se realiza radiografía de tórax observando una opacidad paracardíaca derecha con presencia de gran nivel hidroaéreo. Se solicita TC que muestra gran HDM que contiene estómago volvulado, colon derecho y transversal y asas de intestino delgado colapsadas. Se decide ingreso para cirugía electiva y en planta debuta un deterioro respiratorio brusco con desaturación. En una radiografía se objetiva un neumotórax completo derecho que precisa la colocación de tubo endotorácico. Se decide intervención quirúrgica. Se realiza laparotomía supraumbilical y se confirma la sospecha preoperatoria de HDM. La hernia se reduce con vísceras aún viables y se reseca parcialmente el saco herniario. Se observa un defecto herniario esternocostal derecho de aproximadamente 8 cm de diámetro y se procede al cierre del mismo con puntos sueltos de material no reabsorbible. El pulmón se reexpande sin incidencias y la paciente evoluciona favorablemente tanto desde el punto de vista respiratorio como quirúrgico, siendo dada de alta asintomática.

**Discusión:** El fracaso de la fusión de los elementos fibrotendinosos del diafragma deja un área libre de músculo conocida como “trígono costoesternal u orificio de Morgagni”, a través del cual la hernia se produce eventualmente. Su baja prevalencia y síntomas inespecíficos hacen su diagnóstico difícil y tardío, como sucedió en el caso que se presenta. El TC se recomienda como método diagnóstico de elección por ser el más sensible para demostrar la extensión/contenido del defecto y posibles complicaciones; estas son por obstrucción o estrangulación. En este caso, la paciente tuvo un neumotórax completo del lado de la hernia; desconocemos si hay una relación causal y no hay

referencias bibliográficas a este respecto. Tradicionalmente se escoge abordaje laparotómico ante sintomatología aguda, inestabilidad del paciente o peritonitis. La vía laparoscópica destaca en casos inciertos tanto como método diagnóstico y terapéutico. Actualmente existe gran controversia en la literatura sobre qué abordaje elegir, así como el tipo de reparación (sutura simple vs. prótesis). En esta última cuestión, parece que el tamaño del defecto herniario es el principal factor determinante. En lo que acontece a este caso, se realizó el abordaje abierto debido a la situación basal de la paciente y a la sospecha no confirmada de complicación respiratoria.