

Hernia de Morgagni. Hernia diafragmática poco frecuente

Morgagni Hernia. Infrequent diaphragmatic hernia

Gonzalo Perrone*, Martín Salvatierra*, Daniel González**

Hospital Maciel. Clínica Quirúrgica "3". Montevideo, Uruguay. Región Norte. Hospital Regional Salto- Uruguay

RESUMEN

La hernia de Morgagni corresponde a un defecto congénito diafragmático poco frecuente. Su diagnóstico se establece como un hallazgo incidental o ante la presencia de síntomas respiratorios y/o digestivos inespecíficos, así como sus complicaciones. El tratamiento es quirúrgico dado la posibilidad de complicaciones. Presentamos el caso de un paciente portador de una hernia de Morgagni sintomática, en el cual realizamos una hernioplastia laparoscópica.

Palabras clave: Hernia de Morgagni, laparoscopia.

ABSTRACT

The Morgagni hernia corresponds to a rare congenital defect of the diaphragm. Its diagnosis is established as an incidental finding or in the presence of non-specific respiratory and / or digestive symptoms, as well as its complications. The treatment is surgical given the possibility of complications. We present the case of a patient with a symptomatic Morgagni hernia, in which we performed a laparoscopic hernioplasty.

Keywords: Morgagni hernia, laparoscopic.

INTRODUCCIÓN

Las hernias diafragmáticas representan el 8% de las malformaciones congénitas. La incidencia actual oscila entre 1,9 y 2,3 por cada 10.000 nacimientos. La hernia de Morgagni es infrecuente, constituyendo el 2% al 4% de todas las hernias diafragmáticas congénitas siendo de etiología parcialmente conocida⁽¹⁾.

Generalmente es asintomática en el paciente adulto. En ocasiones puede presentar síntomas respiratorios, dolor torácico o síntomas gastrointestinales inespecíficos. Su diagnóstico generalmente es incidental mediante radiografía de tórax. Su confirmación se realiza mediante colon por enema o tomografía computada⁽²⁾.

El tratamiento es quirúrgico tanto en las formas asintomáticas

como sintomáticas. El abordaje por vía torácica o abdominal puede ser videotorascópico o videolaparoscópico con o sin utilización de una malla⁽³⁾.

CASO CLÍNICO

Paciente de 67 años, sexo masculino que consultó por tos de larga data. En radiografía de tórax presenta imagen compatible con hernia diafragmática (**Figura 1**). La tomografía computada toraco-abdominal informó migración de colon transverso hacia el tórax a través de defecto diafragmático anterior. Estudio contrastado de colon por enema certifica migración intra torácica de colon transverso (**Figura 2**).

Se decide la intervención quirúrgica electiva por abordaje laparoscópico abdominal. Se realiza hernioplastia con malla de polipropileno y resección del saco herniario (**Figura 3**).

La paciente presenta buena evolución no presentando recidiva herniaria a los 3 años de seguimiento.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El tratamiento de la hernia de Morgagni es quirúrgico dado las probabilidades de complicaciones. El abordaje puede ser laparoscópico o laparotómico, siendo incierto los porcentajes de recurrencia con cada uno de ellos. Este último se prefiere frente a la presencia de complicaciones⁽⁴⁾.

En nuestro paciente optamos por el abordaje laparoscópico abdominal dado que existen trabajos que reportan igual incidencia de recurrencia con menos complicaciones postoperatorias y alta precoz⁽⁵⁾.

Existe controversia si el abordaje debe ser torácico o abdominal. Un abordaje transtorácico permite una mejor exposición

* Cirujano general. Clínica Quirúrgica 3. Hospital Maciel. Región Norte. Hospital Regional Salto, Salto, Uruguay.

** Prof. Clínica Quirúrgica 3. Hospital Maciel. Universidad de la República. Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay. Departamento de Cirugía, Hospital Regional Salto, Salto-Uruguay. Clínica Quirúrgica 3, Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay. ORCID <https://orcid.org/0000-0003-3916-9201>.

Correspondencia: Dr. Gonzalo Perrone. Correo electrónico: gonpedr@hotmail.com. Código postal 50000.

Recibido 09 diciembre 2019 - Aceptado: 15 enero 2020

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons



Figura 1: Radiografía de tórax. Área hiperclara, retro esternal sugestiva de contenido intestinal.

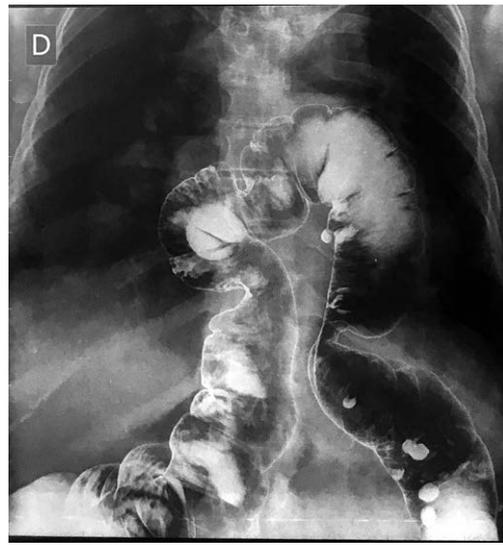


Figura 2: Estudio contrastado de colon por enema. Migración torácica de colon transverso.

herniaria en los defectos grandes con sospecha de adherencias a estructuras mediastínicas. Las desventajas incluyen la mayor morbimortalidad posoperatoria⁽⁶⁾.

La reparación simple con suturas no absorbibles en defectos pequeños, o el uso de mallas en defectos mayores son opciones válidas. El objetivo principal es lograr una reparación libre de tensión. En ocasiones la ausencia de borde anterior dificulta técnicamente el cierre. En este caso se propone la sutura intracorpórea del borde posterior a los músculos de la pared abdominal, o sutura extraabdominal del borde posterior hasta el espesor total de la pared abdominal⁽⁷⁾.

Los materiales compuestos de malla cubierta, han reducido la probabilidad de formación de fistulas y adherencias en el sector abdominal, aunque el riesgo persiste en el sector torácico. Algunos autores apoyan la idea de que, en el contexto de una hernia grande es la única opción de reparación si bien hay series que reportan la reparación con éxito sin el uso de mallas y sin recurrencia documentada⁽⁸⁾.

No existe un fuerte nivel de evidencia con respecto a táctica a realizar ya que no existen trabajos que comparen los resultados de la rafia o la plastia por lo cual pensamos que esto está sujeto a discusión.

La resección del saco es un procedimiento controvertido.

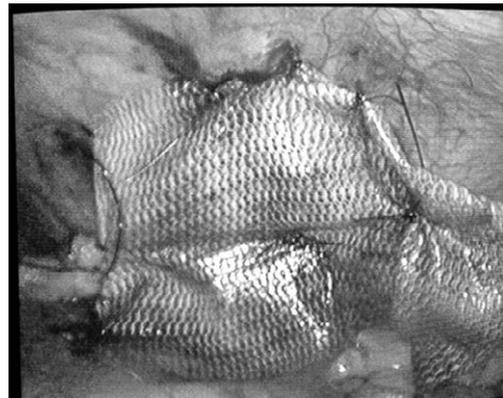


Figura 3: Hernioplastia con malla de polipropileno y fijación con puntos separados.

Algunos autores reportan complicaciones como, neumopericardio, neumomediastino masivo, y lesiones pulmonares. Otros refieren que su resección puede disminuir el riesgo de recurrencia herniaria y formación de seroma. En general los cirujanos prefieren no resecar el saco ya que es escasa la evidencia a favor de una disminución en la recurrencia futura. La escisión del saco también presenta aun considerables controversias⁽⁹⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Friedmacher F, Pakarinen M, Rintala R. Congenital diaphragmatic hernia: a scientometric analysis of the global research activity and collaborative networks. *Pediatr Surg Int*. 2018;34(9):907-17.
- 2- Aghajanzadeh M, Khadem S, Khajeh Jahromi S, Gorabi H, Ebrahimi H, Maafi A. Clinical presentation and operative repair of Morgagni hernia. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2012;15(4):608-11.
- 3- Sanford Z, Weltz A, Brown J, Shockcor N, Wu N, Park A. Morgagni Hernia Repair: A Review. *Surg Innov*. 2018;25(4):389-99.
- 4- Tărcoveanu E, Georgescu Ş, Vasilescu A, Andronic D, Dănilă N, Lupaşcu C et al. Laparoscopic Management in Morgagni Hernia - Short Series and Review of Literature. *Chirurgia*. 2018;113(4):551.
- 5- Young M, Saddoughi S, Aho J, Harmsen W, Allen M, Blackmon S et al. Comparison of Laparoscopic Versus Open Surgical Management of Morgagni Hernia. *Ann Thorac Surg*. 2019;107(1):257-61.
- 6- Elfiky A, Daneshvar D, Krzyzak M. Adult Onset Morgagni Hernia: Medical vs. Surgical Management. *Cureus*. 2019; 11(5): 4626-31. DOI 10.7759/cureus.4626.
- 7- Costa Almeida C, Carço T, Nogueira O, Infúli A. Laparoscopic repair of a Morgagni hernia with extra-abdominal transfascial sutures. *BMJ Case Reports*. 2019;12(1):e227600.
- 8- Ağalar C, Atila K, Arslan NC, Derici ZS, Bora S. Adult morgagni hernia: A single-center experience of five cases and a review of literature. *Turk J Surg*. 2018;33 (11):1-4.
- 9- Arevalo G, Harris K, Sadiq A, Calin M, Nasir B, Singh K. Repair of Morgagni Hernia in Adults with Primary Closure and Mesh Placement: First Robotic Experience. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2017;27(5):529-32.