



P-508 - REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE HERNIA DE MORGAGNI BILATERAL EN EL ADULTO

Romera Barba, Elena; Torregrosa Pérez, Nuria María; Navarro García, María Inmaculada; Sánchez Pérez, Ainhoa; Castañer Ramón-Llín, Juan; Maestre Maderuelo, María; Martínez Manzano, Álvaro; Vázquez Rojas, José Luis

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

Introducción: La hernia de Morgagni o de Morgagni-Larrey, descrita en 1761 por Morgagni y en 1829 por Larrey, representa en el adulto un 2-5% de las hernias diafragmáticas. Se caracteriza por su localización paraesternal, con predominio en el lado derecho, siendo infrecuente su presentación bilateral. Puede ser congénita o más raramente adquirida, caracterizándose por la presencia de saco peritoneal. En el adulto suele ser asintomática y diagnosticarse de forma incidental en técnicas de imagen, si bien puede ir asociada a sintomatología gastrointestinal o respiratoria inespecífica. El tratamiento es quirúrgico, y en los últimos años ha tenido auge el abordaje laparoscópico. Presentamos el caso de una paciente con una hernia de Morgagni bilateral, tratada por laparoscopia mediante la colocación de una prótesis intraabdominal compuesta (Physiomesh®).

Caso clínico: Paciente mujer de 66 años, que consultó por disnea en relación con el decúbito, que había aumentado en los últimos meses y se acentuaba por la noche. En la radiografía de tórax se objetivó una ocupación de la base del hemitórax derecho por imágenes hidroaéreas. Se realizó TC que informó de hernia diafragmática anterior que contenía epiplón y colon transversal. La paciente fue intervenida por laparoscopia con tres trócares (Hasson, 5 mm y 12 mm), hallando una hernia de Morgagni bilateral, que contenía epiplón y colon transversal, con un orificio herniario global de 12 × 7 cm. Se realizó la reducción del contenido intestinal herniado, así como liberación de adherencias de epiplón al saco herniario y la sección de ligamento falciforme hepático. El saco herniario no fue resecaado. La reparación se realizó colocando una prótesis intraabdominal compuesta (Physiomesh®, Ethicon®) de 20 × 15 cm, fijándola con una doble corona de agrafes helicoidales (Tacker®, AutoSuture®) en el borde de la malla y junto al orificio herniario, y varios puntos de seda. La intervención quirúrgica se realizó en 75 min. La paciente fue alta al 3^{er} día postoperatorio. En el TC de control a los 2 meses no existía evidencia de recidiva.

Discusión: El tratamiento de la hernia de Morgagni es quirúrgico, incluso en casos asintomáticos debido al riesgo de complicaciones. En la actualidad, desde que en 1992 se publicara la primera reparación por laparoscopia, esta vía de abordaje ha ido sustituyendo a la vía abierta tradicional. La laparoscopia proporciona un excelente campo quirúrgico con buen acceso a la zona posteroesternal, permite la correcta manipulación con mínimo trauma y complicaciones, reduce la estancia hospitalaria y el tiempo de recuperación. La reducción del contenido herniado suele ser sencilla; en

ocasiones hay que seccionar adherencias al saco y realizar una manipulación cuidadosa del contenido para evitar lesiones. En la mayoría de los casos el saco no se reseca, ya que generalmente la cavidad se oblitera de forma espontánea, no parece modificar el pronóstico de la reparación y se evita lesionar la pleura o el pericardio provocando neumotórax o neumomediastino. El tratamiento del defecto diafragmático mediante sutura simple o prótesis, depende del tamaño del mismo. En nuestro caso, utilizamos una malla compuesta formada por polipropileno recubierto por una película reabsorbible de poligrecaprona 25, para reducir las adherencias viscerales durante el proceso de integración.