



# Cirugía Española

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



## P-175 - REDUCCIÓN Y REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE HERNIA DE MORGAGNI

*Seguí Orejuela, Jordi; Martín Orta, Eva; Hernández Roca, Belén; Espinosa Soria, Javier; Campo Betancourth, Carlos Felipe; Camacho Lozano, Julio; Novotny, Sergio Adalberto; Rodrigo Amador, Vidina Aurora*

*Hospital General de Elda, Elda.*

### Resumen

**Introducción:** La hernia de Morgagni (HM) es un defecto congénito del triángulo esternocostal formado por el apéndice xifoides, el séptimo cartílago costal y las inserciones musculares del diafragma; permitiendo el paso de vísceras abdominales a la cavidad torácica. La HM representa del 5-11% de las hernias diafragmáticas y en el 90% de los casos se localizan en el lado derecho, con una prevalencia 2:1 en mujeres. La sintomatología suele presentarse en la edad adulta, predominando los síntomas pulmonares (disnea, insuficiencia respiratoria, fatiga...) con respecto a los gastrointestinales (ERGE, indigestión...). El diagnóstico inicial se realiza mediante la radiografía de tórax con proyecciones postero-anterior y lateral observando el contenido aéreo de las asas intestinales, siendo el diagnóstico más dificultoso en el caso del epiplón donde observaremos el desplazamiento de las estructuras. El TC es la principal técnica confirmatoria. El estudio baritado esofagogastroduodenal y el enema opaco se utilizan para identificar el contenido herniado. En todos los casos el tratamiento de elección es quirúrgico (por las posibles complicaciones: volvulaciones, malrotaciones intestinales, encarceraciones...) con reducción del contenido herniario y reparación del defecto. El abordaje laparoscópico es de elección en la actualidad. No existe evidencia estadísticamente significativa para recomendar la vía de abordaje abdominal o torácica, siendo la única indicación de abordaje torácico cuando se sospeche la existencia de masa torácica. Hay asociaciones de cirujanos que recomiendan el cierre del defecto con suturas no reabsorbibles. Existe controversia en cuanto al uso o no de mallas, por las posibles adherencias, debiendo individualizarse cada caso.

**Caso clínico:** Mujer de 70 años a quién se le realiza Rx tórax por otro motivo observándose imagen de densidad grasa en base pulmonar derecha. Se solicita TC tórax diagnosticándose de HM con solución de continuidad en pared diafragmática anterior, y herniación a su través de colon transverso. A pesar de encontrarse la paciente asintomática se decidió cirugía por las posibles complicaciones, realizándose abordaje abdominal laparoscópico, reducción del contenido herniado y resección del saco. Cierre del defecto con sutura barbada y colocación de malla (Synecor 10 × 15 cm) fijada con *coils* reabsorbibles. Buena evolución posoperatoria con alta al 3<sup>er</sup> día y en revisión al mes.

**Discusión:** La HM se trata de un defecto congénito e infrecuente del diafragma en posición anterior. Hasta el 90% de los casos se localiza en el lado derecho, representando 5-11% de las hernias diafragmáticas. Sospechar este diagnóstico en pacientes con condiciones que aumenten la

presión intraabdominal (obesidad, embarazo, tos crónica...) que no mejoren con tratamiento médico. Los primeros síntomas suelen aparecer en la edad adulta, predominando los torácicos sobre los gastrointestinales. El contenido herniario en su mayoría suele ser epiplón o intestino grueso. El diagnóstico se realiza mayoritariamente con radiografía de tórax, y TC para caracterización. El tratamiento de elección es quirúrgico incluso en los asintomáticos, realizándose un abordaje laparoscópico (abdominal/torácico). Se recomienda el abordaje torácico en los casos de sospecha de masa mediastínica. Se realiza reducción del contenido herniario y reparación del defecto con sutura simple. El uso de mallas es controvertido y se recomienda su individualización.