



## V-194 - HERNIA DE MORGANI GIGANTE: UNA REPARACIÓN ATÍPICA PARA UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE

García-Melón, Abel; González López, Rocío; Navarro Quirós, Gisela; Anguita Ramos, Francisco Javier; Vázquez González, Irene; Lenza Trigo, Patricia; Conde Valés, Jose

Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

### Resumen

**Introducción:** La hernia diafragmática puede ser congénita, que es definida como la persistencia de un orificio en el músculo diafragma que permite que parte del paquete abdominal se hernie al tórax. El pulmón del lado donde se produce la herniación, queda hipoplásico y puede causar, si se mantiene en el tiempo hipertensión pulmonar con una alta mortalidad. Otra de las causas posibles es la traumática. En el caso de nuestra paciente no se describía ningún traumatismo de alta intensidad que pudiera ser el origen de la hernia.

**Caso clínico:** Paciente mujer de 75 años, que como antecedentes personales destaca: trastorno delirante crónico, deterioro cognitivo leve; asma bronquial. Acude a urgencias por vómitos de 24 horas de evolución. Con dolor abdominal difuso. Sin síntomas de ardor, reflujo o disfagia. Revisando la historia se encuentra diagnóstico de hernia diafragmática hace años, por la que nunca fue remitida a consulta de Cirugía General. Se realizó una radiografía de tórax que evidenciaba una gran ocupación del hemitórax derecho por asas intestinales. Por lo que se decidió completar estudio con un TAC torácico-abdomino-pélvico, donde se objetiva una gran hernia diafragmática anterior derecha compatible con hernia de Morgani, no complicada. Se decidió ingreso en cirugía, para optimización y en sesión multidisciplinar, se consensuó aplicar la técnica del neumoperitoneo controlado o de "Goñi Moreno", a razón de 600 cc de aire ambiente al día con intención de preparar la cavidad abdominal para la recepción del gran paquete visceral herniado en tórax derecho. A los 7 días se interviene mediante abordaje robótico y se realiza reducción del contenido herniario, resección del saco herniario íntimamente adherido a pericardio y pleura derecha. Cierre del defecto diafragmático de unos 6 cm de diámetro con sutura continua barbada irreabsorbible. Elaboración de *flap* peritoneal para colocación de malla plana de refuerzo que se cubre con peritoneo. Dejando por tanto la malla completamente aislada del tórax y de la cavidad abdominal. Este tipo de reparación es muy infrecuente en dicha localización, ya que en la bibliografía hay recogidos fundamentalmente cierres simples y/o colocación de mallas de doble cara sin protección con peritoneo. En este caso extrapolamos la reparación tipo TAPP de la región inguinoescrotal a la región diafragmática. En el mismo acto quirúrgico se coloca un drenaje endotorácico derecho, que es retirado sin incidencias 72 h más tarde. La paciente es dada de alta al 8º día por desajustes psicológico-psiquiátricos, permaneciendo: afebril, tolerando dieta oral y sin complicaciones derivadas de la intervención durante el ingreso. Presentando actualmente un posoperatorio muy satisfactorio, con desaparición de la clínica "asmática".

**Discusión:** La hernia de Morgani es una patología poco frecuente, pero que puede tener una implicación importante en la salud, provocando dificultad respiratoria e incluso una hipertensión pulmonar. En la reparación tradicional se utilizan mallas de doble cara, sin aislar del peritoneo, pero es interesante la aplicación de técnicas como la que presentamos que permiten aislar la malla por completo tanto del tórax como del abdomen.