



VC-060 - REPARACIÓN DE HERNIA DE MORGAGNI ROBÓTICA MEDIANTE RAFIA Y MALLA CUBIERTA POR FLAP PERITONEAL (R-TAPP)

Jódar Salcedo, Cristina Rosel; Labrador Alzás, Carolina; Lavado Andújar, María Inmaculada; López Fernández, Concepción; Afanador Rodríguez, María; Medina Ortiz, José Antonio; Santos Naharro, Jesús; Munuera Romero, Luis

Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

Resumen

Introducción: La hernia de Morgagni se debe a un defecto diafragmático anterior y retroesternal congénito, por debilidad en la zona del triángulo costoesternal, predominantemente derecho, cuyo contenido herniario suele ser, epiplón mayor, colon, estómago, hígado e intestino delgado. Es bastante infrecuente, con una prevalencia del 2-3%, y rara vez debuta con clínica de incarceration, siendo habitualmente asintomática. Su diagnóstico suele ser incidental en pruebas de imagen. Está indicado su tratamiento quirúrgico, pues pese a que son generalmente asintomáticas, existe un alto riesgo de complicaciones potencialmente mortales como volvulación o estrangulación del contenido, generalmente intestinal. Mediante este vídeo, nuestro objetivo es dar a conocer esta patología, así como las ventajas del tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo asistido por robot.

Caso clínico: Mujer de 79 años que tras ser diagnosticada de forma incidental de una hernia de Morgagni, se interviene de forma programada mediante abordaje laparoscópico asistido por robot Da Vinci Xi a través de cuatro puertos (2 × 12 mm, 2 × 8 mm). Realizando el *docking* por la izquierda del paciente y con posición anti-Trendelenburg 20° y lateralidad derecha 2°. Se evidencia gran parte de colon transversal y el epiplón mayor ascendidos a la cavidad torácica. Procedemos a la reducción del contenido herniado, objetivando un defecto diafragmático anterior de unos 6x4cm. Se reduce el contenido herniado y se crea un colgajo peritoneal con un overlap que rodea todo el defecto. Se desciende todo el saco peritoneal previo al cierre del defecto con una sutura barbada irreabsorbible de polipropileno. Se coloca una malla biológica que se ancla en los extremos con puntos de Vicryl para reforzar la rafia. Finalmente se cubre la malla con el flap peritoneal, que se cierra con sutura barbada reabsorbible. La paciente evoluciona favorablemente siendo alta al 3^{er} día posoperatorio sin incidencias, sin recidiva en el momento actual.

Discusión: Existen múltiples técnicas descritas en la bibliografía para la reparación de la hernia de Morgagni. En nuestro vídeo realizamos un abordaje laparoscópico transabdominal para la creación de un flap peritoneal nos permite cubrir la malla y aislarla de la cavidad abdominal, similar al abordaje TAPP de la hernia inguinal, evitando así posibles adherencias e infecciones de la misma. Pese a no existir un consenso sobre cuando estaría indicado la colocación de una prótesis en un defecto diafragmático, se conoce que la tasa de recidiva suele ser menor tras su colocación para defectos grandes. Con respecto al cierre del defecto, se sigue la premisa de una rafia sin tensión

como en todas las hernias. No está tampoco consensuado cual debe ser el *overlap* para cubrirla, siendo generalmente mayor, a mayor defecto o a mayor fragilidad del diafragma. La reparación laparoscópica asistida por robot nos brinda la ventaja de la cirugía mínimamente invasiva en cuanto a la recuperación posoperatoria y una estancia hospitalaria menor, junto con los beneficios técnicos aportado por el robot en cuanto a ergonomía y economía de los movimientos, permitiendo una mejor disección del flap así como para la sutura del defecto y la fijación de la malla por puntos.