



# Cirugía Española

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



## P-140 - HERNIA DE MORGAGNI INCARCERADA. CAUSA INFRECUENTE DE OCLUSIÓN INTESTINAL EN EL ADULTO

*Galmés Huerta, Carla; Artigot Pellicena, Mariano; Marin García, Jordi; Salazar Terceros, David; Macarulla Sanz, Enric; Casanova Portoles, Dani; Domingo González, Marta; Hernando Tavira, Ruben*

*Consorci Sanitari de l'Anoia, Igualada.*

### Resumen

**Objetivos:** Revisar el manejo de una hernia diafragmática congénita poco frecuente complicada y sus posibles vías de abordaje.

**Caso clínico:** Paciente mujer de 61 años sin alergias conocidas, antecedentes de apendicectomía vía abierta en su juventud, acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal de 5 días de evolución epigástrico irradiado a hipocondrio derecho, asociado a vómitos y estreñimiento junto con sensación disneica con intolerancia al decúbito supino. A la exploración física se objetiva taquipnea a 30 rpm, abdomen doloroso a la palpación en hemiabdomen derecho con descompresión positiva en esta localización. Analíticamente presenta elevación de reactantes de fase aguda con 12.000 leucocitos y PCR 122 mg/L. En la Rx de tórax se visualiza una hernia diafragmática con contenido colónico y una TAC abdominal que confirma la existencia de una voluminosa hernia diafragmática retroesternal y anterior derecha, compatible con Hernia de Morgagni, con contenido de epiplón mayor y parte del colon transversal, con zona de transición a este nivel asociada a distensión de colon transversal proximal, colon ascendente y ciego sin distensión de asas del intestino delgado, y con un calibre colónico conservado a nivel distal. Se interviene de forma urgente a la paciente, realizando laparotomía media, objetivando la existencia de una hernia de Morgagni la cual incluye un segmento de colon transversal y de epiplón mayor ambos incarcerados, junto con distensión proximal de colon transversal derecho, ascendente y ciego con signos de isquemia asociada. Se realiza reducción de la hernia de Morgagni, omentectomía, hemicolectomía derecha y anastomosis íleo-transversal latero-lateral mecánica isoperistáltica. Disección y resección del saco herniario. Tras imposibilidad de cierre primario del defecto herniario se repara mediante la colocación de malla con doble componente (fluoruro de polivinilideno y polipropileno) intraperitoneal fijada al diafragma con puntos sueltos con material irreabsorbible de polipropileno 2/0. La paciente presenta una correcta evolución posoperatoria, por lo que recibe el alta hospitalaria a los siete días. Tras un seguimiento durante 40 días en consultas externas es dada de alta sin complicaciones a largo plazo.

**Discusión:** La hernia diafragmática de Morgagni es un defecto diafragmático anterior o retroesternal congénito que representa el 3-4% de todos los defectos diafragmáticos congénitos. En un 40% de los casos es asintomática, aunque puede causar complicaciones respiratorias o digestivas potencialmente graves. Para evitarlas, está indicada la reparación quirúrgica en todos los pacientes, incluso en aquellos asintomáticos. La vía de abordaje más empleada es la abdominal, con tendencia

actual a utilizar las técnicas de cirugía mínimamente invasiva como la laparoscopia en los casos en que sea posible. En nuestro caso al tratarse de un caso urgente con isquemia asociada del intestino se optó por una vía de abordaje abierta. La intervención consiste en el cierre del defecto mediante sutura simple o usando mallas protésicas para evitar los cierres a tensión, en nuestro caso una malla con doble componente.