

Hernia de Morgagni: Presentación de un caso tratado por videolaparoscopia

Guillermo Roussy, Pablo Maldonado, Álvaro Alcaraz, Federico Moser, Lucio Obeide

Servicio de Cirugía General, Hospital Privado de Córdoba, Córdoba, Argentina

Acta Gastroenterol Latinoam 2015;45:061-064

Resumen

La hernia de Morgagni es una rara entidad congénita usualmente asintomática, pero en ocasiones puede producir síntomas respiratorios o gastrointestinales. Reportamos el caso de un paciente con hernia de Morgagni diagnosticada y tratada en nuestro servicio. La hernia produjo varios síntomas y el tratamiento quirúrgico fue abordado por vía laparoscópica. Un estudio de tomografía computada ayudó al diagnóstico. El defecto herniario fue cerrado con malla sintética. El postoperatorio de nuestro paciente transcurrió sin inconvenientes. Consideramos que el abordaje laparoscópico es la forma más efectiva de reparar esta variedad de hernia.

Palabras claves. Hernia diafragmática, hernia de Morgagni, hernia congénita.

Morgagni's hernia: Report of a case treated by videolaparoscopy

Summary

Morgagni's hernia is a rare congenital disorder, usually asymptomatic, but may cause respiratory or gastrointestinal symptoms. We reviewed the clinical findings of a patient with a Morgagni's hernia, diagnosed and treated in our department. The Morgagni's hernia caused various symptoms in our patient and surgery was performed via laparoscopy. A chest CT-scan established the diagnosis. The hernial defect was closed with a synthetic mesh. Our patients had an uneventful postoperative recovery. We believe that the laparoscopic approach is an effective way of repairing Morgagni's hernia.

Key words. Diaphragmatic hernia, Morgagni hernia, surgical treatment, congenital hernia.

La hernia diafragmática de Morgagni es la más infrecuente de las hernias congénitas diafragmáticas (2% a 3% de los casos), grupo en el que se describe junto a las hernias hiatales, paraesofágicas y la de Bochdalek. Con una incidencia de 1 por cada 2.200 a 2.400 nacidos vivos, este defecto es causado por una alteración congénita en la fusión del *septum* transversal del diafragma con los arcos costales, lo que forma un espacio triangular potencialmente débil susceptible de ser sobrepasado por el aumento de la presión intraabdominal, siendo el lado derecho el más afectado porque el pericardio protege el costado izquierdo, dificultando su desarrollo en esa zona. No obstante, en raros casos el defecto del lado izquierdo es posible, lo que se ha denominado hernia de Larrey. Lev-Chelouche y col describen que, por la razón antes mencionada, esta hernia es usualmente diagnosticada en niños en los que se presenta generalmente como un cuadro de *distress* respiratorio en el período neonatal producido por la ocupación del hemitórax derecho por el contenido abdominal.

Tanto el desarrollo de técnicas imagenológicas de diagnóstico prenatal como la cirugía precoz han mejorado la sobrevida de estos pacientes. No obstante, un pequeño grupo, aquel que no es diagnosticado tempranamente por carecer de sintomatología, puede presentar cuadros clínicos inespecíficos derivados del desarrollo de esta hernia en etapas posteriores de la vida. Ésta, debido a su infrecuencia, puede hacer caer en errores diagnósticos al equipo médico.

Clínicamente, en los adultos este defecto resulta subdiagnosticado dado que la mayor parte de estos pacientes son asintomáticos o presentan como principal motivo de consulta cuadros digestivos inespecíficos caracterizados por vómitos, dolor abdominal y anorexia, en el contexto de una obstrucción intestinal en casos de atascamiento o estrangulación. Este cuadro se ha descrito también en raros casos de hernia bilateral o en combinación con hernias paraesofágicas.

Correspondencia: Guillermo Roussy
E-mail: guillermoroussyotero@gmail.com

Además, los pacientes pueden consultar por síntomas respiratorios (tos, disnea y cianosis), los cuales pueden ser interpretados y tratados erróneamente como neumonías a repetición o derrame pleura.^{1,7}

Descripción del caso

Se presenta un varón de 18 años de edad, con antecedentes personales quirúrgicos de una hernioplastia inguinal izquierda que consulta inicialmente por dos episodios de palpitations de menos de 1 minuto de duración, acompañados de sensación de desmayo sin pérdida de conocimiento. Realiza actividad física sin problemas.

Se realiza un electrocardiograma que resulta normal y una telerradiografía de tórax que presenta una probable hipertrofia de la aurícula derecha con densidad grasa en su mitad externa. No se observan lesiones parenquimatosas pulmonares (Figura 1).

Figura 1. Telerradiografía de tórax.



Se solicita una tomografía computada de tórax que constata en el mediastino antero-inferior la presencia de abundante tejido adiposo proveniente del epiplón mayor que atraviesa un hiato esterno costo-diafragmático derecho congénito, ocupando el seno cardiofrénico derecho.

Esta imagen es compatible con el diagnóstico de hernia de Morgagni (Figuras 2 y 3).

Figura 2. Tomografía computada de tórax.

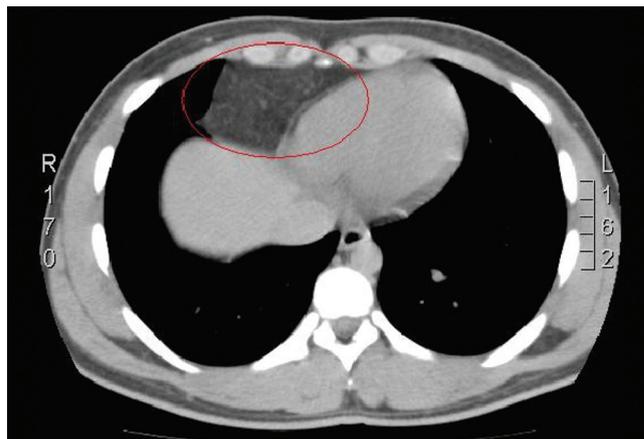


Figura 3. Tomografía computada de tórax.



El examen físico y los análisis de laboratorio están dentro de los límites normales. La relación entre las palpitations del paciente y la presencia de la hernia de Morgagni no es factible de confirmarse pero, en ausencia de otra causa de su sintomatología y para prevenir complicaciones potenciales, se decide el tratamiento quirúrgico.

Se decide realizar una hernioplastia laparoscópica con malla. El paciente se ubica en decúbito dorsal en posición francesa. El procedimiento consiste en una laparoscopia exploradora inicial que muestra la herniación torácica del epiplón mayor sin la presencia herniación de vísceras concomitantes (Figura 4).

Figura 4. Laparoscopia: Herniación torácica del epiplón mayor.



Se reduce mediante la tracción con pinzas atraumáticas del epiplón mayor herniado y se reseca el saco herniario. Se realiza el cierre del hiato de Morgagni con sutura continua con polipropileno 2 0 (Figura 5). Se coloca malla de *ptfe dual mesh* recubriendo el hiato cerrado por la rafia. Se fija su sector más próximo al corazón con un punto de polipropileno 2 0 y el resto de la malla se fija con agrafes irreabsorbibles tipo *Protack*® (Figura 6).

Figura 5. Laparoscopia: cierre de la hernia.



Figura 6. Colocación de la malla.



Durante la internación no se registran complicaciones, con buen manejo del dolor postoperatorio, inicio de dieta a las 6 horas y alta a las 48 horas. En el control postoperatorio a los 12 meses el paciente no presenta recidiva herniaria imagenológica y permanece asintomático.

Discusión

La mayoría de las hernias de Morgagni en el adulto son asintomáticas y se diagnostican por lo general incidentalmente en la radiografía sistemática de tórax. Tradicionalmente se ha considerado a los procesos diagnosticados en la edad adulta productores de escasas manifestaciones clínicas y porcentualmente insignificantes en lo que a la totalidad de las hernias en el adulto se refiere. Se han propuesto algunos mecanismos por los cuales una hernia latente o asintomática durante largo tiempo puede comenzar a manifestar síntomas. Wong y col señalan una progresión herniaria aguda y aumento del tamaño de la misma asociado a procesos respiratorios agudos y que ponen de manifiesto un cuadro latente durante largos períodos. El contenido herniario suele ser, por orden de frecuencia: epiplón, colon (transverso generalmente), estómago, hígado e intestino delgado. Nuestro paciente presentó la variación más frecuente.¹

La mayoría de las veces el diagnóstico suele ser incidental en el curso de exámenes radiológicos o tomográficos y con menor frecuencia clínicos de acuerdo con manifestaciones clínicas inespecíficas de tipo gastrointestinal, cardiovascular o respiratorio. Radiológicamente suele manifestarse un cuadro que simula un derrame pleural con una imagen o masa radioopaca, generalmente paracardial y derecha. En la actualidad tanto la tomografía axial computada como la resonancia magnética y su extensa aplicación clínica han conducido a una mayor frecuencia

diagnóstica del proceso y a una mejor delimitación y valoración del mismo. Los estudios complementarios como el tránsito intestinal resultan de valor en la identificación del tipo de contenido de la hernia y su repercusión en el tracto digestivo, sabiendo la frecuencia relativa en la que estas estructuras participan en el contenido herniario.¹⁻⁸

El tratamiento, en principio, es quirúrgico. En el adulto se recomienda solamente cuando es sintomático pero, por el contrario, es recomendable realizarlo en la actualidad en todos los niños en los que se ha podido llegar al diagnóstico. El abordaje quirúrgico de la hernia de Morgagni puede ser abdominal o torácico. La vía abdominal videolaparoscópica es la ideal. Asimismo, se ha descrito algún caso de reparación quirúrgica torácica videoasistida.⁷⁻⁸

La esencia del tratamiento consiste en la reducción del contenido herniario, asegurando su viabilidad. En el caso de que existan problemas se puede eliminar el saco herniario y cerrar del defecto. El cierre del defecto es objeto de controversia y se han planteado desde el cierre simple con material de sutura irreabsorbible hasta las técnicas de cierre sin tensión mediante el empleo de mallas diversas para la obturación del defecto. En hernias pequeñas el cierre simple es de fácil realización. Cuando éste no es posible, se debe emplear mallas reparadoras, como en los casos de gran orificio herniario y en los que la reparación quirúrgica podría causar tensión importante, con el subsiguiente riesgo de recidiva o complicaciones adhesivas derivadas de la existencia del propio material. En la actualidad el abordaje laparoscópico se ha empleado con éxito y son ventajas reconocidas de esta técnica un buen reconocimiento de las estructuras abdominales, la reducción del contenido con facilidad, la posibilidad del cierre simple o el empleo de mallas si es preciso, la menor estadía hospitalaria y la reducción de los costes. Se han descrito algunas complicaciones, como el neumotórax o neumomediastino derivados de la presión de insuflación

peritoneal, pero son de fácil manejo y solución. Es en este caso cuando el mantenimiento de la integridad del saco es recomendable para evitar este tipo de problemas.⁴⁻⁸

Concluimos que el tratamiento de la hernia de Morgagni de nuestro paciente mediante la hernioplastia con malla laparoscópica presentó un excelente resultado postoperatorio, una internación corta y sin complicaciones, y una ausencia de recidiva a los 12 meses de evolución. Con el advenimiento de la cirugía laparoscópica y su incorporación en la resolución de estos defectos se han mejorado de manera considerable los resultados, dada la factibilidad técnica y la buena tolerancia por parte del paciente. El abordaje laparoscópico de la hernia de Morgagni es un tratamiento válido y eficaz en instituciones con experiencia en cirugía laparoscópica y su disponibilidad para el tratamiento de estos pacientes debe ser considerada.

Referencias

1. Bragg WD, Bumpers H, Flynn W, Hsu HK, Hoover EL. Morgagni hernias: an uncommon cause of chest masses in adults. *Am Fam Physician* 1996;54:2021-2024.
2. Haubrich WS. Morgagni of the foramen and columns of Morgagni. *Gastroenterology* 2002;123:424.
3. Echenique M, Amondarain J, Mar B. Hernias de Morgagni. Presentación de una serie de casos tratados en la era prelaparoscópica. *Cir Esp* 2002;71:197-200.
4. Morales J, Canales L, Delgado C. Morgagni hernia: report of one case. *Rev Chil Cir* 2006;58:464-468.
5. Lin ST, Mass DM, Henderson SO. A case of Morgagni hernia presenting as pneumonia. *J Emerg Med* 1997;15:297-301.
6. Chiong HJ, Chiong HA, Jensen C, Abedrapo M. Hernia de Morgagni en el adulto: caso clínico. *Rev Hosp Clin Univ Chile* 1998;9:291-293.
7. Rogers F, Rebuck J. Case report: Morgagni hernia. *Hernia* 2006;10:90-92.
8. Álvarez J A, Bravo V F, Bello C C, Baier Ch R. Hernia diafragmática congénita: Reporte de un caso de presentación tardía. *Rev Chil Pediatr* 2004;75:362-366.