

## CASOS CLÍNICOS

# Reparación laparoscópica de hernia de Morgagni. Reporte de dos casos\*

## Laparoscopic repair of Morgagni hernia. Report of two cases

Drs. ALBERTO PAGÁN P.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio Cirugía General Hospital Universitario Son Dureta, Palma Mallorca, España

### RESUMEN

Presentamos dos pacientes con tratamiento laparoscópico de una hernia de Morgagni. Este es un defecto congénito en el diafragma anterior poco frecuente, que puede ser asintomático o causar síntomas dependiendo del contenido herniario. El tratamiento quirúrgico puede ser a cielo abierto por vía torácica o transabdominal, pero el abordaje laparoscópico también permite su reparación, tanto cuando es simple como cuando requiere la colocación de una malla. Por el hecho de evitar el trauma quirúrgico y permitir una pronta recuperación del paciente lo creemos actualmente el tratamiento de elección.

PALABRAS CLAVE: **Diafragma, hernia de Morgagni, laparoscopia.**

### SUMMARY

Morgagni hernia is an uncommon congenital defect of the anterior diaphragm that can be asymptomatic or cause symptoms, depending of the contents of the hernia sac. It is treated with open surgery, but laparoscopic surgery is also an alternative for a simple repair or mesh placement. We report two patients. A 62 years old female subjected to an elective laparoscopic cholecystectomy. During the procedure a Morgagni hernia was detected and repaired. A 72 years old female with a herniation of transverse and ascending colon into the thorax that was operated, repairing the hernia with suture and mesh placement. Both patients had an uneventful postoperative outcome.

KEY WORDS: **Morgagni hernia, laparoscopic surgery, diaphragmatic defects.**

### INTRODUCCIÓN

La hernia de Morgagni, es un defecto congénito localizado en el diafragma anterior en el triángulo conocido como el espacio de Larrey. Este tipo de hernias es raro y representa entre el 1 y el 6% de todos los defectos diafragmáticos<sup>1</sup>. El defecto es

normalmente relativamente pequeño, con un diámetro transversal mayor que el antero-posterior. Esta hernia es habitualmente descubierta de modo casual aunque puede acompañarse de síntomas. El tratamiento quirúrgico por vía torácica o transabdominal ha consistido en la sutura de los bordes diafragmáticos a la fascia endotorácica retroester-

\*Recibido el 18 de Mayo de 2007 y aceptado para publicación el 19 de Julio de 2007.

Correspondencia: Dr. Alberto Pagan Pomar  
C/ Andrea Doria, 55  
Palma Mallorca CP 07014. España  
e mail: ajpagan@telefonica.net

nal y a la vaina posterior del músculo recto anterior del abdomen, o en la interposición de una malla protésica que cubra el defecto herniario. Con el abordaje laparoscópico es posible la realización de esta reparación, sea simple o con colocación de una malla, evitando el trauma quirúrgico que precisa el abordaje abierto. Presentamos dos casos de hernia de Morgagni tratados por abordaje laparoscópico con distinto planteamiento técnico en la reparación del defecto.

### CASOS CLÍNICOS

**Caso 1:** Paciente de 62 años de edad programada para intervención quirúrgica por coleditiasis sintomática por abordaje laparoscópico. Durante este, se objetiva una hernia de Morgagni con contenido de epiplón mayor que se reduce sin dificultad. El defecto se reparó con cierre simple con puntos sueltos de polipropileno, sin exéresis del saco, junto con la colecistectomía prevista. Revisado su historial radiológico se objetiva la hernia de Morgagni en un TAC abdominal realizado en otra institución (Figura 1). La paciente evolucionó favorablemente efectuándose un seguimiento ambulatorio con realización de una TAC al año de la intervención y un nuevo control al año siguiente, donde se aprecia un buen control del defecto sin recidiva (Figura 2).

**Caso 2:** Paciente de 72 años ingresada para estudio de una estenosis colónica tras un episodio de dolor abdominal autolimitado. La colonoscopia no pudo franquear la zona estenótica, siendo remitida a cirugía con la sospecha inicial de un proceso

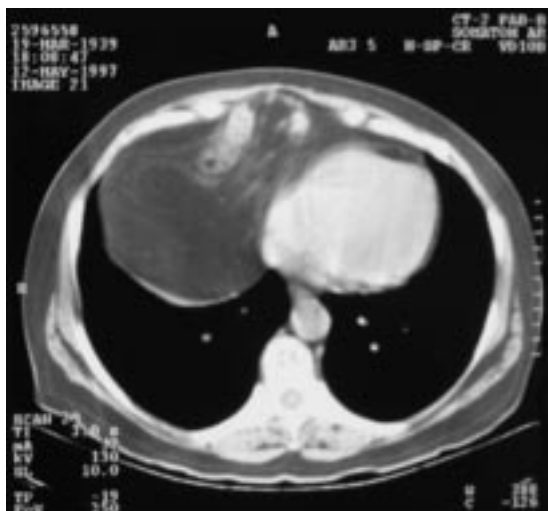


Figura 1. TAC Abdominal con Hernia de Morgagni asintomática. El diagnóstico fue realizado durante abordaje laparoscópico para colecistectomía.

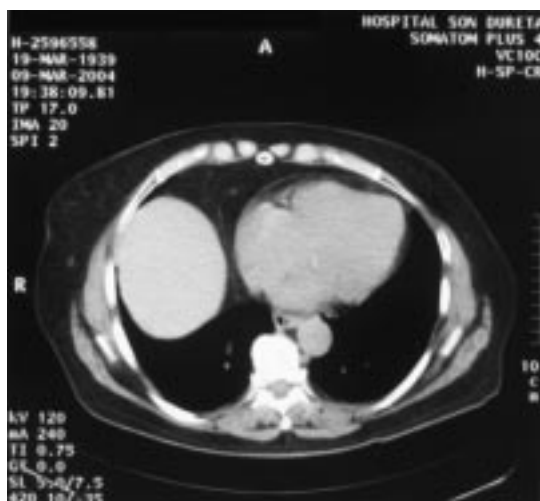


Figura 2. Control a los dos años de la reparación con cierre simple sin resección de saco.

neoplásico. Refería episodios de cólico abdominal desde hacia cuatro años, siempre autolimitados. En el enema opaco se objetiva herniación del colon transverso y parte del colon ascendente en el interior del tórax (Figura 3). Junto con la TAC abdominal se concluye el diagnóstico, y practicando una



Figura 3. Paciente con estenosis colónica en una colonoscopia. Enema opaco permite la sospecha de hernia de Morgagni. El estudio se completó con TAC abdominal.

laparoscopia exploradora se confirma la hernia de Morgagni. Se reduce el contenido herniario, colon transverso y omento mayor y se repara el orificio mediante un cierre simple con puntos de polipropileno y la interposición de una malla de 15 x 10 cm (PTFE Dual Mesh, WL Gore & Assoc<sup>®</sup>) que se fija con agrafes helicoidales (ProTack, Tyco<sup>®</sup>) (Figuras 4 y 5). La cirugía se completa con una pexia del colon derecho al parietocólico. Los controles de imagen realizados confirman la efectividad de la reparación y la correcta disposición anatómica del colon (Figura 6).

### RESULTADOS

Ambos procedimientos fueron completados por un abordaje laparoscópico. Se pudieron realizar cirugías complementarias en los dos casos (caso 1: colecistectomía; caso 2: colopexia derecha)

El tiempo de cirugía fue de 93 minutos con un rango entre 82 y 115 minutos. Ambas pacientes evolucionaron favorablemente con tolerancia digestiva en las primeras 24 horas y alta hospitalaria a los 2 y 4 días respectivamente.

No han aparecido complicaciones ni dolor relevante en el postoperatorio. Las pacientes siguen en ambos casos asintomáticas.

Los controles de imagen fueron realizados mediante TAC abdominal sin evidenciar recidiva.

El seguimiento es de 52 meses y 14 meses.

### DISCUSIÓN

La hernia de Morgagni es posiblemente el resultado de un defecto embriológico en la fusión de los elementos fibrotendinosos de la parrilla costal y parte del esternón con el músculo diafragma<sup>2</sup>.

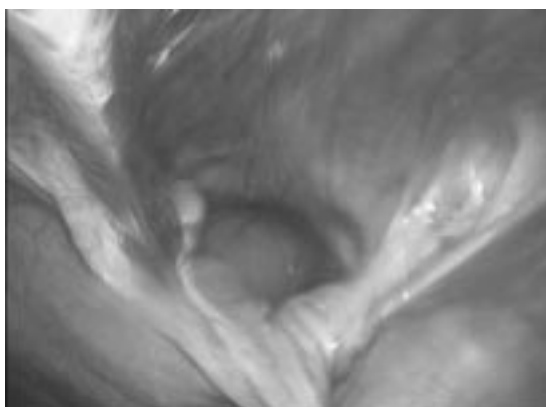


Figura 4. Abordaje laparoscópico tras la reducción del epiplón del contenido herniario.



Figura 5. Interposición en el defecto herniario de una Malla Dual Mesh de Gore.

La escasa frecuencia de la hernia de Morgagni y su comportamiento clínico no permiten en la mayoría de casos establecer un diagnóstico previo ya que se precisan estudios de imagen complejos, y suele ser un hallazgo casual durante una cirugía indicada por otra causa<sup>3</sup>. Esta hernia es usualmente descubierta en el adulto de modo casual, aunque puede acompañarse de síntomas debidos a la con-



Figura 6. Control a los 12 meses de la reparación. Se visualizan los agrafes colocados en la pared abdominal posterior.

densación de órganos torácicos. Alternativamente, la herniación de vísceras intraabdominales puede causar dolor abdominal, náuseas, vómitos, o sangrados<sup>4</sup>.

El abordaje laparoscópico realiza el diagnóstico y permitir un tratamiento de reparación adecuado. El tratamiento es mandatorio ante hernias sintomáticas para prevenir complicaciones<sup>5</sup>.

A pesar de ser una entidad poco frecuente ya existen algunos antecedentes sobre su tratamiento laparoscópico. Los aspectos técnicos del mismo están sujetos a gran variabilidad en los informes revisados: resección o no del saco herniario, cierre simple o colocación de malla, tipo de malla colocada Prolene, Vicryl-Prolene o Pariefix® Composite<sup>1,6</sup>. La resección del saco, apoyado por algunos autores, creemos que no es necesaria y puede dar lugar a complicaciones<sup>7,8</sup>. No la hemos realizado en ningún caso, con buenos resultados.

El cierre primario esta favorecido por el tamaño del defecto y la baja presión intraabdominal, y lo creemos posible en algunos casos seleccionados<sup>6</sup>. Se han utilizado indistintamente suturas irreabsorbibles continuas o a puntos sueltos. Un defecto pequeño, su ubicación anatómica y las adherencias posteriores a la cirugía hacen poco probable la recidiva herniaria, la que no ha sido informada. Otras técnicas de reparación simple como la plicación no las creemos indicadas por ser reparaciones sujetas a tensión y aumentar la complejidad del procedimiento.

La mayoría de autores describe el uso de malla para reparar y cubrir el defecto<sup>6-8</sup>. Actualmente existen mallas específicas para ser colocadas en la cavidad peritoneal que, por su doble capa, previenen las adherencias a las vísceras intraabdominales, a diferencia de las mallas de Prolene que somos reticentes a colocar en contacto con éstas. En la fijación de la malla pueden utilizarse, en algunas zonas del defecto en la pared abdominal posterior y con seguridad, los agrafes helicoidales que sustituyen a la sutura intracorpórea de difícil realización técnica.

No debe descartarse ninguna alternativa para su reparación. Pequeños defectos pueden repararse sin tensión con cierre simple bajo neumoperitoneo, aunque somos partidarios de la interposición de mallas de doble capa, que se fijarán mediante suturas o agrafes helicoidales a elección del cirujano.

Concluimos según nuestra experiencia que la reparación de una hernia de Morgagni puede ser realizada por abordaje laparoscópico con buenos resultados al permitir un cierre del defecto con distintas opciones técnicas, reducir el trauma quirúrgico de los procedimientos abiertos y permitir una alta hospitalaria precoz con rápida recuperación.

## REFERENCIAS

1. Percivale A, Stella M, Dirante V, Dogliotti L, Serafini G, Saccomani G *et al*. Laparoscopic treatment of Morgagni-Larrey Hernia: Technical details and report of a series. *J Laparoendosc Surg* 2005; 3: 303-307.
2. Scott DJ, Jones DB. Hernias and abdominal wall defects. In Norton JA, Bollinger RR, Change AE, (eds). *Essential practice of surgery: basic science and clinical evidence*. New York: Springer, 2001: 787-823.
3. Yldirim B, Ozaras R, Tahan V, Artis T. Diaphragmatic Morgagni hernia in adulthood: correct preoperative diagnosis is possible with newer imaging techniques. *Acta Chir Belg* 2000; 100: 31-33.
4. Smith J, Ghani A. Morgagni hernia: incidental repair during laparoscopic cholecystectomy. *J Laparoendosc Surg* 1995; 5: 123-125.
5. Fisher L, O'Donnell CJ. A complication of a Morgagni hernia. *Australas Radiol* 1990; 34: 86-88.
6. Orita M, Okino M, Yamashita K, Morita N, Esato K. Laparoscopic repair of a diaphragmatic hernia through the foramen of Morgagni. *Surg Endosc* 1997; 11: 668-670.
7. Newman L, Eubanks S, McFarland Bridges W, Lucas G. Laparoscopic diagnosis and treatment of Morgagni hernia. *Surgical Laparoscopy and Endoscopy* 1995; 5: 27-31.
8. Rau HG, Schardley HM, Lange V. Laparoscopic repair of a Morgagni hernia. *Surg Endosc* 1994; 8: 1439-1442.