

## Hernia diafragmática no traumática complicada en un anciano

### Non traumatic complicated diaphragmatic hernia in an old man

Dra. María Lourdes Hernández Echevarría,<sup>I</sup> Dr. Osvaldo Gálvez Toledo,<sup>I</sup> Dr. Manuel Ceballos Hernández,<sup>II</sup> Dr. Manuel C. Ceballos Barrera,<sup>I</sup> Dr. Santiago Luis Solís Chávez,<sup>I</sup> Dr. Ismael Enríquez Rodríguez <sup>I</sup>

<sup>I</sup> Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

<sup>II</sup> Hospital Clínicoquirúrgico "Joaquín Albarrán". La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

La hernia de Morgagni es una variedad poco frecuente de hernia diafragmática no traumática. En un paciente anciano del sexo masculino se encontró un gran saco herniario que contenía estómago, epiplón mayor y colon transversal, encarcelados a través de un defecto diafragmático retroesternal, lo cual es muy raro en la vejez. El paciente tenía antecedentes de litiasis vesicular, úlcera duodenal y diastasis de los músculos rectos abdominales, e ingresó con dolor torácico, epigastria, aerogastria, distensión en la porción superior del abdomen y vómitos. El diagnóstico se obtuvo mediante radiografías posteroanterior y lateral del tórax y del abdomen. Se realizó una laparotomía de urgencia y se encontró una hernia de Morgagni encarcelada sin afectación vascular. Se redujo el contenido, se resecó el saco herniario, se reparó el defecto herniario y se efectuó la colecistectomía. La recuperación posoperatoria fue inmediata y completa. El seguimiento posoperatorio de 6 meses no mostró recidiva herniaria.

**Palabras clave:** hernia diafragmática no traumática complicada, hernia de Morgagni.

## ABSTRACT

Morgagni hernia is an uncommon variety of non-traumatic diaphragmatic hernia, usually located in the right-side anterior diaphragm. A big herniary sac, which contained the greater omentum, the stomach, and the transverse colon incarcerated due to a retrosternal diaphragmatic defect, was found in an old male patient. This is very unusual finding in the elderly. This patient had a history of cholelithiasis, duodenal ulcer and diastasis recti. He was admitted at the hospital with chest pain, epigastralgia, aerogastria, upper abdominal distension, and vomits. He underwent emergency radiological studies. The diagnosis was based on chest posterior-anterior and lateral X-rays of the chest and the abdomen. Emergency laparotomy was performed to find Morgagni hernia without any vascular effect. The content was removed, the hernia sac was excised, the Morgagni foramen was repaired and cholecistectomy was performed. The recovery of the patient was complete and immediate postoperatively. The six-month follow-up showed no hernia recurrence.

**Keywords:** non traumatic complicated diaphragmatic hernia, Morgagni hernia.

---

## INTRODUCCIÓN

Las hernias del diafragma se pueden presentar a través del hiato esofágico, de defectos congénitos como los agujeros de Bochdalek o Morgagni, o de defectos postraumáticos. Las hernias por deslizamiento del estómago a través del hiato esofágico son las más frecuentes. Cuando el estómago protruye a través del hiato esofágico a lo largo del esófago se produce una hernia paraesofágica. La mayoría de las hernias de este tipo contienen además un componente por deslizamiento que las convierte en las llamadas *hernias diafragmáticas mixtas*.<sup>1</sup>

Las hernias congénitas del diafragma (HCD) son ocasionadas por una falla en la fusión de los componentes que intervienen en el desarrollo de este músculo. Las de Morgagni se forman en las uniones esternocostales del diafragma, y suelen descubrirse en el adulto, como un defecto anterior retroesternal, generalmente del lado derecho.<sup>1</sup>

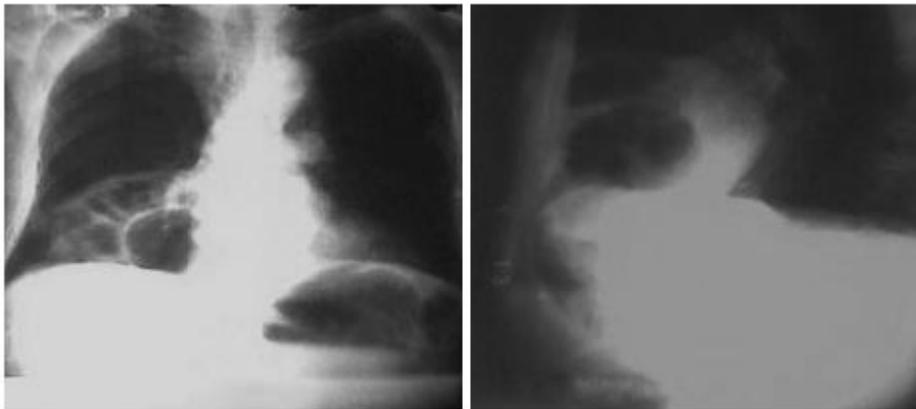
El cuadro de dilatación gástrica aguda, las manifestaciones de oclusión del intestino grueso y los hallazgos radiológicos motivaron el tratamiento quirúrgico de urgencia de un anciano, cuya afección constituyó el propósito de esta presentación.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

El paciente es un hombre, blanco, de 87 años de edad, hipertenso, con antecedente de litiasis vesicular y sangramiento digestivo alto por úlcera duodenal un año antes, la cual cedió con tratamiento médico. El motivo de ingreso fue epigastralgia y disnea. Al interrogatorio refiere dispepsia, sensación de plenitud gástrica y aerogastria con frecuencia. Además, en las últimas 12 h había comenzado a presentar anorexia, eructos, regurgitaciones y vómitos no biliosos.

En el examen físico se encontró ruidos hidroaéreos en la base del hemitórax derecho anterior, murmullo vesicular normal en el resto de los campos pulmonares, pulso radial de 100 lat./min y tensión arterial de 150/80 mm Hg. En el abdomen se detectó gran diastasis de los músculos rectos abdominales, aumento de volumen en el epigastrio, que estaba redondeado, tenso, renitente, irreductible con la palpación y el bazuqueo. Había ruidos hidroaéreos aumentados en la auscultación del abdomen, pero no había reacción peritoneal. Se diagnosticó una dilatación gástrica y se le realizó la aspiración de 1200 mL de contenido gástrico oscuro con restos de alimentos.

Inicialmente se le realizaron radiografías posteroanterior del tórax y simple anteroposterior de abdomen, de pie y acostado, en las que se evidenció una doble imagen gaseosa por encima del hígado, que interfería con la visualización de la base pulmonar derecha. En la vista lateral del tórax se confirmó la imagen en la proyección anterior y, por la presencia en ella de haustras, se hizo el diagnóstico imaginológico de una hernia diafragmática complicada de tipo Morgagni (Fig. 1).



**Fig. 1.** Radiografías del tórax (posteroanterior y lateral de pie). Se observa una imagen de aspecto visceral en la base del hemitórax derecho anterior.

En la radiografía simple del abdomen se observó un gran nivel hidroaéreo por debajo del hemidiafragma izquierdo, correspondiente al estómago, y múltiples niveles compatibles con una oclusión intestinal mecánica.

Complementarios:

- Hemograma normal y ligera hipoglucemia.
- Hemogasometría: alcalosis metabólica.
- Electrocardiograma: dentro de límites normales.

Se tomaron medidas descompresivas y se trató el desequilibrio hidroelectrolítico. El paciente fue operado de urgencia por laparotomía convencional media supraumbilical. La presencia de un gran saco herniario que contenía parte del estómago, epiplón y un segmento del colon transverso encarcelados a través de un defecto de aproximadamente 6 por 5 cm en la inserción esternocostal derecha (Fig. 2), sin afectación vascular, y un vólvulo gástrico órgano axial, por la rotación anterior y superior del antro, fueron los hallazgos quirúrgicos más relevantes.



**Fig. 2.** Aspecto del anillo herniario. La pinza superior está hacia el borde en la pared torácica y la inferior en el diafragma.

Se liberó el contenido y se reparó el defecto previa resección del saco, sin afectar la cavidad pleural. La reparación se realizó con sutura continua no absorbible, con la que se cerró el anillo y se reforzó la inserción costal del diafragma (Fig. 3).



**Fig. 3.** Saco herniario invertido antes de ser resecado.

La litiasis vesicular se resolvió mediante colecistectomía. Se revisó la hemostasia y se realizó el cierre por planos con refuerzo de puntos totales. La evolución fue satisfactoria y el paciente fue dado de alta al tercer día de operado. A los 6 meses se encontraba asintomático y sin recidiva herniaria.

## DISCUSIÓN

Las HCD ocurren en el 0,1 al 0,5 % por cada 1000 nacimientos. Las de Morgagni constituyen el 2 al 3 % de las hernias del diafragma tratadas quirúrgicamente y, aunque se reconoce su origen congénito, suelen ser diagnosticadas en los adultos y en el 90 % de las veces se presentan en el lado derecho.<sup>1</sup> Entre las HCD, la de Morgagni es la menos frecuente y generalmente sus manifestaciones clínicas suelen ser más tardías.<sup>2</sup> La combinación de hernias de Morgagni y paraesofágica es muy rara, y siempre ocurre en el lado derecho.<sup>3</sup> En el paciente que se presenta no se detectaron otros defectos del diafragma, y se evidenció una marcada diastasis de los músculos rectos abdominales.

Kim y colaboradores<sup>4</sup> presentaron el caso de un hombre de 74 años con hernia de Morgagni encarcelada, cuyo foramen se encontraba en el lado anterior izquierdo, contenía omento mayor e intestino delgado estrangulado. El paciente fue intervenido quirúrgicamente mediante laparotomía y reparación de la hernia con una malla protésica.

Las hernias de Morgagni pueden contener epiplón, estómago, intestino delgado, colon e hígado. La mayoría son asintomáticas. El diagnóstico puede lograrse mediante radiografía simple del tórax y puede confirmarse con estudios contrastados, tomografía computarizada o resonancia magnética.<sup>2</sup>

Portal Benítez y colaboradores<sup>5</sup> presentaron el caso de una paciente de 84 años de edad con síndrome pilórico y hernia de Morgagni, que fue operada satisfactoriamente. Agulló y colaboradores,<sup>6</sup> en un estudio sobre hernias diafragmáticas congénitas, encontraron que el estómago se encontraba herniado en el 58,6 % de los casos.

En la hernia diafragmática, cuando el estómago rota sobre sí mismo, se produce un vólvulo gástrico que puede ser transitorio u ocasionar obstrucción e isquemia. En el paciente de referencia, el vólvulo gástrico provocó la dilatación del segmento proximal y gran retención de líquido, aunque sin afectación vascular.

Las hernias de Morgagni pueden ser reparadas por vía torácica o abdominal mediante técnicas convencionales o mínimamente invasivas.<sup>1, 4, 7-9</sup> La vía abdominal es la más empleada, es de fácil realización, tiene un escaso índice de complicaciones y se le asocia una evolución favorable.<sup>5</sup>

González y colaboradores<sup>2</sup> presentaron el caso de una paciente de 8 años con hernia de Morgagni que fue operada por vía torácica para la reparación de un defecto complejo del diafragma. A las 48 h se le diagnosticó un síndrome oclusivo, por lo que fue reintervenida quirúrgicamente por vía abdominal para la reducción visceral y colocación de una malla. La reparación puede realizarse mediante el cierre simple con sutura no absorbible o con técnicas de cierre sin tensión, empleando mallas para cerrar el defecto.

El diagnóstico oportuno, antes de que apareciera la afectación vascular, facilitó el procedimiento quirúrgico y contribuyó a la evolución satisfactoria del paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Feldman M, Friedman LS, Sleisenger MH. Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. 4ta. ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2004.
2. González Pardo Díaz I, Pérez Cruz N, Rodríguez Núñez B, Betancourt Companioni P. Hernia diafragmática de Morgagni: reporte de un caso. *Mediciego*. 2007[citado 20 Dic 2013];13(1):[aprox. 7 p]. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13\\_01\\_07/casos/c6\\_v13\\_0107.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol13_01_07/casos/c6_v13_0107.htm)
3. Eroglu A, Can Kurkcouglu I, et al. Combination of paraesophageal hernia and Morgagni hernia in an old patient. *Diseases of the Esophagus*. 2003;16(2):151-3.
4. Kim SW, Jung SH, Kang SH. A case of left-sided Morgagni hernia complicating incarcerated small bowel hernia. *Korean J Gastroenterol*. 2008;51(1):52-5.
5. Portal Benítez LN, Medrano Plana Y, Zurbano Fernández J, Pérez de Armas RA. Hernia de Morgagni como causa de síndrome pilórico. Reporte de un caso y revisión del tema. *Kirurgia*. 2006[citado 20 Dic 2013]; (3):[aprox. 5p]. Disponible en: <http://www.sc.ehu.es/scrwwsr/kirurgia/20063/Morgagni.htm>
6. Agulló AG, Moreno Hernando J, Balagué Galito E, Iriondo Sanz M, y cols. Hernia diafragmática congénita: Análisis de dos formas de tratamiento. *An Esp Pediatr*. 1997;46(5):477-81.
7. Angrisani L, Lorenzo M, Santoro T, Sodano A, Tesauro B. Hernia of Foramen of Morgagni in Adult: Case Report of Laparoscopic Repair. *Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*. 2000;4(2):177-181.
8. Percivale A, Stella M, Durante V, Dogliotti L, Serafini G, Saccomani G, et al. Laparoscopic treatment of Morgagni-Larrey hernia: technical details and report of a series. *Journal of Laparoendoscopic and Advanced Surgical Techniques*. 2005;15(3):303-7.
9. Ipek T, Altinli E, Yucevar S, Erturk S, Eyuboglu E, Akcal T, et al. Laparoscopic repair of a Morgagni-Larrey hernia: report of three cases. *Journal of Surgery Today*. 2002;32(10):902-5.

Recibido: 7 de febrero de 2014.

Aprobado: 19 de febrero de 2014.

*Dra. María Lourdes Hernández Echevarría*. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". Ave. 31 y 114, Marianao. La Habana, Cuba. Correo electrónico: [lourdesh@infomed.sld.cu](mailto:lourdesh@infomed.sld.cu)