

Hernias de Morgagni. Presentación de una serie de casos tratados en la era prelaparoscópica

Miguel Echenique^a, José A. Amondarain^b y Blanca Mar^c

^aUnidad Docente de Medicina de San Sebastián. Universidad del País Vasco. Departamento de Cirugía. Hospital Nuestra Señora de Aránzazu. Servicio de Cirugía. ^bHospital de Guipúzcoa. ^cClínica Quirón.

Resumen

Material y método. Revisión de hernias de Morgagni intervenidas en tres hospitales entre los años 1980 y 2000.

Resultados. Se recogieron 28 casos, y la proporción varones/mujeres era de 12/16. La edad media fue para los varones de 45 ± 13,2 (rango: 7-83) y para las mujeres de 51 ± 16,4 (rango: 18-85) años. Los hallazgos fueron casuales en 13 casos y sintomáticos en 15 ocasiones: cuadros digestivos inespecíficos (n = 8), respiratorios (n = 5) y cardíacos (n = 2). Siete casos fueron intervenidos por vía torácica. En 19 ocasiones el abordaje fue abdominal y en dos, mediante laparoscopia. Se han observado 6 recidivas (21,4%).

Conclusiones. Las hernias de Morgagni son poco frecuentes. Existe riesgo elevado de recidiva tras el tratamiento tradicional. La mayoría se trataron de forma electiva y por abordaje abdominal.

Palabras clave: *Hernia. Morgagni. Revisión.*

MORGAGNI'S HERNIAS. PRESENTATION OF A SERIES OF CASES TREATED IN THE PRELAPAROSCOPIC ERA

Material and method. We reviewed repair of Morgagni's hernia in three hospitals between 1980 and 2000.

Results. Data on 28 patients were collected. The male-to-female ratio was 12/16. The mean age was 45 ± 13.2 years (range: 7-83) in men and 51 ± 16.4 years (range: 18-85) in women. Findings were casual in 13 patients and symptomatic in 15: non-specific digestive symptoms in 8 patients, respiratory in 5 and cardiac in 2. The surgical approach was thoracic in 7 patients, abdominal in 19 and laparoscopic in 2. There were 6 recurrences (21.4%).

Conclusions. Morgagni's hernias are infrequent. The risk of recurrence after traditional treatment is high. Most of these hernias are treated electively, using the abdominal approach.

Key words: *Hernia. Morgagni. Review.*

Introducción

La hernia diafragmática de Morgagni (1761) o de Larrey es un defecto congénito no diagnosticado generalmente hasta edad adulta y que puede producir síntomas ocasionalmente en relación con situaciones de aumento de la presión intraabdominal, como sucede en el embarazo, traumatismos, obesidad y producción de herniación visceral que desencadena las manifestaciones clínicas^{1,2}. No obstante, también se ha descrito en la infancia y como caso curioso en gemelos univitelinos con anomalías congénitas similares, lo que puede apuntar a un antecedente de predisposición genética³. De los 4 tipos congénitos de hernia diafragmática (hernia hiatal, hernia

paraesofágica, hernia de Bochdalek y hernia de Morgagni) este último tipo congénito solamente representa entre el 2 y el 3% de los casos^{1,2}, siendo el lado derecho el más frecuentemente afectado, pues el pericardio protege el costado izquierdo dificultando su desarrollo en esa zona^{1,4}.

Material y método

Hemos procedido a revisar las hernias de Morgagni intervenidas en tres centros sanitarios (los Hospitales de Guipúzcoa y Nuestra Señora de Aránzazu y la Clínica Quirón) entre los años 1980 y 2000.

El objetivo ha sido determinar el número de pacientes intervenidos, las razones diagnósticas, el contenido herniario, el tipo de cirugía realizada, la existencia de recidiva y las reintervenciones requeridas.

Resultados

Hemos encontrado un total de 28 casos. La distribución por sexos de los pacientes fue de 12 varones y 16

Correspondencia: Dr. M. Echenique.
Unidad Docente de Medicina de San Sebastián.
Universidad del País Vasco.
P.º Dr. Begiristain, 105. 20014 San Sebastián.
Correo electrónico: mecheniq@i2000.es

Aceptado para su publicación en febrero de 2002.

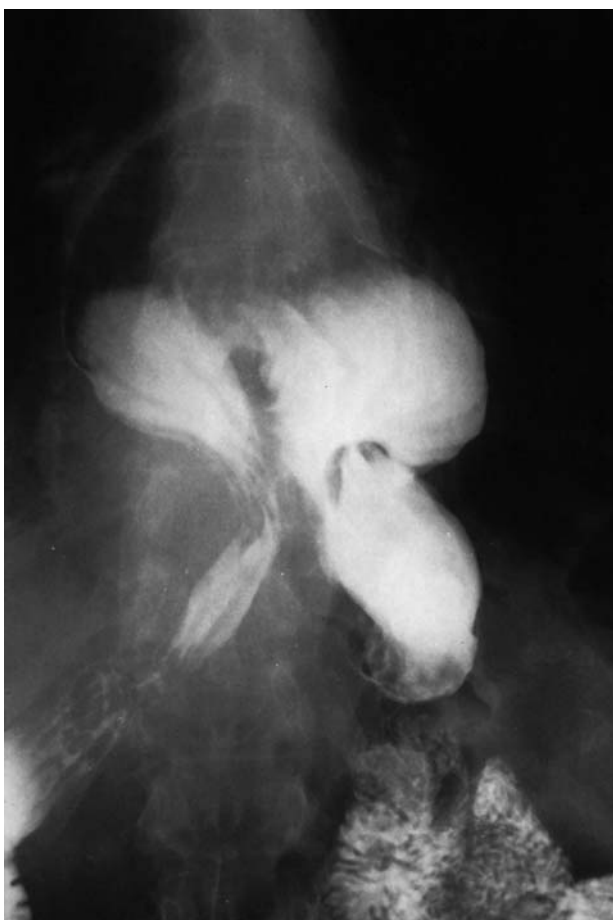


Fig. 1. Estudio gastroduodenal. Volvulación gástrica en el interior de una gran hernia de Larrey.

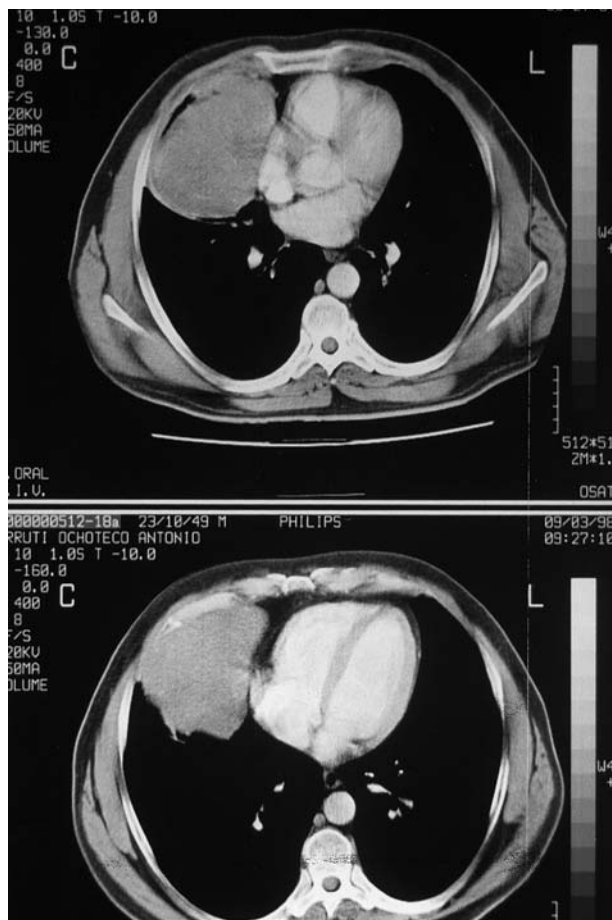


Fig. 3. Tomografía axial computarizada del caso de la figura 2. Hernia de Larrey. La intervención demostró que se trataba de contenido hepático en el lóbulo izquierdo.



Fig. 2. Radiología torácica simple. Imagen opaca en campo pulmonar basal derecho.

mujeres. La edad media fue para los varones de $45 \pm 13,2$ (rango: 7-83) y para las mujeres de $51 \pm 16,4$ (rango: 18-85) años.

Resultaron hallazgos casuales en el curso de exploraciones radiológicas torácicas sistemáticas 13 casos y fueron sintomáticos en 15 ocasiones (tabla 1). Las razo-

nes que condujeron al estudio diagnóstico fueron: cuadros digestivos inespecíficos en 8 casos, respiratorios en 5 y cardíacos en dos.

El contenido herniario (figs. 1-3) aparece reflejado en la tabla 1.

Siete casos fueron intervenidos sobre el diagnóstico de síndrome tumoral torácico entre los años 1978 y 1988, y en el abordaje por vía torácica se confirmó el diagnóstico.

Fueron intervenidos de forma electiva 24 pacientes y en 4 se trató de intervenciones urgentes: tres casos por obstrucción digestiva aguda y uno por torsión gástrica aguda.

En 21 ocasiones se empleó el abordaje abdominal: las técnicas empleadas se recogen en la tabla 2.

Se han observado 6 recidivas (21,4%) herniarias entre 12 y 132 meses después de la intervención, todas ellas tras empleo de sutura simple.

Se han producido dos casos de muerte postoperatoria (7,7%) en ancianos –81 y 74 años de edad– de elevado riesgo (grados III y IV de la clasificación AAA).

Discusión

La mayoría de las hernias de Morgagni son asintomáticas y se diagnostican, por lo general, incidentalmente en

TABLA 1. Contenido herniario hallado

Contenido herniario	Sintomáticos	Asintomáticos
Epiplón	11	3
Estómago	8	7
Intestino delgado	5	4
Colon	2	1
Hígado	2	0

TABLA 2. Tipo de intervención practicada

Abordaje quirúrgico	Cierre simple	Colocación de malla	Recidivas	
Abdominal	21	16	5 Marlex 2 PTFE 2 Otra 1	2 Cierre simple 2 Cierre de malla 1 Cierre simple
Torácico	7	6	1 PTFE 1	

la radiografía sistemática de tórax⁵⁻⁷. Tradicionalmente se han considerado procesos diagnosticados en la edad adulta, rara vez productores de manifestaciones clínicas y porcentualmente insignificantes en lo que a la totalidad de las hernias en el adulto se refiere⁶. Se han propuesto algunos mecanismos por los cuales una hernia latente o asintomática durante largo tiempo puede comenzar a manifestar síntomas. Wong et al⁶ 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 delgado⁸⁻¹¹.

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^{2,8}, cardiovascular o respiratorio^{6,7}. Radiológicamente suele manifestarse un cuadro que simula un derrame pleural con una imagen o masa radioopaca, generalmente paracardial y derecha^{6,9}. En la actualidad tanto la tomografía axial computarizada 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^{2,4,9,10}. Estudios complementarios como el gastroduodenal, enema opaco y 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^{11,12}.

El tratamiento, en principio, es quirúrgico, siendo la reparación de la hernia necesaria solamente en el adulto sintomático pero, por el contrario, es recomendable realizarla en la actualidad en todos los niños cuando se haya podido llegar al diagnóstico⁷. El abordaje quirúrgico de la hernia de Morgagni puede ser abdominal o torácico.

El tratamiento es esencialmente quirúrgico. La vía abdominal es la de elección en el momento actual ante un diagnóstico claro de hernia de Morgagni, ya que permite explorar el contenido de forma correcta, y el abordaje bilateral en caso de que sea necesario. El abordaje abdo-

minal se ha empleado en aquellos casos de diagnóstico preoperatorio^{8,13,14}, mientras que el torácico ha sido empleado tradicionalmente cuando, por insuficiencia diagnóstica, se ha planteado la resolución quirúrgica de un proceso tumoral torácico^{7,15}. Asimismo se ha descrito algún caso de reparación quirúrgica torácica videoasistida¹⁶.

La esencia del tratamiento consistirá en la reducción del contenido herniario, asegurando su viabilidad, en el caso que existan problemas, eliminación del saco herniario y cierre 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 nuestra opinión, en hernias pequeñas el cierre simple es de fácil realización; en caso de que no sea 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, así como complicaciones adhesivas derivadas de la existencia del propio material.

Sin embargo, con los avances recientes en cirugía endoscópica el abordaje del problema ha variado en la actualidad, siendo la vía laparoscópica la preferida en la resolución de los casos bien diagnosticados preoperatoriamente y con buenos resultados de acuerdo con recientes publicaciones^{13,16-20}.

En la actualidad el abordaje laparoscópico se ha empleado con éxito, lo que podría suponer un cambio de orientación táctica para el futuro. Son ventajas reconocidas en esta técnica:

1. Un buen reconocimiento de estructuras abdominales.
2. La reducción del contenido con facilidad.
3. La posibilidad del cierre simple o el empleo de mallas si es preciso.
4. Menor ingreso hospitalario y reducción de costes.

Se han descrito algunas complicaciones, como el neumotórax o neumomediastino derivados de la presión de insuflación peritoneal, pero son de fácil manejo y fácilmente solucionables²¹. Es en este caso cuando el mantenimiento de la integridad del saco es recomendable para evitar este tipo de problemas¹⁹.

Bibliografía

1. Contini S, Dalla Valle R, Bonati L, Zinicola R. Laparoscopic repair of a Morgagni hernia: report of a case and review of the literature. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 1999;9:93-9.
2. Yildirim 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;100:31-3.
3. Harris GJ, Soper RT, Kimura KK. Foramen of Morgagni hernia in identical twins: is this an inheritable defect? *J Pediatr Surg* 1993; 28:177-8.
4. Yeager BA, Guglielmi GE, Schiebler ML, Gefter WB, Kressel HY. Magnetic resonance imaging of Morgagni hernia. *Gastrointest Radiol* 1987;12:296-8.
5. Gilkeson RC, Basile V, Sands MJ, Hsu JT. Chest case of the day. Morgagni's hernia. *Am J Roentgenol* 1997;169:266, 268-70.
6. Wong NACS, Dayan CM, Virjee J, Heaton KW. Acute respiratory distress secondary to a Morgagni diaphragmatic herniation in an adult. *Postgrad Med J* 1995;71:39-54.

7. Bragg WD, Bumpers H, Fyynn W, Hwei-Kang HSU, Hoover EL. Morgagni hernias: an uncommon cause of chest masses in adults. *Am Fam Physician* 1996;54:2021-4.
8. Estéfano Rodríguez JJ, Tubía Landaberea J, Esteban Aldezabal L, Carbajal Cervino C, Berdejo de Lambarri L. Hernias de Morgagni. Presentación de dos casos que debutaron con volvulación gástrica. *Rev Esp Enf Digest* 1990;7:217-20.
9. Kamiya N, Yokoi K, Miyazawa N, Hishinuma S, Ogata Y, Katayama N. Morgagni hernia diagnosed by MRI. *Surg Today* 1996;26:446-8.
10. Fagelman D, Caridi JG. CT diagnosis of hernia of Morgagni. *Gastrointest Radiol* 1984;9:153-5.
11. Schwartz SJ, Shires GT, Spencer FC, Storer EM. Principles of surgery/specific considerations (tomo II). New York: McGraw-Hill, 1987; p. 1124.
12. Madrigal M, Berna JD, Gonzalez Valverde FM, García Medina V, Guirao J, Soriano H. Intercostal transdiaphragmatic hernia with abdominal contents. *Ann Chir* 1998;52:204.
13. Comer TP, Clagett OT. Surgical treatment of hernia of the foramen of Morgagni. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1966;52:461-8.
14. LaRosa DV, Esham RH, Morgan SL, Wing SW. Diaphragmatic hernia of Morgagni. *South Med J* 1999;92:409-11.
15. Hussong RL Jr, Landreneau RJ, Colé FH Jr. Diagnosis and repair of a Morgagni hernia with video-assisted thoracic surgery. *Ann Thorac Surg* 1997;63:1474-5.
16. Vanclooster P, Lefevre A, Nijs S, De Gheldere C. Laparoscopic repair of a Morgagni hernia. *Acta Chir Belg* 1997;97:84-5.
17. Nguyen T, Eubanks PJ, Nguyen D, Klein SR. The laparoscopic approach for repair of Morgagni hernias. *J Soc Laparoendosc Surg* 1998;2:85-8.
18. Fernández-Cebrián JM, Pérez de Oteyza J. Laparoscopic repair of hernia of foramen of Morgagni: a new case report. *J Laparoendosc Surg* 1996;6:61-4.
19. Bortul M, Calligaris L, Gheller P. Laparoscopic Repair of a Morgagni-Larrey hernia. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 1998;8:309-13.
20. Newman L III, Eubanks S, McFarland Bridges W II, Lucas G. Laparoscopic diagnosis and treatment of Morgagni hernia. *Surg Laparoscopy Endoscopy* 1995;5:27-31.
21. Iglesias González JL, Alaejos Estebáñez A, Hernando Alonso J, García Carranza A. Anestesia en un caso de reparación laparoscópica de hernia de Morgagni. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2000; 47:135-7.