

Oclusión intestinal por hernia diafragmática derecha encarcelada

Intestinal occlusion for incarcerated left diaphragmatic hernia

Dra. Mayelín Abreu Jarrín,^I Dr. Ernesto Hernández Valdés,^{II} Dr. José Antonio Díaz Sánchez,^{III} Dra. María del Carmen Morales Suárez^{III}

^I Hospital Territorial Docente Pedro Betancourt. Jovellanos. Matanzas, Cuba.

^{II} Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández. Matanzas, Cuba.

^{III} Policlínico Docente Dr. Cesáreo Sánchez. Pedro Betancourt. Matanzas, Cuba.

RESUMEN

La hernia de Morgagni es un defecto congénito de la cara anteromedial del diafragma, que se presenta de forma infrecuente en el adulto. En la mayor parte de los casos su diagnóstico es un hallazgo incidental, y por lo general, los pacientes se encuentran asintomáticos. Se diagnostican radiológicamente y posteriormente se indica la cirugía por el riesgo de estrangulación. Se presentó un caso clínico de una paciente de 78 años, con previo diagnóstico de hernia diafragmática derecha mediante técnicas imagenológicas, que comenzó con manifestaciones de cuadro oclusivo. Fue operada de urgencia por vía transabdominal, se hizo la reducción del saco herniario donde se encontraba epiplón, colon transverso y parte del estómago, y se reparó el defecto diafragmático. El propósito de este trabajo fue reportar un caso reciente de oclusión intestinal causada por hernia de Morgagni encarcelada, su diagnóstico y abordaje quirúrgico.

Palabras clave: hernia diafragmática, hernia de Morgagni, laparoscopia.

ABSTRACT

The Morgagni hernia is a congenital defect of the diaphragm anteromedial side, infrequently present in adults. In most of the cases its diagnosis is an incidental finding, and in general the patients are asymptomatic. They are diagnosed

radiologically, and once diagnosed the surgery is indicated to avoid the risk of strangulation. We presented the clinical case of a 78-years-old female patient with a previous diagnosis of left diaphragmatic hernia obtained using imaging techniques, who began with manifestations of an occlusive picture. She was immediately operated by transabdominal way, reducing the hernia sac containing mesentery, transversal colon and part of the stomach, and the diaphragmatic defect was repaired. The purpose of this work was reporting a recent case of intestinal occlusion caused by incarcerated Morgagni hernia, its diagnosis and surgical management.

Key words: diaphragmatic hernia, Morgagni hernia, laparoscopy.

INTRODUCCIÓN

El diafragma es una estructura con una embriogénesis compleja y puede ser afectado por anomalías tanto en su desarrollo como adquirido. Un defecto en cualquier etapa de dicho desarrollo origina las hernias diafragmáticas (HD). Estas se definen como el paso anormal o protrusión de un órgano o estructura abdominal a través del diafragma hacia la cavidad torácica. En algunos casos la protrusión puede resolverse espontáneamente y se denomina HD reversible; en otros, la protrusión no puede ser resuelta de forma espontánea y se denomina HD encarcelada. La HD estrangulada se produce al aparecer compromiso vascular del órgano herniado, causándole isquemia o necrosis.⁽¹⁾

Las HD pueden clasificarse según su origen: en congénitas y adquiridas. Las congénitas presentan una incidencia muy baja (0,5 x 1 000 nacimientos) y su prevalencia varía de 1 x 2 000 a 1 x 5 000 recién nacidos vivos, y afecta por igual a ambos sexos. Se han descrito varios tipos de HD congénitas, dependiendo del sitio por donde emergen las estructuras hacia la cavidad torácica. Entre ellas se pueden citar: hernia de hiato, hernia paraesofágica, hernia de Morgagni-Larrey (retroesternal) y hernia de Bochdalek (pleuroperitoneal) y la hernia peritoneopericardica.⁽²⁾ ([Fig. 1](#))

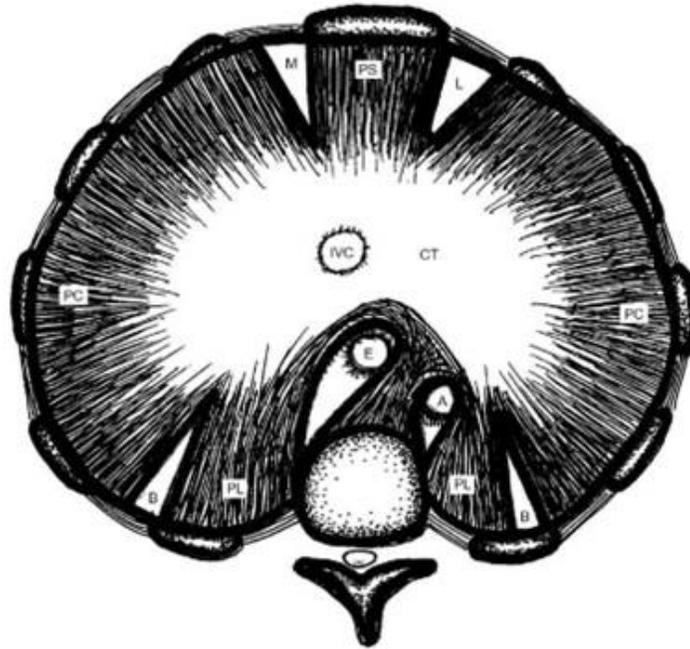


Fig. 1. Anatomía del diafragma. Current Problems in Diagnostic Radiology, 2011;40(3):95-115.

Leyenda: A, Hiato Aórtico; B, espacio de Bochdalek; CT, centro tendinoso; E, Hiato esofágico; IVC, Hiato de la vena cava; M, espacio de Morgagni; L, espacio de Larrey; PC, parte costal; PL, parte lumbar; PS, parte esternal. Tomado de: Sandstrom CK, Stern EJ. Diaphragmatic Hernias: A Spectrum of Radiographic Appearances.

La hernia del agujero de Morgagni es una rara entidad originada por un defecto congénito en la fusión del septum transverso del diafragma con los arcos costales, lo que forma un espacio triangular potencialmente débil y susceptible de ser sobrepasado por el aumento de la presión intraabdominal. Representa entre el 2 y el 3 % de las HD congénitas, la mayoría aparecen del lado derecho (70 al 90 %), ya que el pericardio protege el costado izquierdo y dificulta su desarrollo en esa zona. En ocasiones aparece en ambos lados y muy raramente en el lado izquierdo, denominándose hernia de Larrey.⁽¹⁾ Muchos autores consideran el término de hernia diafragmática de Morgagni-Larrey.⁽³⁾

Generalmente son asintomáticas, pero pueden presentarse con molestias o dolor abdominal, sensación de llenura, vómitos, diarreas de carácter intermitente. En muy raras ocasiones puede manifestarse con disnea, dolor precordial. El diagnóstico se realiza mediante radiografía simple de tórax y radiografías contrastadas del tracto digestivo, aunque en ocasiones son necesarias otras investigaciones para descartar posibles entidades pulmonares. Si la hernia es pequeña o contiene solo epiplón, la cirugía está indicada cuando los síntomas se hacen recurrentes y molestos; también está indicada cuando el colon se encuentra dentro del saco herniario, por lo que existe un alto riesgo de obstrucción intestinal.⁽¹⁾

Debido a que es una rara entidad, que en adultos es diagnosticada en forma incidental al carecer de sintomatología temprana, debemos pensar en su existencia y así evitar errores diagnósticos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 78 años de edad, con antecedente clínico de asma bronquial y de trastornos dispépticos, sin historia de trauma, ni otros antecedentes de salud desfavorables. Es referida a la consulta de Gastroenterología por presentar digestiones muy lentas, molestias abdominales, vómitos postprandiales inmediatos, algunos de ellos autoprovocados, debido a la sensación de plenitud después de la ingestión de los alimentos, pérdida de peso, no anorexia. Refirió experimentar en algunas ocasiones disnea, sensación de ahogo y dolor de pecho. Todos estos síntomas de aproximadamente un año de evolución. Inicialmente llevó tratamiento con antisecretores y procinéticos, los cuales le aliviaban los síntomas, pero al dejar de consumirlos estos reaparecían.

Al examen físico se encontró un abdomen ligeramente excavado, los RHA normales, dolor a la palpación profunda en hemiabdomen superior, no reacción peritoneal, no visceromegalia.

Los estudios imagenológicos realizados permitieron llegar al diagnóstico de la entidad. ([Fig. 2a](#), [fig. 2b](#), [fig. 2c](#))

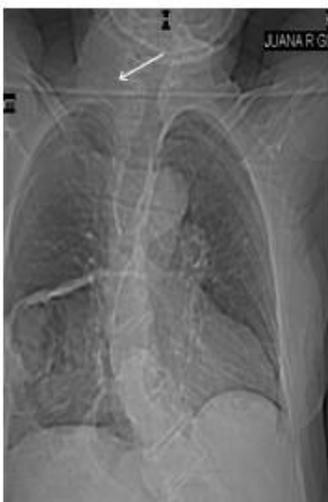


Fig. 2a. Rx simple de tórax (PA). Se visualiza área multiseptada con elementos radiopacos en su estructura ocupando la base del pulmón derecho.



Fig. 2b. Estudio contrastado de esófago y estómago, se observa porción del estómago a nivel del hemitórax derecho.



Fig. 2c. TAC de pulmón (para descartar otra patología respiratoria): se visualiza porción de la cámara gástrica y asas intestinales (colon) en el interior del hemitórax derecho, con desplazamiento de estructuras mediastinales.

La paciente fue referida al servicio de cirugía para valorar tratamiento quirúrgico. Tres semanas después es atendida en servicio de urgencia del hospital por presentar vómitos persistentes de 6 días de evolución, dolor abdominal y decaimiento.

A la exploración presentaba se encontraba a febril, con ligeros signos de deshidratación, pero estable. El examen del tórax mostró disminución del M/V hacia la base del hemitórax derecho. El abdomen estaba distendido, con dolor difuso a la palpación, no reacción peritoneal, RHA disminuidos. Tacto rectal: ampolla vacía. Los exámenes de laboratorio incluyeron: leucograma: $10.0 \times 10^9 /L$ segmentados 0.88. Hemoglobina: 11 g/l. Ionograma: K^+ : 2,89 mEq/L, Na^+ : 130 mEq/L. Es operada de urgencia con diagnóstico presuntivo de vólvulo gástrico. En la operación abordada por vía transabdominal, practicada mediante una laparotomía media supraumbilical, fue encontrado el colon transversal encarcelado en una hernia del agujero de Morgagni. Se liberaron las adherencias se redujo y reparó la hernia que contenía además epiploon y parte del estómago. Se empleó sutura para reparar y cerrar el defecto diafragmático. Durante el post operatorio la paciente evolucionó

favorablemente y fue dada de alta a los 8 días. Pasado seis meses de la intervención quirúrgica se ha mantenido libre de síntomas.

DISCUSIÓN

La hernia del agujero de Morgagni fue descrita por primera vez en 1769 por Giovanni Battista Morgagni, un anatomista y patólogo italiano. La mayoría de las publicaciones sobre HD postraumática y sus complicaciones, muestran la poca frecuencia de este tipo de patología, por lo tanto, el diagnóstico puede pasar desapercibido cuando no hay sospecha clínica.⁽¹⁾

En adultos este defecto resulta subdiagnosticado, pues la mayoría de los pacientes son asintomáticos o presentan como principal motivo de consulta cuadros digestivos inespecíficos, sensación de llenura, molestias abdominales; que en el contexto de una obstrucción intestinal por atascamiento o estrangulación la clínica se caracteriza por vómitos persistentes, dolor, distensión abdominal. Pueden consultar, además, por síntomas respiratorios (tos, disnea, cianosis) lo cual puede ser interpretado y tratado erróneamente como neumonías a repetición o derrame pleural.⁽⁴⁾ Los estudios radiológicos constituyen un buen método de ayuda diagnóstica; puede ser sospechado en la mayoría de los casos a través de una radiografía simple de tórax posteroanterior y lateral. En ocasiones son necesarios los estudios contrastados y tomografía para poder diferenciarlas de tumores intratorácicos de otro origen, atelectasias, neumonías o quistes pericardíacos.⁽⁵⁾

La cirugía está indicada en pacientes asintomáticos con el fin de prevenir complicaciones ulteriores; siempre que el contenido herniario corresponda al colon, intestino delgado o estómago, dado el alto riesgo de obstrucción intestinal. Si la hernia es pequeña o si solo contiene epiplón se operará únicamente ante la presencia de sintomatología recurrente. El cirujano debe tener en mente que pueden existir dos tipos de pacientes: el primero, con un cuadro agudo, donde la isquemia y eventual perforación de los órganos prolapsados hacen que el tratamiento sea inmediato; y el segundo, aquel que presenta síntomas crónicos inespecíficos por meses o años, y que permiten ser tratados en forma electiva, pero de manera rápida.^(6,7) Las opciones de reparación quirúrgica incluyen cirugía abierta (la vía transabdominal o transtorácica) y la vía laparoscópica. La cirugía transabdominal es la más utilizada cuando el diagnóstico preoperatorio es claro, también en casos agudos, donde es la vía más recomendada para tratar probables lesiones de los órganos intraabdominales; a través de una laparotomía media supraumbilical, que proporciona un excelente campo y facilita la reducción, incluso en hernias bilaterales. La vía transtorácica, se emplea tradicionalmente en pacientes con insuficiencia diagnóstica y sospecha de un proceso tumoral torácico.^(4,8)

En cuanto al abordaje laparoscópico, la primera reparación de hernia de Morgagni vía laparoscópica fue llevada a cabo en 1992 por Kuster, este proceder es una excelente forma de confirmar el diagnóstico; posibilitando visualizar fácilmente el saco herniario a través del laparoscopio; también permite reparar la hernia de Morgagni no complicada y el abordaje de otras afecciones que estén asociadas a la misma, como la hernia del hiato. El desarrollo de esta técnica quirúrgica de mínima invasión otorga además al paciente el beneficio de menos días de estancia intrahospitalaria y un menor riesgo de complicaciones a corto y largo plazo.^(9,10)

Consideramos que siempre que estemos frente a una hernia diafrágica, cualquiera que sea su origen e independientemente de su tiempo de evolución,

crónica o aguda, estamos frente a una situación médica y quirúrgica de gran importancia con altas probabilidades de morbilidad y mortalidad; y la necesidad de reparación quirúrgica está determinada por la presentación clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kottamasu SR, Stringer DA. Diaphragm and Esophagogastric junction. En: Stringer DA, Babyn PA. Pediatric Gastrointestinal Imaging and Intervention. 2da. ed. Hamilton, Ontario, BC: Decker; 2000. p. 247-8.
2. Rodríguez-Hermosa JI, Pujadas M, Ruiz B, Gironès J, Roig J, Fort E, et al. Hernia diafragmática de Bochdalek en el adulto. *Cir Esp [Internet]*. 2004 [citado 27 Nov 2012];76(3):191-4. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/36/36v76n03a13065557pdf001.pdf>
3. Canosa MA, Alonso Fernández L, Vigo MS, Berdeal Díaz M, Pérez Grobas J, Carral Freire M, et al. Hernia de Morgagni encarcelada en un adulto. *Rev Esp Enferm Dig [Internet]*. 2008 [citado 1 Dic 2012];100(7). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-1082008000700013&script=sci_arttext
4. Arráez-Aybar LA, González-Gómez CC, Torres-García AJ. Hernia diafragmática paraesternal de Morgagni-Larrey en adulto. *Rev Esp Enferm Dig [Internet]*. 2009 [citado 1 Dic 2012];101(5):357-66. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-01082009000500009&script=sci_arttext&lng=pt
5. Sandstrom CK, Stern EJ. Diaphragmatic Hernias: A Spectrum of Radiographic Appearances. *Current Problems in Diagnostic Radiology [Internet]*. 2011 [citado 1 Dic 2012];40(3):95-115. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0363018809000929>
6. Tapias L, Tapias-Vargas L, Tapias-Vargas LF. Hernias diafragmáticas: desafío clínico y quirúrgico. *Diafragmáticas. Rev Colombiana Cir [Internet]*. 2009 [citado 30 Oct 2012];24:95-105. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2011-75822009000200005&script=sci_arttext
7. Ospino-Saumett G, Martínez-Barbosa P, Valverde-Robert R. Vólvulo gástrico intratorácico secundario a hernia diafragmática izquierda crónica postraumática. *Acta Med Costarric [Internet]*. 2005 [citado 1 Dic 2009];47(2). Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0001-60022005000200007&script=sci_arttext
8. Morales JL, Canales I, Delgado C. Hernia de Morgagni: reporte de un caso. *Rev Chilena Cirugía [Internet]*. 2008 [citado 30 Nov 2012];58(6). Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchcir/v58n6/art12.pdf>
9. Pérez Lara PJ, Lobato Bancalero LA, Moreno Ruiz J, de Luna Díaz R, Hernández Carmona J, Doblaz Fernández J, et al. Hernia de Morgagni asociada a hernia de hiato. Reparación de la vía laparoscópica. *Rev Esp Enferm Dig [Internet]*. 2006 [citado 1 Dic 2012];98(10):789-98. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/36/36v72n05a13040071pdf001.pdf>

10. Loong TPF, Kocher HM. Clinical presentation and operative repair of hernia of Morgagni. *Postgrad Med J* [Internet]. 2005 [citado 1 Dic 2012];81:41-4. Disponible en: <http://pmj.bmj.com/content/81/951/41.full.pdf+html>

Recibido: 25 de marzo de 2013.

Aprobado: 14 de abril de 2013.

Mayelín Abreu Jarrín. Hospital Territorial Docente Pedro Betancourt. Avenida 10 No. 502 e/ 5ta y 7ma. Jovellanos. Matanzas, Cuba. Correo electrónico: mayelinaj.mtz@infomed.sld.cu

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Abreu Jarrín M, Hernández Valdés E, Díaz Sánchez JA, Morales Suárez MC. Oclusión intestinal por hernia diafragmática derecha encarcelada. *Rev Méd Electrón* [Internet]. 2013 May-Jun [citado: fecha de acceso];35(3). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol3%202013/tema08.htm>