

HERNIA DE MORGAGNI EN EL ADULTO

Caso Clínico

*Drs. Héctor J. Chiong L., Héctor A. Chiong T., Christian Jensen B. y Mario Abedrapo M.**

RESUMEN:

La hernia diafragmática congénita (HDC) se presenta con frecuencia en el recién nacido, sin embargo, en los niños mayores y en los adultos es rara y por lo tanto se conoce poco su sintomatología, manejo quirúrgico y complicaciones post operatorias.

Se presenta el caso de una paciente de 64 años portadora de una gran HDC ubicada en el lado derecho hacia anterior, es decir una hernia de Morgagni. Los exámenes confirman este diagnóstico y se opera efectuándose hernioplastia diafragmática y cirugía antireflujo. Evoluciona en buenas condiciones y se da de alta al 4º día post operatorio.

ABSTRACT

Morgagni Hernia in adults, Case report.

The congenital diaphragmatic hernia (CDH) is frequent in new born, but in children and adults it is a very uncommon disease. We know very few about symptoms, surgical management and postoperative complications.

This paper presents a clinic case of a 64 years old female patient that presents a large CDH located in the anterior right position, known as Morgagni hernia. The radiologic studies confirm this diagnosis and a diaphragmatic hernioplasty and antireflux surgery was done. The patient presents good postoperative evolution and was discharged at 4th day after surgery.

*Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN

La hernia diafragmática congénita (HDC) es causa frecuente de distress respiratorio severo en el recién nacido y se asocia con una alta mortalidad cuando se produce la sintomatología durante las primeras 24 horas de vida. Aunque es raro, la HDC puede manifestarse en niños mayores y adultos, pero en el caso de los adultos la sintomatología, el manejo quirúrgico y las complicaciones es absolutamente distinto que en los recién nacidos. Desde la publicación de Scudder acerca de un caso de HDC en un paciente de 29 años de edad en 1912 (1) se han reportado numerosos casos de HDC en adultos (7, 12). Sin embargo, la mayoría de estas publicaciones se refieren a casos individuales lo que hace difícil extraer consecuencias en relación a la sintomatología, manejo quirúrgico y morbilidad. A pesar de estas consideraciones hemos decidido presentar el caso de una paciente de larga evolución tratada recientemente en nuestra Institución.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 64 años de edad, sin antecedentes traumáticos, portadora de una xifoesciosis severa, consulta por presentar desde hace tres años dolor urente epigástrico, pirosis, distensión postprandial, regurgitación y baja de peso de 30 kg. Al examen se observa una enferma pálida, muy enflaquecida, con una importante xifoesciosis; en el examen físico destaca disminución del murmullo vesicular en la base del hemitórax derecho y la presencia de ruidos hidroaéreos en esa misma zona.

Los exámenes demuestran un Hto. de 25% y una Hb de 7,8 gr/dl. En la Rx de tórax se aprecia gran masa basal derecha que mide aproximadamente 13 cm. de diámetro con bulas en su interior (fig 1). En la

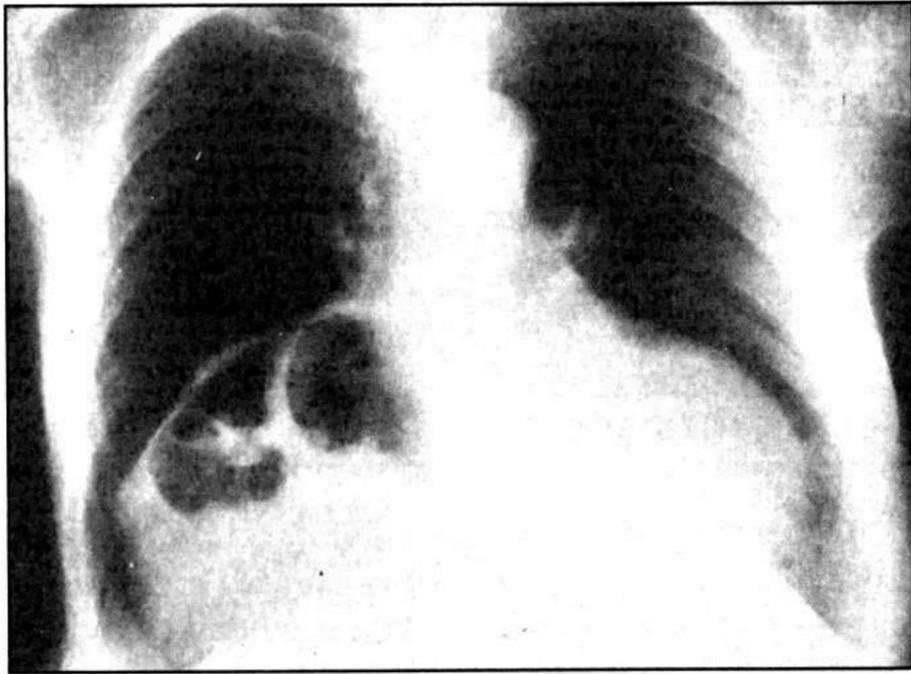


Figura 1

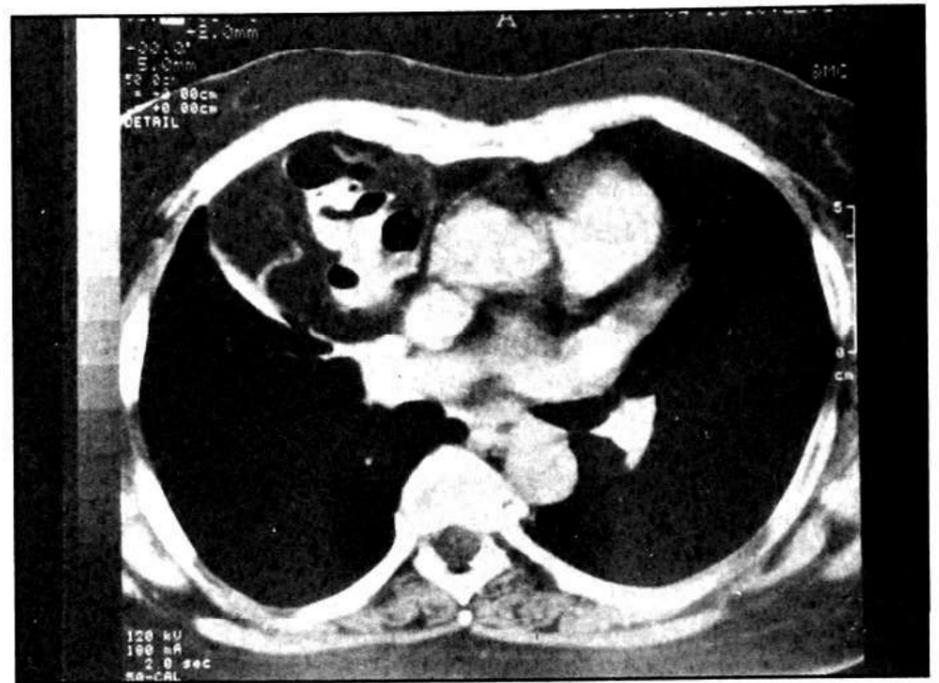


Figura 2

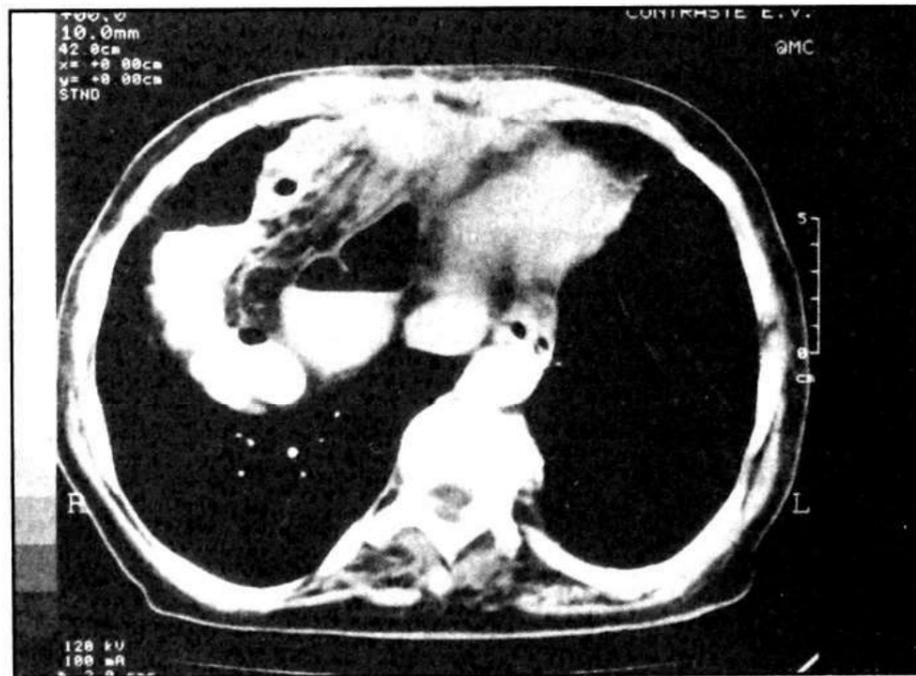


Figura 3.

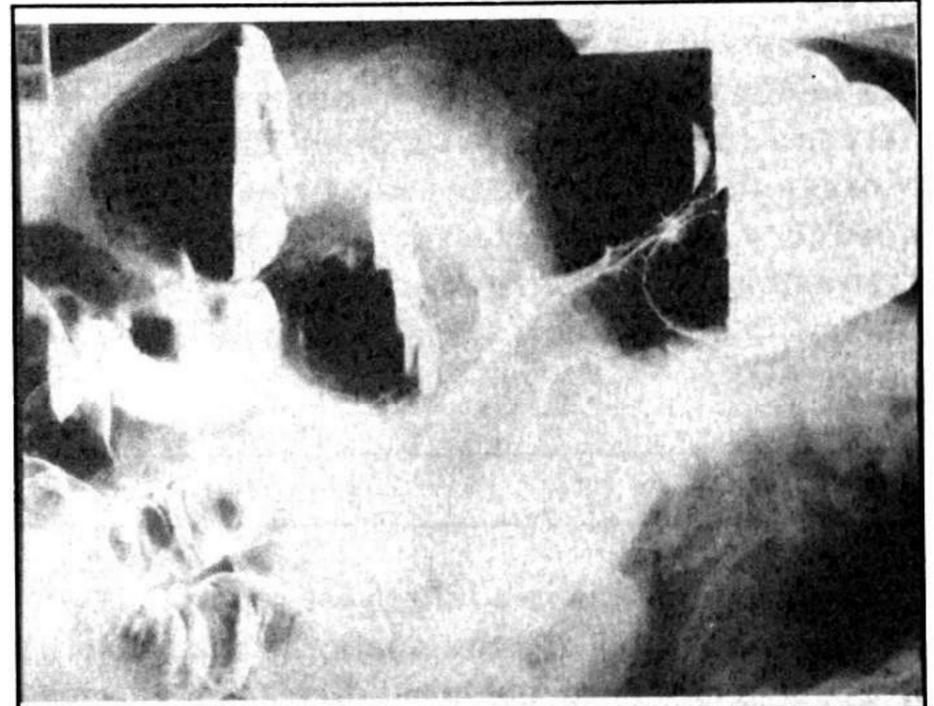


Figura 4.

TAC de tórax se observa en el hemitórax derecho una masa supradiafrágica que está formada por tejido adiposo del epiplón y especialmente ángulo hepático del colon, que desplaza parcialmente la imagen cardíaca hacia la izquierda, compatible con una gran hernia de Morgagni anterior en el lado derecho; la caja torácica está parcialmente deformada y en el lado izquierdo hacia la base se observa una herniación posterior, formada fundamentalmente por tejido adiposo, que mide aproximadamente 4 cm. de diámetro. En conclusión, hallazgos compatibles con una hernia de Morgagni anterior en el lado derecho y una pequeña hernia diafrágica posterior en el lado izquierdo (fig. 2). En el scanner de abdomen se aprecia

gran ascenso anterior derecho de asas intestinales, epiplón, colon y parte del estómago; por otra parte, se encuentra colelitiasis y escoliosis dorso lumbar importante (fig 3). La endoscopia demuestra deformidad antropíloro duodenal, esofagitis erosiva y duodenitis erosiva. La rectosigmoidoscopia es normal hasta 25 cm. La enema baritada concluye en una gran hernia de Morgagni derecha con un largo segmento colónico en su interior, (fig 4).

En relación a la anemia, el hematólogo informa que es de tipo carencial.

Ingresa a nuestro Hospital con los diagnósticos de:

1. Hernia diafrágica derecha
2. Reflujo gastroesofágico

3. Colelitiasis

4. Anemia carencial severa

El 16 de marzo de 1998 se opera por vía abdominal, efectuándose:

1. Hernioplastia diafragmática. Durante la intervención se constata que el contenido de la hernia es básicamente colon derecho, el anillo en ubicación anterior derecha subesternal medía aproximadamente 5 cm. y el contenido estaba alojado en un saco peritoneal que se resecó sin dificultad. El cierre del defecto se efectuó con puntos separados de material irreabsorbible, sin tensión, sin utilización de malla.
2. Vagotomía selectiva
3. Cirugía antireflujo (técnica de Niissen).
4. Cierre de pilares
5. Colecistectomía

La paciente evoluciona en buenas condiciones y es dada de alta al cuarto día postoperatorio.

DISCUSIÓN

El diafragma se forma por la fusión de la membrana pleuroperitoneal con el septum transversum separando la cavidad celómica en cavidad abdominal y torácica entre la octava y décima semana de vida. Al mismo tiempo el tracto gastrointestinal retorna a la cavidad abdominal después de su desarrollo extra celómico. La herniación del tracto gastrointestinal u otras vísceras abdominales dentro de la cavidad torácica puede ocurrir antes del cierre completo del canal pleuroperitoneal (9, 11).

Mientras la HDC en el recién nacido habitualmente causa distress respiratorio severo y está asociada a una alta tasa de mortalidad, cuando se presenta después del periodo neonatal puede manifestarse como una enfermedad respiratoria crónica, con síntomas gastrointestinales y ocasionalmente puede ser asintomático.

Cerca del 3% de las HDC que llegan a la reparación quirúrgica corresponde a herniaciones a través del diafragma retroesternal, lo que se denomina hernia de Morgagni. Usualmente asintomáticas, habitualmente se descubren en una radiografía rutinaria de tórax, como una masa en el ángulo cardiofrénico derecho. Tienen indicación quirúrgica por el riesgo

de estrangulación de la víscera comprometida.

Los pacientes que la presentan después del periodo neonatal pueden dividirse en a) aquellos que se manifiestan precozmente en la niñez con síntomas respiratorios y b) los que se manifiestan mas tarde en la niñez con síntomas gastrointestinales (2). Otras series publicadas han confirmado que estos dos síntomas son los que predominan en los pacientes de mayor edad portadores de HDC (7, 8, 9, 10, 11, 12). Muchos de estos autores enfatizan que molestias respiratorias inusuales o persistentes o síntomas gastrointestinales vagos en niños mayores deben hacer sospechar la presencia de HDC. Algunos autores han reportado que la mitad de sus pacientes desarrollaron severa retención gástrica después de la operación con ausencia de peristalsis, por lo que actualmente efectúan piloroplastia en todos los pacientes (2).

REFERENCIAS

1. Scudder CL. A case of non-traumatic diaphragmatic hernia. *Surg Gynecol Obstet* 1912; 15 : 261-3.
2. Weber TR, Tracy T, Bailey P, Lewis E, Westfall S. Congenital diaphragmatic hernia beyond infancy. *Am J Surg* 1991; 162 : 643-46.
3. Hussong RL, Landreneau RJ, Cole FH. Diagnosis and repair of a Morgagni hernia with video-assisted thoracic surgery. *Ann Thorac Surg* 1997; 63 : 1474-5.
4. Pefaur J, Rodriguez J, Palma A. Hernia diafragmática traumática. *Rev Chil Cir* 1995; 47 : 362-65.
5. Pierart J, Lynch O, Enriquez O, Cáceres L, Durán R, Blanco H, Inostroza E. Hernia diafragmática traumática complicada. *Rev Chil Cir* 1987; 39 : 309-11.
6. Aldunate G, Carrasco M, Correia G, Haye A. Hernia de Morgagni. *Pediatría* 1989; 32. 131-34.
7. Newman BM, Afshani E, Karp MP, Jewett TC, Cooney DR. Presentation of congenital diaphragmatic hernia past the neonatal period. *Arch Surg* 1986, 121 :813-6.
8. Wiseman EN, MacPherson RI. "Acquired" congenital diaphragmatic hernia. *J Pediatric Surg* 1977; 12 . 657-65.
9. Osebold WR, Soper RT. Congenital posterolateral diaphragmatic hernia past infancy. *Am J Surg* 1976; 13 . 748-54.
10. Ketonen P, Mattila SP, Harjola PT, Jarvinen A, Mattila T. Congenital posterolateral diaphragmatic hernia in the adult. *Acta Chir Scand* 1975, 141 . 628-32.
11. Kirkland JA, . Congenital posterolateral diaphragmatic hernia in the adult. *Br J Surg* 1959; 47. 16-22.
12. MacDougall JT, Abbot AC, Goodhand TK. Herniation through congenital diaphragmatic defects in adults. *Can J Surg* 1963 ; 6 : 301-15.