



Caso clínico

Hernia de Morgagni-Larrey en adulto resuelta por laparoscopia. Reporte de caso

Morgagni-Larrey hernia in adult resolved by laparoscopy. Case report

Martín Adrián Bolívar-Rodríguez,^{*,†} José de Jesús Quintero-Osuna,^{*,§} Benny Alonso Osuna-Wong,^{*,¶} Marcel Antonio Cázarez-Aguilar,^{*,||} Carlos Rubén Mendoza-Chang^{*,**}

* Departamento de Cirugía General del Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Sinaloa en el Hospital Civil de Culiacán.

† ORCID: 0000-0002-7666-7974

§ ORCID: 0009-0002-7091-8776

¶ ORCID: 0009-0009-0229-1423

|| ORCID: 0000-0003-2656-6494

** ORCID: 0009-0002-5584-5572

RESUMEN

Introducción: la hernia de Morgagni-Larrey es una hernia diafragmática poco frecuente. La tomografía es el estudio de referencia para el diagnóstico y el tratamiento consiste en reparación quirúrgica. **Caso clínico:** paciente masculino de 40 años de edad con dolor opresivo en flanco izquierdo y posterior irradiación a epigastrio, náuseas, ausencia de canalización de gases y distensión abdominal. Las tomografías de tórax y abdominal muestran hernia diafragmática anterior izquierda y oclusión intestinal. Se decide laparoscopia. **Conclusión:** el tratamiento laparoscópico en adultos con hernia diafragmática complicada con oclusión intestinal es una opción viable en casos seleccionados, con excelentes resultados similares al abordaje abierto, pero con los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva.

Palabras clave: hernia de Morgagni-Larrey, hernia diafragmática, obstrucción intestinal, laparoscopia, caso clínico.

ABSTRACT

Introduction: Morgagni-Larrey hernia is a rare diaphragmatic hernia. Tomography is the gold standard for diagnosis. Treatment is surgical repair. **Clinical case:** a 40-year-old male patient with oppressive pain in the left flank and subsequent irradiation to epigastrium, nausea, absence of gas channeling and abdominal distension. Chest and abdominal tomography scans show left anterior diaphragmatic hernia and intestinal occlusion. Laparoscopy is decided. **Conclusion:** laparoscopic treatment in diaphragmatic hernia in adults, complicated with intestinal occlusion, is a viable option in selected cases, with excellent results similar to the open approach, but with the benefits of minimally invasive surgery.

Keywords: Morgagni-Larrey hernia, diaphragmatic hernia, intestinal obstruction, laparoscopy, clinical case.

INTRODUCCIÓN

La hernia de Morgagni es una hernia diafragmática congénita poco frecuente, la cual representa de 2 a 5% de todas las hernias diafragmáticas, con localización anteromedial en el

diafragma, detrás de las inserciones esternocostales.¹⁻³ Cuando se presentan en el adulto, son en su mayoría asintomáticas y se detectan como hallazgo incidental durante la realización de un estudio de imagen por una razón diferente.²⁻⁴ Su contenido mayormente es epiplón y 90% es del lado derecho,

Recibido: 01/04/2023. Aceptado: 06/06/2023.

Correspondencia: Dr. Martín Adrián Bolívar-Rodríguez

E-mail: bolivarmartin64@hotmail.com

Citar como: Bolívar-Rodríguez MA, Quintero-Osuna JJ, Osuna-Wong BA, Cázarez-Aguilar MA, Mendoza-Chang CR. Hernia de Morgagni-Larrey en adulto resuelta por laparoscopia. Reporte de caso. Rev Mex Cir Endoscop. 2023; 24 (1-4): 30-33. <https://dx.doi.org/10.35366/114307>



8% son bilaterales y en 2% se presenta del lado izquierdo, denominándose esta última, hernia de Morgagni-Larrey.^{5,6}

El diagnóstico se puede efectuar con radiografía simple de tórax; sin embargo, la tomografía es el estudio de referencia para el diagnóstico de las hernias diafrágicas. El tratamiento recomendado es su reparación quirúrgica.⁶⁻⁸

Presentamos el caso de un paciente adulto con Hernia de Morgagni-Larrey complicada con oclusión intestinal diagnosticada de manera incidental y resuelta por cirugía laparoscópica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 40 años de edad que inició dos días previos a su ingreso hospitalario con dolor opresivo en flanco izquierdo y posterior irradiación a epigastrio de tipo opresivo, de intensidad 2/10 por escala visual analógica (EVA), acompañándose de náuseas, ausencia de canalización de gases y distensión abdominal. Acudió al servicio de urgencias por exacerbación del dolor, refiriendo 8/10 por EVA. En la exploración física dirigida, se observó el abdomen distendido, dolor en epigastrio y flanco izquierdo, sin datos de irritación peritoneal.

Los exámenes de laboratorio reportaron leucocitosis con neutrofilia, el resto sin hallazgos significativos. Tomografía abdominal con doble contraste mostró hernia diafrágica anterior izquierda que condicionaba obstrucción intestinal a nivel de ángulo esplénico colónico. Se decidió llevar a cabo laparoscopia.

Con técnica de Hasson se colocó trocar de 10 mm infraumbilical y bajo visión directa tres trocares de 5 mm (punto de Palmer, cuadrante superior derecho y cuadrante inferior izquierdo), se encontró distensión de asas de colon transverso e intestino delgado hacia hernia diafrágica anterior izquierda con conteni-



Figura 2: Reducción de contenido herniario (asa de colon transverso, intestino delgado y epiplón) mediante tracción.

do de asas de intestino delgado, colon transverso y epiplón (*Figura 1*).

Mediante tracción con pinzas intestinales, se redujo contenido (*Figura 2*), mostrando defecto de 3 cm (*Figura 3*) y se realizó su cierre con tres puntos intracorpóreos con polipropileno del 1 (*Figura 4*), se cerraron orificios de trocares y se colocó sonda endopleural en tórax izquierdo. Con evolución satisfactoria, se retiró la sonda endopleural y se egresó a los dos días posquirúrgico. Actualmente, sin complicaciones.

DISCUSIÓN

Una hernia diafrágica es aquella que se forma por el paso de contenido abdominal al tórax, o viceversa, a través de un defecto en el diafragma, el cual puede ser de origen congénito o adquirido,¹ siendo las segundas las más comunes, produciéndose en 10 a 15% de los pacientes con trauma penetrante y de 0.8 a 5.8% de los individuos con el antecedente de traumatismo toracoabdominal cerrado, los cuales están asociados a accidentes por impacto de alta velocidad.^{9,10}

Por otra parte, están las hernias diafrágicas congénitas, de las cuales podemos encontrar cuatro tipos: paraesofágicas, hiatales, de Bochdalek y de Morgagni.²

La hernia de Morgagni es una hernia diafrágica congénita poco frecuente, la cual representa entre 2 y 5% de todas las hernias diafrágicas,¹⁻³ con localización anteromedial en el diafragma, detrás de las inserciones esternocostales. En el recién nacido se puede presentar un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda, representando una verdadera urgencia que pone en riesgo la vida del neonato. Cuando se presentan en la adultez, suelen ser asintomáticas y se



Figura 1: Distensión de asas de colon e intestino delgado por oclusión intestinal por hernia diafrágica.

detectan como hallazgo incidental durante la realización de un estudio de imagen por una razón diferente. También, aunque muy raro y con pocos casos reportados en la literatura, se pueden presentar con un cuadro de oclusión intestinal secundaria a la incarceration de la hernia como en el caso presentado.^{3,4} Su contenido mayormente es epiplón, pudiendo contener estómago, colon, hígado o intestino delgado.^{3,11} El 90% es del lado derecho, 8% son bilaterales y en 2% se presenta del lado izquierdo, denominándose hernia de Morgagni-Larrey. Tiene una frecuencia mayor en mujeres que en hombres con relación de 2:1.^{5,6}

Para hacer el diagnóstico existen diferentes estudios de imagen en los cuales nos podemos apoyar. Una radiografía simple de tórax (posteroanterior y lateral) puede ser suficiente para el diagnóstico, en cuyo caso se mostrarían niveles hidroaéreos, presencia de masa intratorácica y desplazamiento de las estructuras propias del tórax. En una radiografía lateral de tórax podríamos encontrar el «signo del bastón», una acumulación curvilínea de grasa que se continúa con la línea de grasa preperitoneal de la pared abdominal anterior, siendo indicativa de la presencia de hernia de Morgagni pequeña. No obstante, la tomografía es el estudio de referencia para el diagnóstico y confirmación de las hernias diafrágicas, en la que se puede hallar masa retroesternal de densidad grasa que representa epiplón herniado o combinación de epiplón y una víscera que contiene aire. Por otra parte, también podemos utilizar la resonancia magnética con reconstrucción en casos en los que se requiera observar el contenido herniario.⁶⁻⁸

En pacientes asintomáticos se puede optar por tratamiento no quirúrgico con seguimiento imagenológico periódico, siendo la única indicación la preferencia del paciente. Es imposible la comparación de la eficacia de los resultados entre el tratamiento no quirúrgico y el



Figura 3: Orificio herniario anterior izquierdo en diafragma.

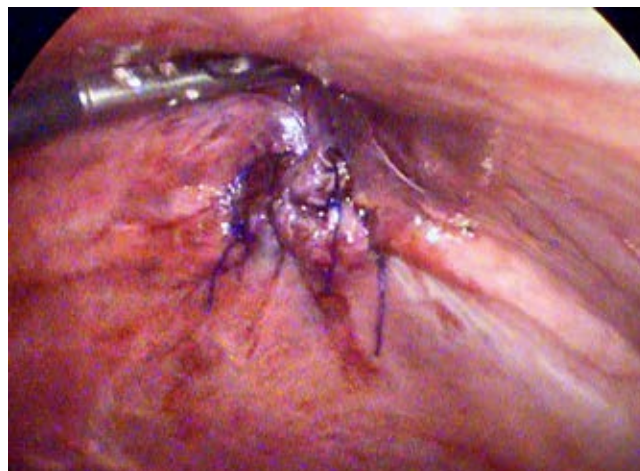


Figura 4: Defecto herniario cerrado con tres puntos simples de poli-propileno.

quirúrgico debido a la baja prevalencia de las hernias de Morgagni-Larrey.^{6,8}

Se prefiere optar por el tratamiento quirúrgico al momento del diagnóstico para evitar complicaciones futuras tales como incarceration y estrangulamiento y debido a que la mortalidad para cirugía electiva es de menos de 3%, mientras que en el caso de la cirugía de urgencia se eleva hasta 32%.^{3,4} El abordaje puede ser por vía abdominal o torácica, y éstos a su vez por vía abierta o mínima invasión.^{8,12-15}

Larrey, cirujano del ejército de Napoleón, fue el primero en describir la debilidad existente en el diafragma a nivel de la hendidura antero-mediana y los triángulos derecho e izquierdo. Gracias a dichas observaciones anatómicas, Giovanni B. Morgagni describió la hernia de Morgagni-Larrey en 1769.

Con el desarrollo de la laparoscopia, Kuster y sus colaboradores efectuaron por primera vez una reparación por esta vía en el año de 1992.^{12,13} El abordaje por vía abdominal convencional puede realizarse mediante una incisión alta en línea media, subcostal o paramedial, prefiriéndose la primera por la facilidad de acceso en caso de presentarse hernias bilaterales, así como gran facilidad para la reducción del contenido herniario, la evaluación y reparación de las estructuras abdominales en caso de ser necesario, todo esto en comparación al abordaje por toracotomía, el cual es de elección en presencia de masa mediastínica.⁶⁻⁸

Con el advenimiento de la laparoscopia, se lograron resultados similares a la cirugía abierta, con todas las ventajas que ofrece el abordaje mínimamente invasivo: reducción del dolor posoperatorio, recuperación más pronta y disminución de las complicaciones relacionadas a las heridas quirúrgicas.^{12,13,15}

Se considera que la reducción del contenido de la hernia es relativamente sencilla. Pero, la reparación del defecto herniario es la parte más desafiante del procedimiento.¹² Se puede optar por una de las siguientes tres opciones: sutura primaria (con sutura no absorbible; el polipropileno es de elección), sutura primaria con refuerzo con malla (polipropileno, politetrafluoroetileno expandido, bilaminar de poliéster-colágeno, etcétera) interposición de malla para reconstruir la integridad diafragmática sin cierre primario de la hernia mediante suturas.^{2,6,15} Las tres opciones son válidas, prefiriéndose el cierre primario con o sin malla en defectos pequeños, mientras que en defectos grandes (20-30 cm²) se requiere de interposición de malla, la cual puede fijarse a la pared con puntos de sutura (por diversas técnicas) o mediante tackers quirúrgicos.^{8,13-15}

En el caso que se presenta, por tratarse de un contexto de urgencia quirúrgica y un defecto pequeño, se optó por cierre primario con sutura no absorbible, observando buenos resultados y sin evidencia de complicación. Consideramos importante que los lectores se familiaricen con otras técnicas, aplicables para hernias más grandes o casos más complejos.

CONCLUSIONES

El tratamiento laparoscópico en adultos con hernia diafragmática complicada con oclusión intestinal es una opción viable en casos seleccionados, con excelentes resultados similares al abordaje abierto, pero con los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva, con miras a convertirse en el tratamiento de elección. Debido a la baja incidencia de este tipo de hernias, aún son necesarios más estudios al respecto.

De igual manera, es indispensable el seguimiento a corto, mediano y largo plazo de los pacientes para conocer cuál es la mejor opción para el cierre del defecto herniario y las ventajas y desventajas de los diferentes materiales usados en el procedimiento, tanto en los materiales de sutura y las diferentes mallas, como en las diferentes opciones de fijación de éstas.

REFERENCIAS

1. Arráez-Aybar LA, González-Gómez CC, Torres-García AJ. Morgagni-Larrey parasternal diaphragmatic hernia in the adult. *Rev Esp Enferm Dig.* 2009; 101: 357-366. Available in: <https://doi.org/10.4321/s1130-01082009000500009>
2. Rodríguez HJL, Tuca RF, Ruiz FB, Gironès VJ, Roig GJ, Codina CA et al. Hernia diafragmática de Morgagni-Larrey en el adulto: análisis de 10 casos. *Gastroenterol Hepatol.* 2003; 26: 535-540. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0210-5705\(03\)70408-7](https://doi.org/10.1016/s0210-5705(03)70408-7)
3. Casimiro PJA, Afonso LN, Acosta MMA, Fernández QC, Marchena GJ. Bowel obstruction secondary to an incarcerated

Morgagni hernia in an adult patient: a rare complication. *Gastroenterol Hepatol.* 2018; 41: 444-445. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2017.07.012>

4. Ryan JM, Rogers AC, Hannan EJ, Mastrosimone A, Arumugasamy M. Technical description of laparoscopic Morgagni hernia repair with primary closure and onlay composite mesh placement. *Hernia.* 2018; 22: 697-705. Available in: <https://doi.org/10.1007/s10029-018-1760-x>
5. Maes-Carballo M, Martín-Díaz M, Robayo-Soto P, Plata-Pérez I, Cantarero-Jiménez B, Calzado-Baeza S et al. Hernia de Morgagni-Larrey incidental en el adulto: diagnóstico y tratamiento. *Cir Andal.* 2017; 28: 74-76.
6. Martínez-Hernández R, Márquez-Toscano SR, Montoya-Alarcón P. Revisión de la literatura de la hernia de Morgagni y presentación de un caso. *Cir Gen.* 2019; 41: 98-103.
7. Horton JD, Hofmann LJ, Hetz SP. Presentation and management of Morgagni hernias in adults: a review of 298 cases. *Surg Endosc.* 2008; 22: 1413-1420. Available in: <https://doi.org/10.1007/s00464-008-9754-x>
8. Nasr A, Fecteau A. Foramen of Morgagni hernia: presentation and treatment. *Thorac Surg Clin.* 2009; 19: 463-468. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.thorsurg.2009.08.010>
9. Pérez-Ponce Y, Menjivar-Rivera OM, Baley-Spindel M, Martínez-Arias MA. Reparación laparoscópica y toracoscópica uniportal de hernia diafragmática postraumática crónica. Reporte de un caso. *Rev Mex Cir Endoscop.* 2017; 18: 138-143.
10. Shamim AA, Zuberi MM, Tran D, Fullum T. Laparoscopic reduction and repair of acute traumatic diaphragmatic hernia: a video review. *Laparoscopic, Endoscopic and Robotic Surgery.* 2020; 3: 22-25. Available in: <https://doi.org/10.1016/j.lers.2019.11.001>
11. Núñez GE, Arriola SJ, Sánchez JG, Baley SI. Manejo laparoscópico de la hernia diafragmática congénita. *Gac Med Mex.* 2014; 150: 461-464.
12. Frías-Mantilla JE, Asz-Sigall J, Cabrera-Hernández MA. Reparación de hernia de Morgagni-Larrey con fijación al espesor total de la pared abdominal con puntos extracorpóreos. Reporte de un caso. *Acta Pediatr Mex.* 2019; 40: 211-216.
13. Durak E, Gur S, Cokmez A, Atahan K, Zahtz E, Tarcan E. Laparoscopic repair of Morgagni hernia. *Hernia.* 2007; 11: 265-270. Available in: <https://doi.org/10.1007/s10029-006-0178-z>
14. Moreno-Egea A, Moreno-Latorre A, Parlorio-De Andrés E. Actualización en el tratamiento laparoscópico de las hernias diafragmáticas de Morgagni. Análisis de la lesión pericárdica por tacker y presentación de 5 nuevos casos. *Rev Hispanoam Hernia.* 2018; 6: 130-136. Disponible en: <https://doi.org/10.20960/rhh.104>
15. Oppelt PU, Askevold I, Bender F, Liese J, Padberg W, Hecker A et al. Morgagni-Larrey diaphragmatic hernia repair in adult patients: a retrospective single-center experience. *Hernia.* 2021; 25: 479-489. Available in: <https://doi.org/10.1007/s10029-020-02147-0>