

Caso Clínico

Hernia Diafragmática de Morgagni resuelto mediante asistencia laparoscópica

Víctor Hugo López Villarreal

Institución Hospitalaria

Hospital Universitario de Saltillo. Ave. Adrian Muguerza #1115-306,
Colonia Brisas, CP 25280. Saltillo, Coahuila, México

Solicitud de sobretiros: Dr. Víctor Hugo López Villarreal,
Hospital Universitario de Saltillo. Ave. Adrian Muguerza #1115-306,
Colonia Brisas, CP 25280. Saltillo, Coahuila, México
Correo electrónico: cirugiapediátrica@gmail.com

Rersumen

Introducción: La reparación de hernias diafragmáticas retroesternales ha sido descrita con éxito mediante técnicas laparoscópicas, demostrando su factibilidad y reproducibilidad. Se describe una técnica videoassistida para la reparación de estos defectos diafragmáticos mediante puntos extracorpóreos colocados a través de la pared abdominal.

Presentación del Caso Clínico: Femenina de cuatro meses de edad que al realizarse una radiografía toracoabdominal por estreñimiento se visualiza defecto diafragmático anterior. La paciente es programada en forma electiva para su reparación mediante laparoscopia. El tiempo quirúrgico fue de 25 minutos. Su recuperación fue satisfactoria tolerando vía oral el mismo día y egresándose al día siguiente. El seguimiento de la paciente es de 14 meses y radiológicamente no hay evidencia de recidiva.

Discusión: La primera reparación laparoscópica de hernias diafragmáticas retroesternales fue descrita por Kuster en 1992. Se describe una técnica para cierre del defecto colocando los puntos a través de la pared abdominal, tomando con la aguja el borde del defecto y anudando los puntos por fuera de la pared dejando los nudos subcutáneos, obtenido buenos resultados y con mayor facilidad técnica.

Palabras clave: Hernias diafragmáticas retroesternales; Laparoscopia.



Diaphragmatic Hernia of Morgagni resolved through assistance laparoscopic

Abstract

Introduction: The repair hernias diaphragmatic retroesternales has been described successfully through laparoscopic techniques, demonstrating its feasibility and reproducibility. Described a technique videoasistida for repair of these defects diaphragmatic through points extracorporeal placed through the abdominal wall.

Presentation of the Case Clinico: Female four months of age that performed an x-ray thoracoabdominal by constipation is displayed default diafragmático earlier. The patient is scheduled in the form elective for repair laparoscopically. The surgical time was 25 minutes. Its recovery was satisfactory tolerating mouth the same day and egresándose the following day. The follow-up to the patient is 14 months and radiológicamente there is no evidence of recurrence.

Discussion: The first repair laparoscopic diaphragmatic hernia retroesternales was described pos Kuster in 1992. Described a technique for closure of the defect placing the points through the abdominal wall, taking with the needle the edge of the defect and emerging points outside the wall leaving the knots subcutaneous, obtained good results, and with greater technical ease.

Index Words: Hernias diaphragmatic retroesternales; Laparoscopy.

Introducción

La primera reparación laparoscópica de hernias diafragmáticas retroesternales fue descrita pos Kuster en 1992,¹ desde entonces han sido muchos los reportes que demuestran la utilidad de este abordaje, principalmente por la posibilidad de una visión clara y directa del defecto, por la facilidad para reducir el contenido y por la rápida recuperación del paciente, además que los resultados cosméticos son excelentes.²⁻⁸

La mayor parte de las publicaciones reparan el defecto colocando puntos a través de la cavidad abdominal, usando un porta agujas y anudándolos ya sea intracorpóreos o extracorpóreos.

Sin embargo la ubicación del defecto (casi a nivel de la pared abdominal), en el mismo plano horizontal al de la colocación de los puertos y la utilización de instrumental de trabajo recto, hace particularmente difícil la colocación de los puntos para cierre del defecto.^{1,8,9}

La técnica de Newman^{1,5} permite colocar los puntos atravez de la pared abdominal anudándose la sutura extrabdominal y quedando los nudos por fuera de la pared abdominal.

En su técnica describe el uso de una aguja de keith (tipo Reverdin) para pasar la sutura a la cavidad abdominal y por la misma vía exteriorizarla y así anudarse de manera extrabdominal con más facilidad.

Describimos un caso en el cual se efectuó la reparación exitosa del defecto diafragmático colocándose los puntos de sutura a través de la pared abdominal con una aguja curva normal.

Presentación del Caso Clínico

Femenina de cuatro meses de edad, que acude al servicio de urgencias por estreñimiento.

Durante su evaluación se realiza una radiografía toracoabdominal, en la que de manera incidental se observa una asa de colon transverso por arriba del diafragma.

La evaluación subsiguiente con radiografía lateral y colon por enema demuestra la presencia de una hernia diafragmática retroesternal.

Previa evaluación clínica preoperatorio se programa reparación electiva del defecto diafragmático mediante laparoscopia.

El procedimiento se realiza a los cinco meses de edad, bajo anestesia general, con un neumoperitoneo de 10mmHg, accediendo el telescopio de 10mm y 0° a través de un puerto umbilical.

Se introduce un puerto de trabajo para-umbilical izquierdo de 5mm.

El defecto es visualizado en la porción central y anterior del diafragma a la izquierda del ligamento falciforme.



Se realiza un incisión de 2mm a nivel de la piel adyacente al defecto diafragmático y a través de ella se introduce una sutura no absorbible calibre 2-0 con aguja curva T5, la cual se visualiza mediante el lente del laparoscópio al entrar en la cavidad abdominal, y con ayuda del un pinza se permite que al pasar la aguja atravesie el borde libre del defecto y se reintroduzca a la pared abdominal para su exteriorización atravez de la misma herida.

La sutura es anudada extrabdominal y dejando los nudos subcutáneos.

Se aplican 4 puntos de la misma manera que permiten obliterar completamente el defecto diafragmático.

El tiempo quirúrgico fue de 25 minutos.

La paciente inicio alimentación enteral a las seis horas y fue egresada al siguiente día.

El seguimiento de 12 meses a la fecha de esta paciente, muestra ausencia de recidiva.

Discusión

La hernia diafragmática de Morgagni fue descrita por primera vez, en 1769, por Giovanni Batista Morgagni, a partir de sus estudios en autopsias. Corresponde al 2% de las hernias diafragmáticas.

En comparación con la hernia diafragmática de Bochdalek, la hernia de Morgagni es bastante infrecuente.

Este defecto es causado por una alteración en la fusión del septum transverso del diafragma con los arcos costales.

El lado derecho suele ser el más afectado, pero puede ser izquierdo (también denominada hernia de Larrey) o bilateral, en cuyo caso se presenta un gran defecto único que cruza la línea media.

Contrario a lo descrito por algunos autores, la mayoría considera que el diagnóstico en niños es incidental, al tomar una radiografía, en la que se visualiza el segmento de colon transverso en mediastino.

Rara vez, ocasiona trastornos respiratorios o cuadros agudos de obstrucción.

La primera reparación laparoscópica de hernias diafragmáticas retroesternales fue descrita pos Kuster en 1992,¹ desde entonces han sido muchos los reportes que demuestran la utilidad de este abordaje, principalmente por la posibilidad de una visión clara y directa del defecto,

por la facilidad para reducir el contenido y por la rápida recuperación del paciente, además que los resultados cosméticos son excelentes.²⁻⁸

El tratamiento del defecto diafragmático es variado, desde la sutura simple al uso de prótesis o mallas.

Las técnicas de sutura del defecto aproximando el borde diafragmático a los cartílagos costales y aponeurosis posterior del recto anterior del abdomen son generalmente laboriosas y presentan en ocasiones dificultad para fijar las suturas en las regiones costales y esternales marginales, por lo que varios autores optan por realizar nudos de situación extracorpórea^{1,8,9} (anudados delante de la fascia de los músculos rectos, incorporándola a la reparación).

La técnica de Newman describe el uso de una aguja de keith (tipo Reverdin), para la introducción de una sutura a la cavidad abdominal y la exteriorización de esta para ser anudados los extremos de la sutura en forma extraabdominal.

En el caso reportado, se realiza el cierre del defecto mediante la colocación de puntos extrabdominales que al introducir la aguja a la cavidad abdominal fijan el borde libre del defecto y en el mismo movimiento la aguja sale de la cavidad y permite que la sutura se anude por fuera de la pared abdominal, dejando los nudos subcutáneos.

La realización de esta técnica resultó ser fácil, y efectiva.

El tiempo quirúrgico en total fue de 25 minutos, la paciente inicio la vía oral a las 6 horas de posoperada, y fue egresada al día siguiente.

El seguimiento de 12 meses a la fecha, mostrado buena evolución, no recidivas y excelentes resultados cosméticos.

Referencias

1. Kuster GGR, Kline LE, Garzo G. Diaphragmatic hernia through the foramen of Morgagni: laparoscopic repair case report. J Laparosc Endosc Surg 1992; 2: 93-100
2. M Lima, Md, G. Riggeri, MD, M. Domini, MD, V. Lauro, MD. Pediatric endosurgery and innovative techniques. Vol 5, Number 2, 2001.
3. J. Morales, MD, et al. Hernia de Morgagni, Reporte de un caso. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 58 - Nº 6, Diciembre 2006; págs. 464-468



4. Berchi, FJ. Tratamiento laparoscópico de la hernia de Morgagni-Larrey en la infancia. Seclaendosurgery.com (en línea) 2003, no, 2. Disponible en Internet: <http://www.seclaendsurgery.com/sec-lan2/art04.htm>. ISSN: 1698-4412.
5. R. Ackroyd and D. Watson. Laparoscopic repair of a hernia of Morgagni using a suture technique. *J.R.Coll.Surg.Edinb.*, 45, December 2000, 400-402
6. Raffaele Lanteri, MD, PhD; Marco Santangelo, MD; Cristian Rapisarda, MD; Antonio Di Cataldo, MD; Antonio Licata, MD. Bilateral Morgagni-Larrey Hernia. *Arch Surg.* 2004;139:1299-1300.
7. R Caprotti ; Ch Mussi; A Scaini; C Angelini ; F Romano . Laparoscopic repair of a Morgagni-Larrey hernia. *International surgery* 2005, vol. 90, no3, pp. 175-178 .
8. Lev-Chelouche D, Ravid A, Michowitz M, Klausner, JM, Kluger Y. Morgagni hernia: unique presentations in elderly patients. *J Clin Gastroenterol* 1999; 28: 81-82.
9. Quinteros A, Bancalari M. Hernia diafragmática congénita en recién nacidos. *Rev Chil Pediatr* 2001.
10. J Torralba, R Iiron, G Morales. Hernia de Morgagni gigante. Tratamiento laparoscópico mediante prótesis bilaminar (composite) de poliéster. Noviembre 2002. Volumen 72 - Número 05 p. 303 – 305.

