Caso	(268) "Mi caso favorito de la Urgencia": Infartos grasos como complicación tras cirugía por hernia de Morgagni.
Autores	Amaia Pérez Del Barrio, Elena Julián Gómez, Elena Peña Gómez, Elena Gallardo Agromayor, Marta Barrios López, Maria José Galante Mulki.
Centro	Hospital Universitario Marqués De Valdecilla

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente que acude a la urgencia por dolor epigástrico.

Como antecedentes, refiere cirugía reciente por hernia de Morgagni, diagnosticada de forma incidental en una TC de abdomen y descrita como hernia diafragmática anterior con un orificio herniario de 6 cm y herniación de asas de intestino delgado, colon transverso y colon derecho.

En la analítica sanguínea se objetiva leucocitosis con elevación de reactantes de fase aguda, por lo que se solicita una TC de abdomen y pelvis urgente con la sospecha de complicación postquirúrgica intraabdominal.

En el TC de abdomen y pelvis se identifican dos lesiones heterogéneas en mediastino anterior, no completamente incluidas en el estudio, por lo que se completa con una TC de tórax. En la TC de tórax se objetiva una gran lesión en mediastino anterior, con áreas de densidad grasa en su interior, compatible con infarto graso, así como otra lesión similar adyacente. Asimismo, también se observan varias lesiones pseudonodulares hiperdensas en la grasa del mediastino anterior. Adicionalmente, se objetiva edema de las paredes de la vesícula biliar, por lo que se completa el estudio con ecografía, confirmando una colecistitis aguda litiásica.

DISCUSIÓN

Las hernias diafragmáticas son defectos de continuidad que ocasionan la herniación de contenido intraabdominal hacia el tórax. La hernia de Morgagni es una hernia infrecuente que se encuentra dentro del grupo de las congénitas, siendo raro su diagnóstico en la edad adulta. Por definición, este defecto se localiza en la región inferior costoesternal, en un espacio denominado foramen de Morgagni. Frecuentemente, esta hernia se encuentra lateralizada hacia la derecha y su contenido puede estar formado por epiplón, colon transverso y estómago. Este tipo de hernias son subsidiarias de tratamiento quirúrgico cuando son sintomáticas e, incluso, se plantea su tratamiento en pacientes asintomáticos dado que tienden a evolucionar.

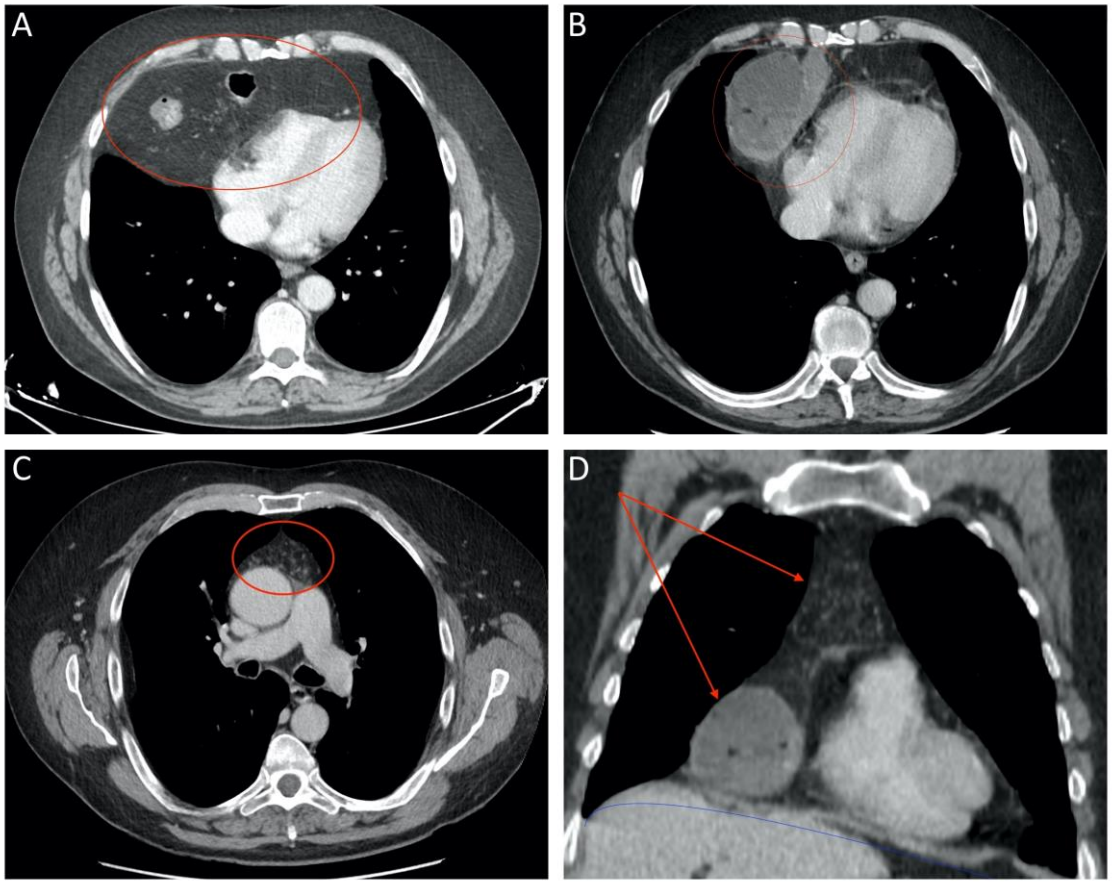
En cuanto al caso que aquí se presenta, en una anamnesis más exhaustiva, el paciente reveló dolores epigástricos frecuentes con disnea asociada, por lo que se optó por un tratamiento quirúrgico. La cirugía se realizó de forma laparoscópica, siendo muy dificultosa la reducción de la hernia debido a la presencia de múltiples adherencias con un epiplón muy frágil y sensible a la tracción. Por lo que, finalmente, se procedió al cierre del orificio herniario (puntos y malla), sin la completa recolocación del epiplón.

Con esta información aportada por los cirujanos y la imagen de la TC de tórax postquirúrgica, podemos deducir que las imágenes heterogéneas y con áreas de densidad grasa del mediastino anterior corresponden con infartos grasos de gran tamaño, que se produjeron debido al cierre del hiato herniario sin la reducción del epiplón herniado. Además, la presencia de áreas de densidad grasa y la ausencia de inflamación de la grasa perilesional excluyen el diagnóstico de abscesos postquirúrgicos. Asimismo, las imágenes pseudonodulares hiperdensas de la grasa del mediastino anterior, corresponden a ganglios linfáticos y vascularización del epiplón herniado, siendo más evidentes en el TC postquirúrgico debido a la ingurgitación vascular.

CONCLUSIÓN

Los infartos grasos pueden ser complicaciones frecuentes tras cirugías que impliquen la movilización de la grasa mesentérica o del epiplón como las hernioplastias.

Es importante revisar el protocolo quirúrgico o comunicarse con los cirujanos ante hallazgos inesperados en las TC postquirúrgicas.



A) Amplio defecto herniario en el diafragma anteromedial con asas y grasa epiploica en su interior (círculo rojo). B) Estudio postquirúrgico en el que se objetiva una lesión heterogénea con áreas de densidad grasa en su interior en relación con infarto graso (círculo rojo). C) Ingurgitación de vasos y ganglios del epiplón no reducido (círculo rojo). D) Plano coronal en el que podemos apreciar la continuidad diafragmática tras el cierre quirúrgico del defecto, y el infarto graso (flecha roja) y la ingurgitación de vasos del epiplón (flecha roja) como consecuencia del cierre del diafragma sin la reducción previa de la hernia.

BIBLIOGRAFÍA

Kosinski P, Wielgos M. Congenital diaphragmatic hernia: pathogenesis, prenatal diagnosis and management - literature review. Ginekol Pol. 2017;88(1):24-30. https://doi.org/10.5603/GP.a2017.0005.

Sanford Z, Weltz AS, Brown J, Shockcor N, Wu N, Park AE. Morgagni Hernia Repair: A Review. Surg Innov. 2018 Aug;25(4):389-399. https://doi.org/10.1177/1553350618777053.

Târcoveanu E, Georgescu Ș, Vasilescu A, Andronic D, Danila N, Lupascu C, Bradea C. Laparoscopic Management in Morgagni Hernia - Short Series and Review of Literature. Chirurgia (Bucur). 2018 Jul-Aug;113(4):551-557. https://doi.org/10.21614/chirurgia.113.4.551.

Testini M, Girardi A, Isernia RM, De Palma A, Catalano G, Pezzolla A, Gurrado A. Emergency surgery due to diaphragmatic hernia: case series and review. World J Emerg Surg. 2017 May 18;12:23. https://doi.org/10.1186/s13017-017-0134-5.