



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

CARRERA DE MEDICINA

“HERNIA DIAFRAGMÁTICA DE MORGAGNI”

TRABAJO DE TITULACIÓN

Tipo: Análisis de casos

Previo a la otorgación de título de:

MÉDICO GENERAL

AUTOR: DIEGO NAPOLEÓN CHÁVEZ CARVAJAL

TUTOR: DR. DAVID CRISTÓBAL OROZCO BRITO

RIOBAMBA-ECUADOR

2018

©2018, Diego Napoleón Chávez Carvajal

Se autoriza la reproducción total o parcial, para fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo las citas bibliográficas del documento, teniendo total autonomía la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Carrera de Medicina.

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN:

EL TRIBUNAL DE TRABAJO DE TITULACIÓN CERTIFICA QUE:

El **Trabajo de Titulación modalidad Análisis de Casos**, titulado “HERNIA DIAFRAGMÁTICA DE MORGAGNI”, de responsabilidad del señor estudiante Diego Napoleón Chávez Carvajal, con número de cedula 0202282422, ha sido prolijamente revisado y se autoriza su presentación.

Dr. Moisés Guerrero

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

FIRMA

Dr. David Orozco

**DIRECTOR DEL TRABAJO DE
TITULACIÓN**

FIRMA

Dr. César Pilamunga

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

FIRMA

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Yo, Diego Napoleón Chávez Carvajal, estudiante de la Carrera de Medicina, responsable de los contenidos bibliográficos, análisis, conclusiones, resultados e ideas, expuestas en el seguimiento del caso clínico con el tema:

HERNIA DIAFRAGMÁTICA DE MORGAGNI.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por los planes que tuvo para mí vida, a mis padres Humberto y Rocío quienes toda la vida me han inculcado el respeto la responsabilidad y el compromiso con todo lo que realizo, a los docentes de la Carrera de Medicina, por el valioso aporte en mi formación, a Katherine Michelle Naranjo Aulestia, con quien caminamos juntos para construirnos como galenos y al **HOSPITAL BÁSICO GUARANDA**, en cuya institución me formé y consolidé mis conocimientos, con los que serviré a la comunidad.

Diego Napoleón Chávez Carvajal

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	x
SUMMARY	xi
INTRODUCCIÓN	1
1. MARCO TEÓRICO	2
1.1. Anatomía del diafragma	2
1.2. Embriología	3
1.3. Patogenia.....	3
1.4. Epidemiología	4
1.5. Fisiopatología.....	4
1.6. Manifestaciones clínicas.....	5
1.7. Diagnóstico.....	5
1.7.1. Radiografía de tórax	6
1.6.2. Enema de Bario.....	7
1.6.3. Tomografía axial computarizada de tórax	8
1.7. Tratamiento	8
2. PRESENTACION DEL CASO.....	10
2.2 Examen Físico.....	10
2.3. Exámenes Complementarios	11
2.3.1. Laboratorio	11
2.3.2. Ecografía de abdomen	12
2.3.3. Radiografía de tórax	12
2.3.4. Tomografía Axial Computarizada Contrastada de Tórax	13
2.4. Análisis	14
2.5. Nota de Consulta Externa de Cirugía Cardiorácica Hospital Teodoro Maldonado Carbo 12 de Junio del 2018	14
2.6. Interconsulta por Cardiología el 13 de Junio del 2018	15
2.7. Valoración Preanestésica 14 de junio del 2018.....	16
2.8. Ingreso a Quirófano 1 Evolución Anestesia 14 de junio del 2018.....	16
2.9. Protocolo Operatorio 14 de Junio de 2018.....	16
2.10. Nota de Sala de Recuperación 14 de Junio de 2018	18
2.11. Evolución diurna en Hospitalización Cirugía 15 de junio del 2018.....	19
2.12. Evolución nocturna en Hospitalización Cirugía 15 de junio del 2018.....	19
2.13. Evolución diurna en Hospitalización Cirugía 16 de junio del 2018.....	20
2.14. Evolución nocturna en Hospitalización Cirugía 16 de junio del 2018.....	20

2.15. Evolución diurna en Hospitalización Cirugía 17 de junio del.....	20
2.16. Evolución nocturna en Hospitalización Cirugía 17 de junio del.....	21
2.17. Evolución diurna en Hospitalización Cirugía 18 de junio del.....	21
2.18. Evolución nocturna en Hospitalización Cirugía 18 de junio del.....	22
2.19. Evolución diurna en Hospitalización Cirugía 19 de junio del.....	22
2.20. Nota de alta en Hospitalización Cirugía 19 de junio del 2018.....	23
2.21. Exámenes Complementarios de Egreso	24
<i>2.21.1. Laboratorio</i>	<i>24</i>
<i>2.21.2. Radiografía de Tórax de control.....</i>	<i>25</i>
3. SEGUIMIENTO.....	26
3.1 Nota de evolución por consulta externa de Cirugía 30 de julio	26
PERCEPCIÓN DEL PACIENTE	28
DISCUSIÓN	29
CONCLUSIONES.....	31
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1-1: Fases de evolución clínica de la Hernia Diafragmática.....	5
Tabla 2-1: Signos y criterios radiológicos de Hernia Diafragmática	6

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1-1: Anatomía del Diafragma	2
Figura 2-1: Embriología del Diafragma.....	3
Figura 3-1: Radiografía lateral de tórax	6
Figura 4-1: Estudio con enema de bario.	7
Figura 5-1: TAC de tórax.....	8
Figura 1-2: Radiografía de Tórax	12
Figura 2-2 TAC contrastada de tórax.....	13
Figura 3-2: Radiografía de Tórax de control	25

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A: Consentimiento informado

RESUMEN

La hernia diafragmática de Morgagni es una entidad infrecuente, asintomática, generalmente aparece en la edad adulta pudiendo provocar la aparición de síntomas respiratorios o gastrointestinales, esta anomalía consiste en el desplazamiento de órganos desde la cavidad abdominal hacia la torácica. En el presente trabajo se analiza las causas que llevan a la aparición de esta patología así como sus síntomas diagnóstico y tratamiento, se realiza el estudio de un paciente de 54 años quien acudió al Hospital Básico de Guaranda por sintomatología gastrointestinal cuyo cuadro además de un reporte de ecografía llevaron al diagnóstico de colelitiasis por lo que se planteó tratamiento quirúrgico, al momento de realizar exámenes complementarios para chequeo prequirúrgico en este caso una radiografía de tórax nos llevó a encontrar de manera incidental la hernia diafragmática de Morgagni la cual era causa de los síntomas gastrointestinales, posteriormente paciente fue sometido a tratamiento quirúrgico el cual es considerado de primera línea con lo que los síntomas cedieron mejorando la calidad de vida del paciente además se evitó las posibles complicaciones que puede conllevar esta patología.

Palabras clave: <TECNOLOGÍA Y CIENCIAS MÉDICAS>, <MEDICINA>, <DIAFRAGMA>, <HERNIA DE MORGAGNI>, <CAVIDAD ABDOMINAL>, <CAVIDAD TORÁCICA>.

SUMMARY

The Morgagni diaphragmatic hernia is an infrequent asymptomatic entity, which generally appears in adulthood and could provoke the onset of respiratory or gastrointestinal symptoms. This anomaly consists of the displacement of organs from the abdominal cavity to the thoracic cavity. In this work, the causes that lead to the appearance of this pathology as well as its symptoms, diagnosis, and treatment were analyzed. A study of a 54-year-old patient was carried out, who attended the Basic Hospital of Guaranda because of a gastrointestinal symptomatology, whose case, in addition to a sonography report, led to the diagnosis of cholelithiasis; so that, surgical treatment was proposed. At the time of performing complementary tests for pre-surgical check-up; in this case, a chest x-ray; the Morgagni's diaphragmatic hernia was found incidentally, which was the cause of the gastrointestinal symptoms. Subsequently, the patient was subjected to surgical treatment which is considered to be first line, with which the symptoms went down, improving the quality of life of the patient; as well, the possible complications that this pathology may cause, were avoided.

KEY WORDS: <TECHNOLOGY AND MEDICAL SCIENCES>, <MEDICINE>, <DIAPHRAGM>, <MORGAGNI HERNIA>, <ABDOMINAL CAVITY>, <THORACIC CAVITY>.

INTRODUCCIÓN

La Hernia Diafragmática de Morgagni, fue descrita por primera vez por Giovanni Morgagni en el año 1761, es una patología en la cual existe un defecto a nivel de la cara anteromedial del diafragma generalmente del lado derecho, se considera un hallazgo infrecuente en el adulto, su diagnóstico es incidental al efectuar un examen radiológico de rutina, generalmente es asintomática pero el paciente empieza a presentar sintomatología respiratoria o gastrointestinal en dependencia del tamaño de la hernia, durante el desarrollo fetal es frecuente que esta patología provoque graves trastornos en el desarrollo pulmonar. (Ruiz Tovar, Morales Catiñeiras , & Martínez, 2010, pág. 2)

La Hernia de Morgagni ocupa el 2% al 4% de anomalías diafragmáticas y su presentación es generalmente retroesternal derecha, la prevalencia al nacimiento es de 1 por cada 2000 nacidos vivos. (Rodriguez Hermosa, y otros, 2013, pág. 1), según estudios es más prevalente en mujeres que en hombres en relación 2 a 1, los órganos que generalmente se encuentran en este tipo de hernias son el epiplón, colon, ángulo ileocecal, hígado y estómago. (Martín Díaz, y otros, 2017, pág. 3)

Generalmente al efectuar una radiografía de tórax se puede observar una opacidad del ángulo cardiofrénico, habitualmente en el lado derecho cuando el saco herniario se encuentra ocupado por el hígado, y si el contenido no es homogéneo es debido a la presencia de asas intestinales con contenido aéreo, en este caso un enema de bario revelará la presencia de colon transversal situado en la parte alta del abdomen, en la proyección lateral de tórax las asas se observan por detrás del esternón. (Chungara Villapando, 2017, pág. 1)

Ecuador no cuenta con estudios sobre esta patología por ello la importancia de su análisis, el siguiente caso clínico trata de un paciente de 54 años de edad quien presentaba sintomatología gastrointestinal en la cual al realizar una radiografía de tórax para chequeo prequirúrgico se halló esta patología de manera incidental.

1. MARCO TEÓRICO

Se define como hernia a la protrusión de cualquier órgano o tejido fuera de su cavidad a través de una zona anatómica débil u orificio (Varela, 2018, pág. 1) , la hernia diafragmática de Morgagni fue descrita por primera vez en el año 1761 por Giovanni Batista Morgagni, a nivel mundial su incidencia es de aproximadamente 1 por cada 2000 nacidos vivos. (Rodríguez Hermosa, y otros, 2013, pág. 1)

Esta patología generalmente es asintomática sin embargo puede constituir una urgencia debida a una incarceration o estrangulación de su contenido por lo que es indicativo el tratamiento quirúrgico incluso en pacientes asintomáticos. (Navarro Garcia, y otros, 2013, pág. 1)

1.1. Anatomía del diafragma

El diafragma es un músculo que tiene forma de cúpula es ancho y delgado este se apoya sobre el orificio inferior del tórax, divide la cavidad torácica con la abdominal, este se encuentra constituido por una parte muscular y otra tendinosa las cuales se dividen en tres partes la esternal, costal y lumbar, el diafragma se encuentra atravesado por el esófago, aorta abdominal, vena cava inferior, nervios simpáticos, sistema linfático y nervio vago. (Moreno-Egea, 2018, pág. 2)

La irrigación del diafragma se da por las arterias pericardiofrénicas, musculofrénicas, frénica superior, la arteria frénica inferior constituye la principal fuente de irrigación, la inervación se da gracias al nervio frénico cuya principal función es motora. (Tapias, Tapias Vargas, & Tapias Vargas, 2010, pág. 1)

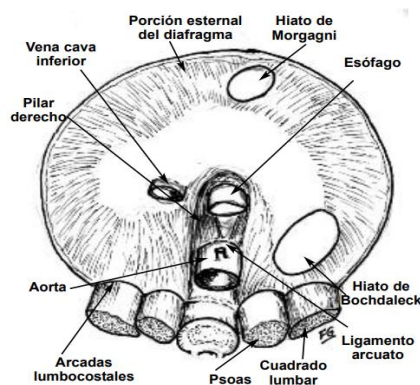


Figura 1-1: Anatomía del Diafragma, orificios por donde protruyen las hernias diafragmáticas

Fuente: (Collia, 2009, pág. 1)

1.2. Embriología

En la formación del diafragma intervienen 4 elementos: el septum transverso de His, las membranas pleuroperitoneales, mesenterio dorsal del esófago y la pared abdominal.

El septum transverso es una protrusión de tejido mesenquimático el cual a partir de la séptima semana crece en dirección dorsal desde la pared ventrolateral y en forma semicircular separando el corazón del hígado, las membranas pleuroperitoneales se fusionan con el mesenterio dorsal del esófago y septo transverso completando la división de las cavidades torácica y abdominal, el mesenterio dorsal del esófago constituirá la porción media del diafragma, en la semana novena a las décimo segunda las paredes corporales formaran dos capas, una externa denominada pared abdominal definitiva y otra interna que formará las partes periféricas del diafragma completando la formación del diafragma. (León Moore, Nandan Persaud, & Torchia, 2013, págs. 334-338)

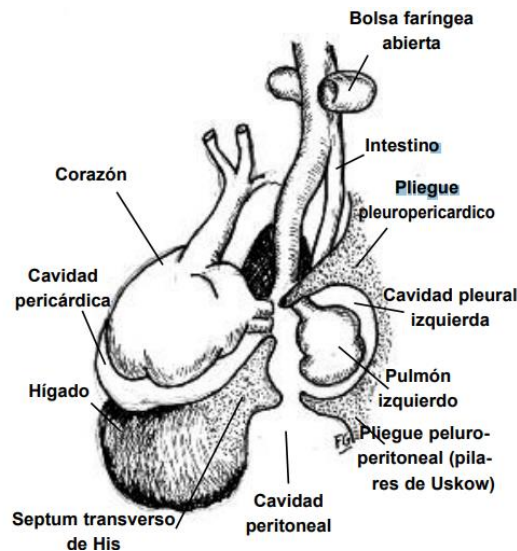


Figura 2-1: Embriología del Diafragma

Fuente: (Collia, 2009, pág. 1)

1.3. Patogenia

A partir de la semana séptima a la décimo segunda de embriogénesis se forma el diafragma además el esófago y estómago, a nivel de la cara anteromedial derecha del esófago se produce un desarrollo incompleto del tendón diafragmático apareciendo un orificio que comunica la cavidad abdominal con la cavidad torácica a través del cual debido a la diferencia de presiones empezará a protruir órganos procedentes de la cavidad abdominal hacia la cavidad torácica (Ruiz Tovar, Morales Catiñeiras , & Martínez, 2010, pág. 1), en la actualidad al parecer existen algunos posibles factores genéticos, alteraciones cromosómicas estructurales, duplicaciones y supresiones

cromosómicas como son los casos de síndromes de Turner, Down, Edward, Patau Y Pallister Killian, sin embargo la mayoría de casos de hernia diafrágica de Morgagni aparecen sin síndromes asociados. (Tapias, Tapias Vargas, & Tapias Vargas, 2010, pág. 3)

1.4. Epidemiología

Los casos de hernia diafrágica de Morgagni en el adulto son escasos, en recién nacidos la prevalencia es de 1 caso por cada 2000 nacidos vivos y puede afectar más a mujeres que a varones con una relación 2-1, hasta la actualidad se describen cuatro tipos de hernias diafrágicas dentro de las cuales tenemos: hernia hiatal, hernia paraesofágica, hernia de Bochdaleck y hernia de Morgagni-Larrey. (Vinueza James, De los Monteros, Obando Pozo, & Mahnaz, 2015, pág. 28)

La hernia diafrágica de Morgagni ocupa del 2% al 4% de anomalías diafrágicas y se presenta en niños mayores y adultos, su presentación en su mayoría es retroesternal derecha debido a que el lado izquierdo se encuentra el pericardio. (Rodríguez Hermosa, y otros, 2013, pág. 1)

Entre 70-90% de hernias diafrágicas de Morgagni son del lado derecho como se mencionó anteriormente, se presentan de forma asintomática en 30% de los casos. (Pérez Ponce, Baley Spindel, Martínez Coria, Menjivar Rivera, & Gómez Alvarado, 2017, pág. 1)

En Ecuador no existen estudios que demuestren la incidencia y prevalencia de esta patología.

1.5. Fisiopatología

La aparición del anillo herniario en el diafragma hace que la cavidad torácica y diafrágica estén comunicadas, en la cavidad torácica existe presión negativa y en la cavidad abdominal la presión es 0, esto hace que órganos abdominales protruyan a través del anillo hacia la cavidad abdominal (Beltrán, 2013, pág. 2), en la etapa de embriogénesis si esta malformación es muy marcada gran parte de órganos de la cavidad celómica ocuparan la cavidad torácica lo que provocara hipoplasia pulmonar y cardíaca produciendo muerte intrauterina del feto o después del nacimiento, si el anillo de comunicación es pequeño por el protruirán órganos de la cavidad celómica de manera mínima por lo que al nacimiento no se observaran anomalías ni síntomas, durante el crecimiento y desarrollo del individuo este anillo empezará a aumentar de tamaño y en dependencia de las presiones empezará a protruir órganos lo cual en dependencia del tamaño de la hernia provocará la aparición de síntomas respiratorios y gastrointestinales. (Bolaños Nava,

2010, pág. 3)

1.6. Manifestaciones clínicas

Dentro de las manifestaciones debemos tomar en cuenta que están en dependencia del tamaño de la hernia, a las 24 horas del nacimiento se producirá disnea, cianosis y una aparente dextrocardia, al examen físico se podrá observar un abdomen excavado, un tórax en tonel además de la disminución de los sonidos ventilatorios (Bolaños Nava, 2010, pág. 3), si el tamaño de la hernia no es considerable no existirán síntomas específicos, estos aparecerán si existe crecimiento del saco herniario derivando en síntomas tales como dolor torácico anterior el cual se exagera con la inspiración profunda, disnea, tos, taquicardia, dispepsia y cuadros de obstrucción intestinal (Beltrán , 2013, pág. 3), se puede clasificar en tres fases la evolución clínica de la hernia diafragmática.

Tabla 1-1: Fases de evolución clínica de la Hernia Diafragmática

Fase Aguda	Fase de Intervalo	Fase de Complicaciones
Dolor abdominal. Otras lesiones asociadas. Inestabilidad hemodinámica. Dificultad respiratoria. Disminución de la ventilación. del lado afectado. Auscultación de ruidos intestinales. intra- torácicos.	Dolor abdominal superior. Disnea o cianosis. Taquicardia. Dolor retroesternal referido hacia el hombro. Disnea exacerbada en posición supina. Matidez a la percusión y disminución de los ruidos pulmonares. Auscultación de ruidos intestinales intratorácicos. Alteraciones en la radiografía de tórax.	Dolor abdominal superior. Disnea o cianosis. Taquicardia. Dolor retroesternal referido hacia el hombro. Disnea exacerbada en posición supina. Matidez a la percusión y disminución de los ruidos pulmonares. Auscultación de ruidos intestinales intratorácicos. Alteraciones en la radiografía de tórax.

Fuente: (Beltrán , 2013) (Presentación tardía de Hernia Diafragmática Revisión de literatura científica)

1.7. Diagnóstico

Gran parte de pacientes es diagnosticado de hernia diafragmática de Morgagni de manera incidental ya sea al realizar una radiografía de tórax o una laparotomía exploratoria en búsqueda de otras entidades además la realización de una tomografía axial computarizada de tórax nos

puede llevar a la observación de esta entidad. (Ruiz Tovar, Morales Catiñeiras , & Martínez, 2010, pág. 3)

1.7.1. Radiografía de tórax

Examen de primera línea en el cual se observara la presencia de patrón masa ocupacional en cavidad torácica lo cual puede ser enmascarado por un derrame pleural, contusión pulmonar o elevación de la cúpula diafragmática, puede existir la presencia de nivel hidroaereo en caso de protruir a través de la hernia el estómago e intestinos. (Beltrán , 2013, pág. 4), Generalmente al efectuar una radiografía de tórax se puede observar una opacidad del ángulo cardiofrénico, generalmente en el lado derecho cuando el saco herniario se encuentra ocupado por el hígado, y si el contenido no es homogéneo es debido a la presencia de asas intestinales con contenido aéreo. (Chungara Villapando, 2017, pág. 1)

Se puede además mencionar criterios radiológicos para diagnóstico de hernia diafragmática los cuales se encuentran dentro de la Tabla 2-1.

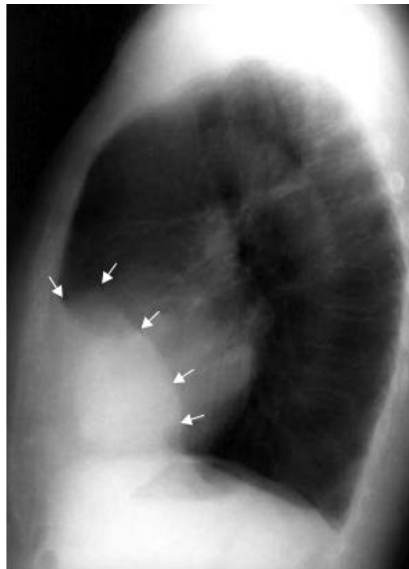


Figura 3-1: Radiografía lateral de tórax con presencia de masa en ángulo cardiofrénico retroesternal.

Fuente: (Ruiz Tovar, Morales Catiñeiras , & Martínez, 2010)

Tabla 2-1: Signos y criterios radiológicos de Hernia Diafragmática

Presencia de sonda nasogástrica en el tórax
Sombras en arco en hemitórax

Asas de intestino dentro del tórax
Signo de collar
Derrame pleural
Neumotórax
Niveles hidroaereos
Elevación y distorsión de la línea diafragmática

Fuente: (Beltrán , 2013) (Presentación tardía de Hernia Diafragmática Revisión de literatura Científica

1.6.2. Enema de Bario

Examen de ayuda diagnóstica en el cual se describen tres tipos de patrones de llenado gástrico o colónico: el primero en el cual el paso libre del material de contraste delinea los órganos herniados, el segundo en el cual existe llenado del segmento más cercano a la fuente de bario con llenado del órgano herniado observándose la obstrucción distal y el tercero en el cual existe llenado únicamente en el segmento más cercano a la fuente de bario sin llenado del órgano herniado. (Madriz Meza & Jaén Hernández, 2008, pág. 3)



Figura 4-1: Estudio con enema de bario en donde se observa el colon en la cavidad torácica izquierda, con herniación y desplazamiento de la cámara gástrica.

Fuente: (Olivares Becerra, y otros, 2006, pág. 3)

1.6.3. Tomografía axial computarizada de tórax

Con una sensibilidad del 61% al 80 % además nos permite observar el contenido herniario y la presencia de necrosis gástrica, perforación de estómago, neumotórax, derrame pleural y el signos de Collar el cual aparece en casos de encarcelamiento del órgano herniado (Beltrán , 2013, pág. 5)

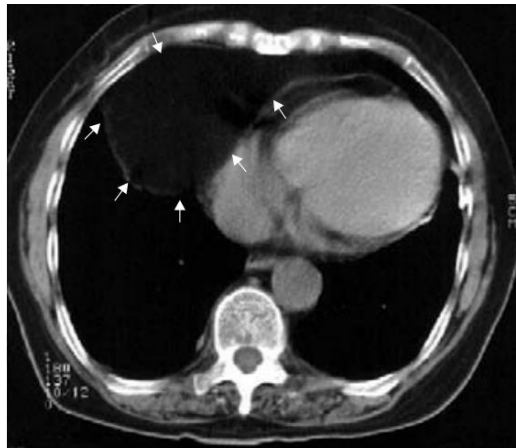


Figura 5-1: TAC de tórax, epiplón mayor en cavidad torácica.

Fuente: (Beltrán , 2013)

1.7. Tratamiento

Durante las décadas 80 a 90 se propuso el tratamiento de estas hernias dentro del útero buscando un correcto desarrollo pulmonar pero esta práctica aumentaba el número de partos prematuros por lo que se discontinuó esta práctica. (Tapias, Tapias Vargas, & Tapias Vargas, 2010)

En la actualidad el tratamiento de elección es el quirúrgico pero este debe solo realizarse en pacientes que manifiestan sintomatología, la vía para el abordaje es mediante una laparotomía media supraumbilical pero existen casos en los cuales esta incisión se puede extender hacia el tórax en caso de que exista adherencias para una mejor disección (Beltrán , 2013, pág. 7)

En la mayoría de casos se realiza una reparación primaria en la cual el diafragma es suficiente para aproximar si tensión, se realizara una herniorrafia en el caso de que la cúpula diafragmática sea deficiente acompañado del uso de una malla protésica o colgajo de musculo (De la Hoz Mendoza & Santana Fontalvo, 2017, pág. 6)

En el caso de cirugía laparoscópica esta es mínimamente invasiva además el tiempo de recuperación es rápido, en esta se realizara varios puertos en la pared abdominal para manejo de trócares, cámara y cámara de gas, el cirujano se debe colocar entre las piernas del paciente, una vez dentro de la cavidad abdominal se procederá a disecar el saco herniario, se reducirá los órganos y en dependencia del tamaño del orificio herniario generalmente con un diámetro mayor a 2cm se implantara malla protésica, además en el caso de existir necrosis gástrica se procederá a disecar el estómago y se realizara una anastomosis de esófago y yeyuno. (Beltrán , 2013, pág. 8)

2. PRESENTACION DEL CASO

Paciente de 54 años de edad, masculino, mestizo, casado, instrucción superior completa, ocupación médico veterinario, nacido en Ibarra-Imbabura, reside de forma ocasional en San Miguel-Bolívar. Sin antecedentes patológicos personales - familiares.

El día 11 de abril del 2018; acude a facultativo particular en la ciudad de Guaranda, con sintomatología caracterizada por una evolución de 15 días de dolor abdominal a nivel de epigastrio tipo cólico de moderada intensidad de aparición insidiosa 5/10 en la Escala Visual Analógica (EVA), acompañada de vómitos de contenido alimenticio por 8 ocasiones en moderada cantidad con el cual no calma el dolor, además de disfagia intermitente.

Facultativo tras revisión administra medicamentos de tipo analgésico, cediendo temporalmente la sintomatología tras lo cual recomienda realizar estudios diagnósticos de imagen y laboratorio. Paciente al no encontrar mejoría decide acudir al Hospital del IESS Guaranda, con reporte de estudio de imagen.

Signos Vitales

Tensión Arterial	100/60
Frecuencia Cardíaca	80
Frecuencia Respiratoria	22
Temperatura axilar	37,2
Saturación de Oxígeno	94% al aire ambiente

Medidas antropométricas

Peso	79 kg
Talla	165 cm
IMC	29 (sobrepeso)

2.2 Examen Físico

Paciente consciente orientado en tiempo espacio y persona, deshidratado, fascie álgica, biotipo constitucional pícnico.

Ojos: pupilas isocóricas normoreactivas a la luz y acomodación.

Boca: Mucosas orales semihúmedas, piezas dentales en regular estado, lengua saburral geográfica.

Cuello: movilidad conservada no se palpa adenopatías, Tiroides: OA

Tórax: simétrico expansibilidad conservada.

Corazón: ruidos cardiacos rítmicos con el pulso, no se ausculta soplos.

Pulmones: murmullo vesicular conservado.

Abdomen: blando, globoso, depresible doloroso a la palpación profunda en epigastrio, punto de

Murphy negativo, no visceromegalias., ruidos hidroaereos aumentados.

Extremidades: simétricas no edemas pulsos radiales y pediales presentes.

2.3. Exámenes Complementarios

2.3.1. Laboratorio

Tiempos

Tiempo de protrombina (TP).....: 12.0

Tiempo de tromboplastina (TTP)....: 29.0

Biometría hemática

Leucocitos.....: 8.10

Plaquetas.....: 280.000

Monocitos %.....: 3.0

Eosinófilos %.....: 1.0

Hemoglobina.....: 17.5

Linfocitos %.....: 33.0

Neutrófilos %.....: 63.0

Hematocrito.....: 53.0

Grupo sanguíneo ABO/RH

Grupo sanguíneo.....: "O"

Factor RH.....: Positivo

Química sanguínea

Glucosa.....: 88.30

Bilirrubina directa.....: 0.18

Bilirrubina indirecta.....: 0.31

Bilirrubina total.....: 0.49

Aspartato aminotransferasa: 24

Fosfatasa-alcalina.....	: 102
Nitrógeno Ureico.....	: 30
Creatinina.....	: 1.0

2.3.2. Ecografía de abdomen

No dilatación de vías biliares intra ni extrahepáticas, colédoco mide 0,6cm no se observa litos en su interior, vesícula distendida de paredes engrosadas mide 4,4mm en su interior imagen hiperecoide que mide 14,9mm y que genera sombra posterior localizada en cuello vesicular, páncreas, bazo y retroperitoneo sin patología aparente.

Conclusión: colecistitis aguda, litiasis vesicular, gastropatía.

2.3.3. Radiografía de tórax



Figura 6 1-2: Radiografía de Tórax, presencia de masa en mediastino con nivel hidroaéreo.

Fuente: Hospital IESS Guaranda.

2.3.4. Tomografía Axial Computarizada Contrastada de Tórax

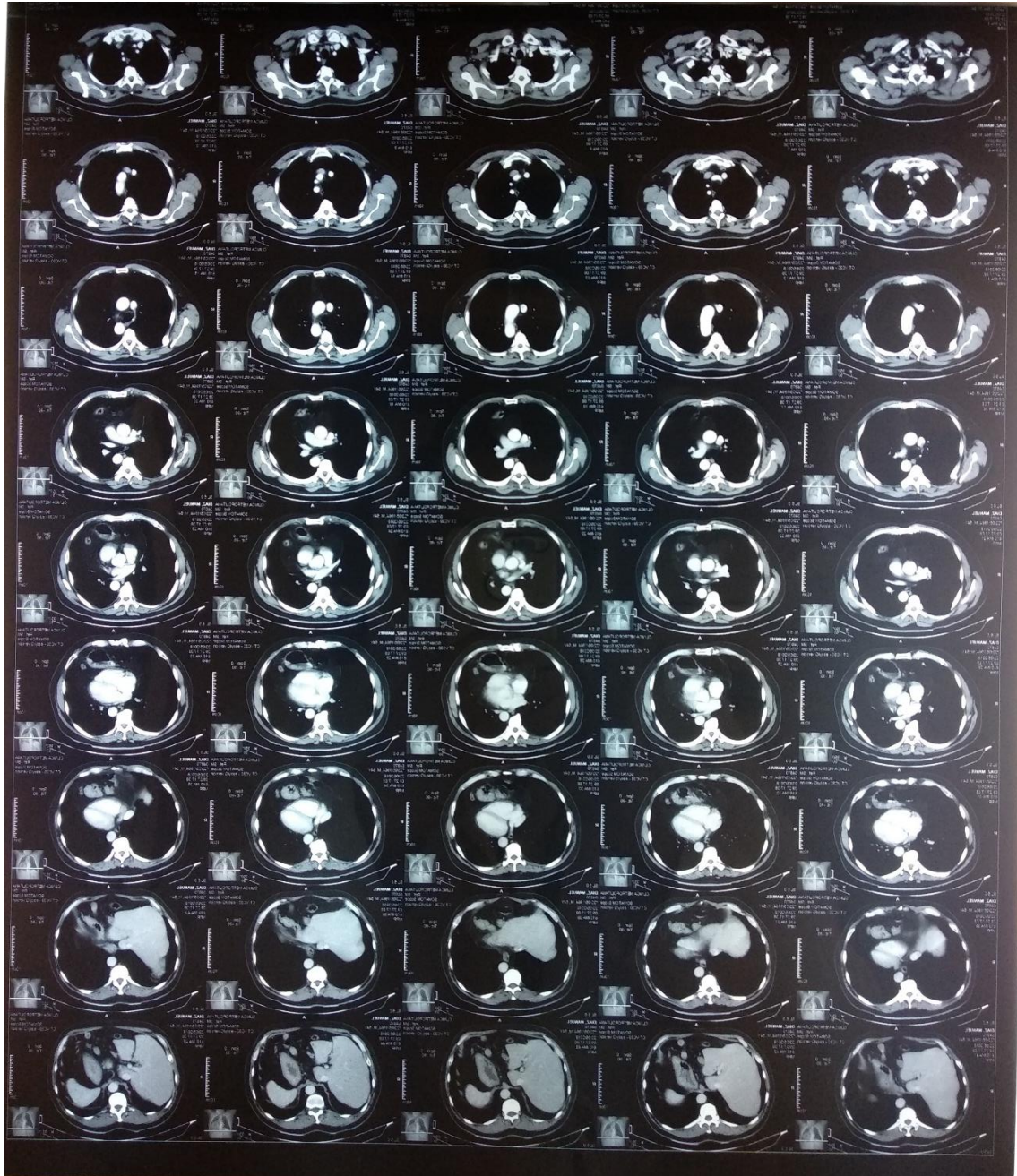


Figura 7 2-2 TAC contrastada de tórax en la que se puede observar masa en mediastino.

Fuente: Hospital IESS Guaranda.

Reporte: Se realiza estudio tomográfico contrastado mediante análisis con ventana de mediastino se observa la presencia de una hernia diafragmática izquierda de 6cm de diámetro por la cual

protruye aproximadamente el 50% del estómago y parte del cólon transverso que se introducen en un saco herniario por delante del corazón.

2.4. Análisis

Revisando la literatura sobre la temática de las hernias diafragmáticas de Morgagni, y casos reportados en el Ecuador, es poca la literatura existente o reporte de casos que hayan sido presentados. En el paciente que acudió con cuadro de dolor abdominal, vómitos y disfagia intermitente lo cual corresponde a un síndrome gastrointestinal se confirma con examen ecográfico la impresión diagnóstica de Colelitiasis, se le recomienda tratamiento quirúrgico quien acepta procedimiento, se envía a realizar exámenes complementarios para chequeo prequirúrgico por Cardiología y Medicina Interna, se realiza la radiografía de tórax en el cual evidencia masa ocupacional y nivel hidroaereo en mediastino por médico cardiólogo, quien sugiere una revaloración por cirugía.

En la consulta de Medicina Interna observan en la radiografía de tórax masa ocupacional y nivel hidroaéreo en mediastino quien recomienda realizarse la tomografía axial computarizada contrastada de tórax para definir el diagnóstico.

Paciente es reevaluado por el departamento de cirugía, los cuales revisan TAC contrastada de tórax en la cual reporta la presencia de hernia diafragmática localizada a la izquierda de mediastino la cual contenía el 50% del estómago y parte del cólon motivo por el cual paciente es diagnosticado de hernia diafragmática de Morgagni izquierda, con estos antecedentes y al ser un Hospital Básico deciden referir al Hospital Teodoro Maldonado Carbo, Unidad de Salud de tercer nivel para valoración y corrección de patología.

2.5. Nota de Consulta Externa de Cirugía Cardiorácica Hospital Teodoro Maldonado Carbo 12 de Junio del 2018

Paciente masculino de 54 años de edad transferido desde la ciudad de Guaranda por presentar cuadro de dolor retroesternal más dolor abdominal, trae tomografía axial computarizada contrastada de tórax la cual reporta hernia diafragmática de 6 centímetros de diámetro la cual contiene parte de estómago y colon transverso, se indica ingreso a hospitalización.

Plan

- 1.-Nada por vía oral
- 2.-Control de signos vitales.
- 3.-Cuidados de enfermería.
- 4.-Cloruro de sodio 1000ml pasar a 28 gotas por minuto.
- 5.-Omeprazol 40mg intravenoso cada día.
- 6.-Exámenes de laboratorio.
- 7.-Realizar electrocardiograma.
- 8.-Realizar interconsulta con cardiología.
- 9.-Con interconsulta de cardiología revaloración.
- 10.-Novedades.

Diagnóstico Definitivo: K44 Hernia Diafragmática.

2.6. Interconsulta por Cardiología el 13 de Junio del 2018

Motivo de ingreso: hernia diafragmática de Morgagni en plan quirúrgico.

Al momento de la valoración estable, no refiere disnea, no signos de fallo de bomba no datos de congestión venosa periférica.

Signos Vitales

Tensión Arterial	120/80
Frecuencia Cardiaca	75
Respiraciones	22

Examen Físico

Campos pulmonares ventilados.

Ruidos cardiacos rítmicos no soplos.

Electrocardiograma: sinusal no datos de isquemia aguda.

Nota:

1. Riesgo cardiovascular en la Escala de Goldman para cirugía no cardiaca grado I-II/IV.

Se sugiere:

- 1.- Monitorización continua.
- 2.- Medias antiembólicas.
- 3.- Indicaciones de especialidad.

Diagnóstico Definitivo: K44 Hernia Diafragmática.

2.7. Valoración Preanestésica 14 de junio del 2018

Paciente masculino de 54 años de edad quien niega alergias, asma, diabetes, hipertensión arterial, convulsiones.

Niega tomar medicación por alguna otra patología.

Antecedentes quirúrgicos: ninguno.

Valoración cardiológica sin contraindicaciones.

Programado para herniorrafia diafragmática.

Anestesia propuesta: anestesia general total intravenosa.

Paciente ASA I (paciente sano)

Diagnóstico Definitivo: K44 Hernia Diafragmática

2.8. Ingreso a Quirófano 1 Evolución Anestesia 14 de junio del 2018

Monitorización: Saturación de O₂, CO₂, Oxígeno a 2 litros por minuto. Electrocardiograma

Se canaliza vena en miembro superior izquierdo, catéter n°18, lactato de ringer 1000 ml (2).

Equipo de Venocllisis (3). Jeringuillas 60 ml (2), llaves de 3 vías (4).

09:15 anestesia general total intravenosa propofol frasco 20 ml (9), remifentanilo 5 mg. (3 mg), rocuroni 40+10+10+10+10 mg., buprenorifina 0.3 mg., dexametasona 8 mg., Ranitidina 50 mg., ondasetron 8 mg., ketorolaco 60 mg., paracetamol 1g., cefazolina 1g. Atropina 1 mg., neostigmina 2 mg, bupivacaina 0.75% 10 ml(2). Intubación o/t: rápida, tubo e/t 7.5 mm. Laringoscopio hoja número 3.

09:25 inicio de intervención quirúrgica.

13:10 fin de intervención quirúrgica.

1320 egresa de quirófano 1 extubado, consciente, estable, ventilación espontanea. Es derivado piso en iguales condiciones. Ningún evento adverso que reportar.

Diagnóstico Definitivo: K44 Hernia Diafragmática.

2.9. Protocolo Operatorio 14 de Junio de 2018

PROTOCOLO POSTOPERATORIO

Diagnostico preoperatorio: hernia diafragmática de Morgagni.

Diagnostico postoperatorio: hernia diafragmática de Morgagni.

Operación proyectada: herniorrafia diafragmática.

Operación realizada: herniorrafia diafragmática.

Team Cirugía

Cirujano: *****

Primer ayudante: *****

Instrumentista: *****

Circulante: *****

Anestesiólogo: *****

Ayudante anestesiología: *****

Hora de inicio: 09:25

Hora de terminación: 13:10

Tipo de anestesia: general total intravenosa

Tiempos quirúrgicos

Diéresis:

Diéresis 1: Esternotomía mediana de 10 cm de longitud

Diéresis 2: Supraumbilical con técnica de Hasson 10 mm

Diéresis 3: Línea media claviclar subcostal derecha 5 mm

Diéresis 4: Línea media claviclar subcostal izquierda 5 mm

Diéresis 5: Subcostal paramediano 5mm

Se insufla la cavidad de 3 a 5 litros por minuto hasta alcanzar 14-15 mmHg de presión intra abdominal

Exposición: manual e instrumental.

Hallazgos:

- 1.-Hernia diafragmática de 4cm de diámetro con múltiples adherencias hacia pericardio la cual contiene en su interior porción de estómago y colon transverso.
- 2.-Múltiples adherencias entre fondo gástrico y colon trasverso.

Procedimiento quirúrgico:

1. Anestesia general.
2. Asepsia y antisepsia.
3. Colocación de campos quirúrgicos.
4. Diéresis descrita.
5. Apertura por planos.
- 6.-Insuflación de neumo.
- 7.-Colocación de trócares.
- 8.-Identificación de hallazgos quirúrgicos.
- 9.-Individualización de proceso herniario, saco herniario y su contenido.
- 10.-Apertura del saco herniario, identificación de su contenido y devolución del mismo a la cavidad abdominal.

- 11.-Reparación de pared diafragmática con prolene 1/0.
- 12.-Colocación de dren tubular.
- 13.-Colocación de tubo de tórax.
- 14.-Control de hemostasia y limpieza de zona intervenida.
- 15.-Aproximación de tejido celular subcutáneo con vicryl 2/0.
- 16.-Cierre de piel con puntos sueltos de nylon 2/0
- 17.-Cierre de puertos laparoscópicos con Nylon 3/0.

Complicaciones: ninguna.

Sangrado: escaso.

Drenes: Si.

Diagnóstico Definitivo: K44 Hernia Diafragmática.

2.10. Nota de Sala de Recuperación 14 de Junio de 2018

Cirugía Realizada: Herniorrafia Diafragmática.

Paciente en postoperatorio inmediato por herniorrafia diafragmática. Al momento despierto, consciente, orientado, álgico, hemodinamicamente estable.

Tórax: Apósitos secos, dren y tubo de tórax escasa producción. Dolor a los movimientos de inspiración, corazón rítmico, pulmones: murmullo vesicular conservado, abdomen no doloroso.

Tensión arterial: 148/82 Frecuencia cardiaca: 73 Saturación de oxígeno: 100%.

Indicaciones:

- 1.-Medidas generales.
2. Nada por vía oral.
3. Monitorización de signos vitales.
4. Cuidados de enfermería.
5. Control de apósitos.
6. Control y cuantificación de dren.
7. Control y cuantificación de tubo de tórax.
8. Control de diuresis.
9. Oxigenoterapia.

Medicación:

10. Solución salina 0.9% 1000 ml pasar intravenoso a 84ml/h.
11. Ceftriaxona 1 gramo intravenoso cada 12 horas.
12. Omeprazol 40mg intravenoso cada día.
13. Ketorolaco 60 mg intravenoso cada 8 horas.
14. Tramadol 100 mg intravenoso cada 12 horas.

15. Metoclopramida 10mg intravenoso cada 12 horas.

16.-Comunicar Novedades.

Diagnóstico Definitivo: K44 Hernia Diafragmática

2.11. Evolución diurna en Hospitalización Cirugía 15 de junio del 2018

Paciente de 54 años de edad en sus primeras horas post toracotomía más herniorrafia al momento, vigil, consciente, orientado, eupneico con saturación del 96% sin soporte de oxígeno. Refiere dolor de leve intensidad en sitio quirúrgico. Ha permanecido afebril, hemodinamicamente estable. Tubo de tórax permeable con producción de 120 ml liquido serohemático, oscilaciones y ausencia de burbujeo.

Sitio operatorio con apósitos secos.

Plan:

- 1.- Dieta general más líquidos.
- 2.- Control de signos vitales cada 6 horas.
- 3.- Control de producción del tubo de tórax cada 24 horas.
- 4.- Ejercicios respiratorios con trifold.
- 5.- Curación cada día.
- 6.- Control de apósito y sangrado.
- 7.- No clampear tubo de tórax mantener reservorio en el piso.

Medicación:

- 1.- Sodio cloruro al 0.9% pasar 1000 ml en 24 horas.
- 2.- Ketorolaco 30 mg iv cada 8 horas.
- 3.- Tramadol 100 mg si es necesario.
- 4.- Radiografía de tórax de control.

Diagnóstico Definitivo: K44 Hernia Diafragmática

2.12. Evolución nocturna en Hospitalización Cirugía 15 de junio del 2018

Paciente de 54 años de edad en sus primeras horas post toracotomía más herniorrafia izquierda al momento, vigil, consciente, orientado, eupneico con saturación del 96% sin soporte de oxígeno. Refiere dolor de leve intensidad en sitio quirúrgico ha permanecido afebril, hemodinamicamente estable.

Diagnóstico Definitivo: K44 Hernia Diafragmática

2.13. Evolución diurna en Hospitalización Cirugía 16 de junio del 2018

Paciente de 54 años de edad en su segundo día post toracotomía más herniorrafia izquierda al momento, vigil, consciente, orientado, eupneico con saturación del 96% sin soporte de oxígeno. Refiere dolor de leve intensidad en sitio quirúrgico ha permanecido afebril, hemodinamicamente estable. Tubo de tórax permeable con producción de 150 ml de líquido serohemático, oscilaciones y ausencia de burbujeo.

Sitio operatorio con apósitos secos.

Plan:

- 1.- Dieta general más líquidos.
- 2.- Control de signos vitales cada 6 horas.
- 3.- Control de producción del tubo de tórax cada 24 horas.
- 4.- Ejercicios respiratorios con triflow.
- 5.- Curación de herida cada día.
- 6.- Control de apósito y sangrado.
- 7.- No clampear tubo de tórax.
- 8.- Mantener reservorio en el piso.

Medicación:

- 1.- Sodio cloruro al 0.9% pasar 1000 ml en 24 horas.
- 2.- Ketorolaco 60 mg intravenoso cada 12 horas.
- 3.- Paracetamol 1gr intravenoso cada 8 horas.
- 4.- Novedades.

Diagnóstico Definitivo: K44 Hernia Diafragmática

2.14. Evolución nocturna en Hospitalización Cirugía 16 de junio del 2018

Paciente de 54 años de edad en su segundo día post toracotomía más herniorrafia diafragmática izquierda al momento, vigil, consciente, orientado, eupneico con saturación del 96% sin soporte de oxígeno. Refiere dolor de leve intensidad en sitio quirúrgico.

Ha permanecido afebril, hemodinamicamente estable. Tubo de tórax permeable se realiza curación.

Diagnóstico Definitivo: K44 Hernia Diafragmática

2.15. Evolución diurna en Hospitalización Cirugía 17 de junio del 2018

Paciente de 54 años de edad en su tercer día post toracotomía más herniorrafia diafragmática

izquierda al momento, vigil, consciente, orientado, eupneico con saturación del 96% sin soporte de oxígeno. Refiere dolor de leve intensidad en sitio quirúrgico.

Ha permanecido afebril, hemodinamicamente estable. Tubo de tórax permeable con debito de 170 ml liquido serohemático, oscilaciones y ausencia de burbujeo.

Sitio operatorio con apósitos secos.

Plan:

- 1.- Dieta general más líquidos.
- 2.- control de signos vitales cada 6 horas.
- 3.- Control de producción del tubo de tórax cada 24 horas.
- 4.- Ejercicios respiratorios con triflow.
- 5.- Curación diaria.
- 6.- Control de apósito y sangrado.
- 7.- Favor no clampear tubo de tórax.
- 8.- Mantener reservorio de tubo torácico en el piso.

Medicación:

- 1.- Sodio cloruro al 0.9% pasar 1000 ml en 24 horas.
- 2.- Ketorolaco 60 mg intravenoso cada 12 horas.
- 3.- Paracetamol 1gr intravenoso cada 8 horas.
- 4.- Novedades.

Diagnóstico Definitivo: K44 Hernia Diafragmática

2.16. Evolución nocturna en Hospitalización Cirugía 17 de junio del 2018

Paciente de 54 años de edad en su tercer día post toracotomía más herniorrafia izquierda al momento, vigil, consciente, orientado, eupneico con saturación del 96% sin soporte de oxígeno.

Refiere dolor de leve intensidad en sitio quirúrgico.

Ha permanecido afebril, hemodinamicamente estable. Tubo de tórax permeable se realiza curación

Diagnóstico Definitivo: K44 Hernia Diafragmática

2.17. Evolución diurna en Hospitalización Cirugía 18 de junio del 2018

Paciente de 54 años de edad en su cuarto día post toracotomía más herniorrafia izquierda al momento, vigil, consciente, orientado, eupneico con saturación del 96% sin soporte de oxígeno.

Refiere dolor de leve intensidad en sitio quirúrgico.

Ha permanecido afebril, hemodinamicamente estable. Tubo de tórax permeable con debito de 170 ml de líquido serohemático, oscilaciones y ausencia de burbujeo.

Sitio operatorio con apósitos secos.

Plan:

- 1.- Dieta general más líquidos.
- 2.- Control de signos vitales cada 6 horas.
- 3.- Control de producción del tubo de tórax cada 24 horas.
- 4.- Ejercicios respiratorios con triflow.
- 5.- Curación PRN.
- 6.- Control de apósito y sangrado.
- 7.- Favor no clampear tubo de tórax.
- 8.- Mantener reservorio en el piso.

Medicación:

- 1.- Sodio cloruro al 0.9% pasar 1000 ml en 24 horas.
- 2.- Ketorolaco 60 mg intravenoso cada 12 horas.
- 3.- Paracetamol 1gr intravenoso cada 8 horas.
- 4.- Novedades

Diagnóstico Definitivo: K44 Hernia Diafragmática

2.18. Evolución nocturna en Hospitalización Cirugía 18 de junio del 2018

Paciente de 54 años de edad en su cuarto día post toracotomía más herniorrafia izquierda al momento, vigil, consciente, orientado, eupneico con saturación del 96% sin soporte de oxígeno.

Refiere dolor de leve intensidad en sitio quirúrgico.

Ha permanecido afebril, hemodinamicamente estable. Tubo de tórax permeable se realiza curación.

Diagnóstico Definitivo: K44 Hernia Diafragmática

2.19. Evolución diurna en Hospitalización Cirugía 19 de junio del 2018

Paciente de 54 años de edad en su quinto día post toracotomía más herniorrafia izquierda al momento, vigil, consciente, orientado, eupneico con saturación del 96% sin soporte de oxígeno.

Refiere dolor de leve intensidad en sitio quirúrgico ha permanecido afebril, hemodinamicamente Estable. Tubo de tórax permeable con debito de 150 ml liquido serohemático, oscilaciones

presentes y ausencia de burbujeo.

Drenaje abdominal con débito en guante de 70 ml líquido hemático en las últimas 24 horas. Sitio operatorio con apósitos secos.

Plan: deambulación asistida y fisioterapia respiratoria enérgica.

Indicaciones

- 1.- Dieta general más líquidos.
- 2.- Control de signos vitales cada 6 horas.
- 3.- Control de producción del tubo de tórax cada 24 horas.
- 4.- Ejercicios respiratorios con triflow.
- 5.- Curación PRN.
- 6.- Control de apósito y sangrado.
- 7.- Favor no clampear tubo de tórax.
- 8.- Mantener reservorio en el piso.
- 9.- Control de producción del dren abdominal.

Medicación:

- 1.- Sodio cloruro al 0.9% pasar 1000 ml en 24 horas.
- 2.- Ketorolaco 60 mg intravenoso cada 12 horas.
- 3.- Paracetamol 1gr intravenoso cada 8 horas.
- 4.- Novedades.

Diagnóstico Definitivo: K44 Hernia Diafragmática

2.20. Nota de alta en Hospitalización Cirugía 19 de junio del 2018

Paciente de 54 años de edad en su quinto día post toracotomía más herniorrafia izquierda al momento, vigil, consciente, orientado, eupneico con saturación del 96% sin soporte de oxígeno. Refiere dolor de leve intensidad en sitio quirúrgico ha permanecido afebril, hemodinamicamente Estable, buena mecánica ventilatoria, motivo por el cual se decide el egreso de la Unidad de Salud y control por consulta externa.

Medicación: Ciprofloxacina 500 mg vía oral cada 12 hora por 7 días.

Diclofenaco 50 mg vía oral cada 12 horas por 7 días.

Omeprazol 20 mg vía oral cada 12 horas por 7 días.

Diagnóstico Definitivo: K44 Hernia Diafragmática

2.21. Exámenes Complementarios de Egreso

2.21.1. Laboratorio

Tiempos

Tiempo de protrombina (TP).....: 12.2

Biometría Hemática

Leucocitos (WBC).....: 5.69

Hemoglobina (HGB).....: 14.4

Hematocrito (HCT).....: 42.3

Volumen corp. medio (MCV).....: 85.6

Conc.media hemog. (MCH).....: 29.1

Conc.corp.media (MCHC) de hemo...: 34.0

Volumen Medio Plaquetario (MPV)...: 9.2

Monocitos.....: 0.53

Eosinófilos.....: 0.35

Linfocitos.....: 1.99

Neutrófilos.....: 2.80

Basófilos.....: 0.02

Plaquetas.....: 259000

Recuento de glóbulos rojos.....: 4.94

Monocitos %.....: 9.3

Eosinófilos %.....: 6.2

Linfocitos %.....: 35.0

Neutrófilos %.....: 49.1

Basófilos %.....: 0.4

Química

Cloro.....: 107

Potasio.....: 4.53

Sodio.....: 142

Globulina.....: 2.10

Proteínas totales.....: 5.7

Albumina.....: 3.6

2.21.2. Radiografía de Tórax de control

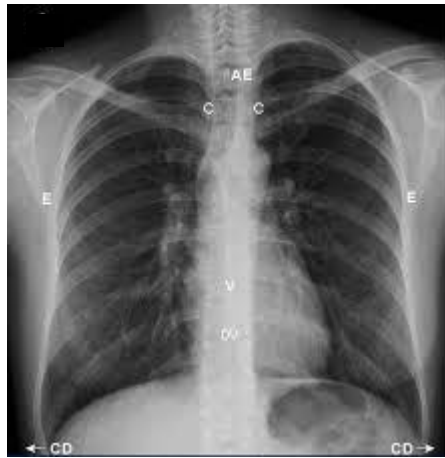


Figura 8 3-2: Radiografía de Tórax de control normal.

Fuente: Hospital Iess Guaranda.

3. SEGUIMIENTO

3.1 Nota de evolución por consulta externa de Cirugía 30 de julio del 2018

Signos Vitales

Tensión Arterial	110/60
Pulso	78
Frecuencia Respiratoria	20

Medidas antropométricas

Peso	78
Talla	1.62
IMC	29.7

Paciente de 53 años con antecedentes de valoración por cirugía general en primera instancia por hernia diafragmática, es intervenido por cirugía cardiotorácica acude a control, indica prurito en sitios quirúrgicos.

Examen Físico

Paciente: Tranquilo, orientado, hidratado.

Cabeza: Normocefálica.

Boca: Mucosas orales húmedas.

Ojos: Pupilas isocóricas fotoreactivas.

Nariz: Pirámide nasal normal.

Cuello: No se palpa adenopatías, no se palpa masas.

Tórax: Simétrico, expansibilidad conservada, presencia de herida de aproximadamente 10 cm en buen estado.

Corazón: Ruidos cardiacos rítmicos con el pulso no soplos.

Pulmones: Murmullo vesicular conservado.

Abdomen: Ruidos hidroaereos presentes blando depresible no doloroso a la palpación superficial ni profunda, heridas de puertos quirúrgicos en buen estado.

Extremidades: Simétricas móviles no edemas, marcha eubásica.

Indicaciones:

1. Reducción de peso.
2. Novedades.

Diagnóstico Definitivo: K44 Hernia Diafragmática.

PERCEPCIÓN DEL PACIENTE

Paciente masculino de 54 años de edad el cual fue intervenido quirúrgicamente mediante herniorrafia por antecedente de Hernia Diafragmática de Morgagni fue hospitalizado durante 5 días, no hubo complicaciones, al momento paciente se encuentra tranquilo no refiere sintomatología.

DISCUSIÓN

En el año 1769 la hernia diafragmática de Morgagni fue descrita por primera vez, este tipo de hernia es la menos frecuente siendo del 3% al 5% de hernias diafragmáticas, debemos tomar en cuenta que la aparición de este tipo de hernias es predominante del lado derecho del mediastino debido a que el lado izquierdo está presente el pericardio (Rodríguez Hermosa, y otros, 2013, pág. 1), en nuestro caso la aparición fue del lado izquierdo del mediastino.

Durante la niñez este tipo de hernia contiene epiplón, con el pasar del tiempo el orificio herniario aumenta de tamaño permitiendo el paso de los órganos desde la cavidad abdominal como fue nuestro caso no existía sintomatología pero con el pasar de los años ha aumentado de tamaño provocando aparición de síntomas gastrointestinales.

Un 30% de hernias de Morgagni son asintomáticas (Pérez Ponce, Baley Spindel , Martínez Coria, Menjivar Rivera, & Gómez Alvarado , 2017, pág. 1), en el caso presentado el hallazgo de la patología se da de forma incidental debido a un diagnóstico previo de coledocitis, al momento de realizar un chequeo prequirúrgico por cardiología.

Esta patología es muy infrecuente en la edad adulta, el tratamiento de elección es el quirúrgico abarcando la vía abdominal o la torácica en dependencia del tamaño del saco herniario (Beltrán , 2013, pág. 7). A diferencia de la intervención quirúrgica realizada en este caso, por las dos vías debido a las adherencias que presentaba el saco herniario, además de la importante vascularización de los órganos que se encontraban en su interior.

La actitud terapéutica dependerá de las circunstancias individuales de cada paciente, de la existencia o no de clínica acompañante, del tamaño y localización de la hernia. El tratamiento puede ser conservador, aunque en la mayoría de los casos suele ser quirúrgico por el elevado riesgo de incarceration de las asas herniadas. (Beltrán , 2013, pág. 8). Al paciente se le practicó la cirugía después de 1 mes del diagnóstico debiendo esto ser un riesgo si se produce una incarceration de asas como lo menciona.

La reparación quirúrgica consiste en la reducción del contenido herniario y cierre del orificio hernia con sutura no reabsorbible, cuando el defecto herniario es grande y su orificio mayor a 20 cm se usará malla protésica. (De la Hoz Mendoza & Santana Fontalvo, 2017, pág. 6) en el protocolo quirúrgico utilizado se realizó una herniorrafia con aproximación de los bordes del orificio herniario el cual tenía un diámetro menor a 10 centímetros.

El abordaje por vía laparoscópica es el de elección en la actualidad, permite la reparación del defecto herniario de manera sencilla, este puede ser por vía abdominal o torácica, cuando el abordaje es por vía abdominal se puede realizar una laparotomía media más incisión subcostal bilateral si la hernia es bilateral, en el caso de ser unilateral solo se realiza una laparotomía mediana, si se sospecha de masa en mediastino se debe realizar el abordaje por vía torácica. (Martín Díaz, y otros, 2017, pág. 3), en nuestro caso se realizó la intervención quirúrgica por las dos vías debido al difícil manejo del saco herniario y con el objetivo de cuidar las estructuras contenidas por este.

El tratamiento quirúrgico llevo a la desaparición de los síntomas por los cuales paciente acudía a revisión además se mejoró su calidad de vida y se evitó posibles complicaciones.

CONCLUSIONES

Para realizar un diagnóstico adecuado y preciso de las diversas patologías es importante el manejo multidisciplinario pues en este caso el hallazgo fue incidental en el chequeo prequirúrgico.

La valoración por medio de exámenes complementarios que apoyen el diagnóstico de la hernia diafragmática de Morgagni, es necesario por ser una patología de aparición infrecuente.

El tratamiento quirúrgico de esta patología es inmediato por las complicaciones que puede acarrear esta patología tales como incarceration y derrame pleural.

Se recomienda herniorrafía mediante cirugía laparoscópica como la mejor opción quirúrgica para manejo de esta patología.

BIBLIOGRAFÍA

- Beltrán , M. (2013). Presentación tardía de la hernia diafragmática traumática con necrosis gástrica: revision de la literatura científica. *Revista Colombiana CIR*, 1-10.
- Bolaños Nava, I. (2010). Hernia Diafragmática Congénita. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 1-4.
- Chungara Villapando, J. G. (2017). Hernia de Morgagni. *Sociedad Boliviana de Radiología*, 1-3.
- Collia, E. G. (2009). Anatomía del diafragma. En G. F., *Cirugia digestiva* (págs. 1-15). Buenos Aires.
- De la Hoz Mendoza, I., & Santana Fontalvo, M. (2017). Hernia diafragmática congénita de aparición tardía. *Revista Universidad de Cartagena*, 1-6.
- León Moore, K., Nandan Persaud, T., & Torchia, M. (2013). *Embiología Clínica*. Winnipeg: Elsevier .
- Madriz Meza, W., & Jaén Hernández, J. (2008). Diagnóstico Radiológico de Hernia Diafragmática Traumática. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 1-5.
- Martín Díaz, M., Robayo Soto, P., Plata Pérez, I., Carballo Maes, M., Cantarero Jiménez, B., Calzado Baeza, S., . . . Herrera Fernández, F. (2017). Hernia de Morgagni-Larrey incidental en el adulto: diagnóstico y tratamiento. *Cirugia Andaluza*, 1-3.
- Moreno-Egea, A. (2018). Anatomía quirúrgica de los pilares del diafragma:. *Revista Hispanoamericana de hernia*, 1-6.
- Navarro Garcia, I., Espinoza López, F., Sánchez Pérez, A., Cartañer Ramón, J., Romero Barba, L., Romero Barba, E., & Gálvez Pastor, I. (2013). Hernia de Morgagni en el adulto a proposito de 3 casos. *Elsevier*, 1-2.
- Olivares Becerra, J., Farias Llamas, O., Candelas del Toro , O., Medrano Muñoz, F., Fuentes Orozco, C., & González Ojeda, A. (2006). Hernia Diafragmática Traumática. *Medigraphic*, 1-9.

- Pérez Ponce, Y., Baley Spindel , M., Martínez Coria, T., Menjivar Rivera, Ó., & Gómez Alvarado , R. (2017). Hernia Diafragmática de Morgagni. Manejo Laparoscópico en paciente adulto. Presentación de caso clinico. *Medigraphic*, 1-5.
- Rodriguez Hermosa, J., Tuca Rodríguez, F., Ruiz Feliva, B., Gironés Viláa, J., Roig García, J., Codina Cazadora, A., . . . Acero Fernández, D. (2013). Hernia diafragmatica de morgagni en el adulto. *Scielo*, 1-6.
- Ruiz Tovar, J., Morales Catiñeiras , V., & Martínez, E. (2010). Diagnóstico y Tratamiento quirúrgico de la hernia de Morgagni. *Medigraphic*, 1-4.
- Tapias, L., Tapias Vargas, L., & Tapias Vargas, F. (2010). Hernias Diafragmáticas un desafío clinico y quirúrgico. *Revista Colombiana CIR*, 1-11.
- Varela, D. P. (2018). Hernias de la pared abdominal. *Clinicas quirúrgicas de la facultad de medicina Universidad de Uruguay*, 1-6.
- Vinueza James , F., De los Monteros , r., Obando Pozo, j., & Mahnaz, M. (2015). Hernia Diafragmática de Morgagni: Reporte de un caso. *Revista Ecuatoriana de Pediatría*, 28-31.

ANEXOS

Anexo A: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo... Manuel Jesús Díaz Rosero con N.- de Cédula de identidad 100.147.266-9 doy mi consentimiento para la utilización de información sobre mi historia clínica concerniente a mi estadia debida a mi patología clínica y quirúrgica en el Hospital Básico Guaranda que se publicara en ESPOCH, número, manuscrito y autor. Entendiendo que el texto, las imágenes o videos publicados en el artículo estarán disponibles en internet y puede ser visto por el público en general.

Las imágenes, videos y texto también pueden aparecer en otros sitios web o en la impresión, puede ser traducido a otros idiomas o utilizado con fines educacionales se me ha ofrecido la oportunidad de leer el manuscrito.

La firma en este formulario de consentimiento no quita mis derechos a la privacidad.

Nombre del paciente... Manuel J. Díaz R.

Firma del paciente... 

Fecha... 03/05/2018