

Obstrucción colónica secundaria a hernia de Morgagni incarcerada

Javier Chinelli¹, Gustavo Rodríguez²

Corporación Médica de Canelones (COMECA). Canelones, Uruguay

¹ Cirujano de Planta

² Jefe del Servicio de Cirugía

Para citar:

Chinelli J, Rodríguez G. Obstrucción colónica secundaria a hernia de Morgagni incarcerada. *Rev Argent Coloproctol*. 2026;37(2):17-20 doi:10.46768/jz1ctj58

► El material complementario, cuando corresponda, se publica únicamente en formato en línea. Para consultarlo, visite la versión web de la revista: <https://doi.org/10.46768/jz1ctj58>

Recibido: 06-11-2025

Aceptado: 12-05-2026



© 2026 Los autores. Publicado por Revista Argentina de Coloproctología.

Este artículo se distribuye bajo licencia Creative Commons Atribución–NoComercial–SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Correspondencia

Dr. Javier Chinelli:

jchinelli01@gmail.com

Contacto +598 9949 1516

RESUMEN

La hernia de Morgagni en adultos es una entidad infrecuente y representa aproximadamente el 2% de las hernias diafrágicas congénitas. Puede cursar en forma asintomática; cuando presenta manifestaciones clínicas, los síntomas respiratorios son los más frecuentes, aunque también pueden ocurrir complicaciones agudas. El diagnóstico suele ser incidental y la tomografía computarizada es el *gold standard*. El tratamiento es quirúrgico, preferentemente mediante abordaje mínimamente invasivo y en forma electiva, tanto en pacientes sintomáticos como en aquellos con hallazgos incidentales.

Se presenta el caso de un paciente masculino con obstrucción intestinal secundaria a una hernia de Morgagni incarcerada. Se realizó laparotomía exploradora con reducción del colon herniado y reparación del defecto mediante rafia. La evolución postoperatoria fue favorable, sin evidencia de recidiva a los 12 meses de seguimiento.

Palabras clave: obstrucción colónica, hernia de Morgagni, hernia incarcerada

ABSTRACT

Morgagni hernia in adults is a rare entity, accounting for approximately 2% of congenital diaphragmatic hernias. It may be asymptomatic; when clinical manifestations occur, respiratory symptoms are the most common, although acute complications may also develop. Diagnosis is often incidental, with computed tomography considered the gold standard. Surgical repair is recommended, preferably via a minimally invasive approach and on an elective basis, both in symptomatic patients and in those with incidental findings.

We report the case of a male patient presenting with large bowel obstruction secondary to an incarcerated Morgagni hernia. An exploratory laparotomy was performed, with reduction of the herniated colon and primary repair of the defect. The postoperative course was uneventful, with no evidence of recurrence at 12 months of follow-up.

Keywords: large bowel obstruction; Morgagni hernia; incarcerated hernia.

INTRODUCCIÓN

La hernia de Morgagni es una forma poco frecuente de hernia diafrágica congénita, con una incidencia de 0,5/1000 nacidos vivos. Es asintomática hasta en un 30% de los casos;¹ no obstante, en ocasiones puede evolucionar con complicaciones potencialmente graves.

Se origina por un defecto diafrágico congénito a nivel del denominado tabique transversal dorsal, de localización anterior y retroesternal. Representa aproximadamente el 2% de las hernias diafrágicas congénitas.² El lado derecho es el más frecuentemente afectado (hasta en un 90% de los casos), y corresponde a la variante

originalmente descrita por Giovanni Morgagni en 1761. Las formas bilaterales representan alrededor del 8%, mientras que las izquierdas son excepcionales (aproximadamente 2%), probablemente debido al efecto protector del saco pericárdico.

En la actualidad, la tomografía computada (TC) constituye el método diagnóstico *gold standard*.

El objetivo del presente trabajo es reportar un caso cuya particularidad radica en la presentación infrecuente de esta entidad como obstrucción intestinal secundaria a incarceración colónica.

CASO

Se presenta el caso de un paciente masculino de 75 años de edad, con antecedentes de cardiopatía isquémica, que consultó por detención completa del tránsito intestinal y distensión abdominal de 48 h de evolución asociado a disnea de reposo. Al examen físico se observó distensión abdominal

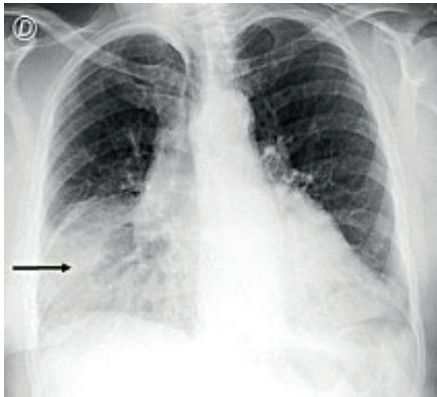


Figura 1. Radiografía de tórax en proyección frontal. La flecha señala una opacidad paracardiaca derecha heterogénea en el hemitórax inferior.

asimétrica, con predominio en el hemiabdomen derecho, timpanismo generalizado y ruidos hidroaéreos aumentados. La radiografía de tórax evidenció una opacidad heterogénea en la mitad inferior del campo pulmonar derecho (Fig. 1). La TC reveló una oclusión colónica en asa cerrada, con un diámetro cecal de 12 cm, secundaria a una hernia de Morgagni con incarceration del colon transverso (Fig. 2)

Dada la marcada distensión abdominal y colónica, se optó por un abordaje laparotómico. En el acto operatorio se confirmó el diagnóstico, identificándose herniación del colon transverso derecho y epiplón mayor, sin signos de isquemia ni perforación. Se procedió a la reducción del contenido herniario y a la resección casi completa del saco herniario (Fig. 3 A y B), Posteriormente, se realizó la rafia del defecto diafragmático, de aproximadamente 6 cm de diámetro, mediante sutura continua de polipropileno 1-0 dejando remanente del saco in situ (Fig. 3 C).

El paciente evolucionó favorablemente por lo que fue externado al tercer día postoperatorio. En el seguimiento, se realizó control radiológico al año (Figura 4), sin evidencia de recidiva herniaria.

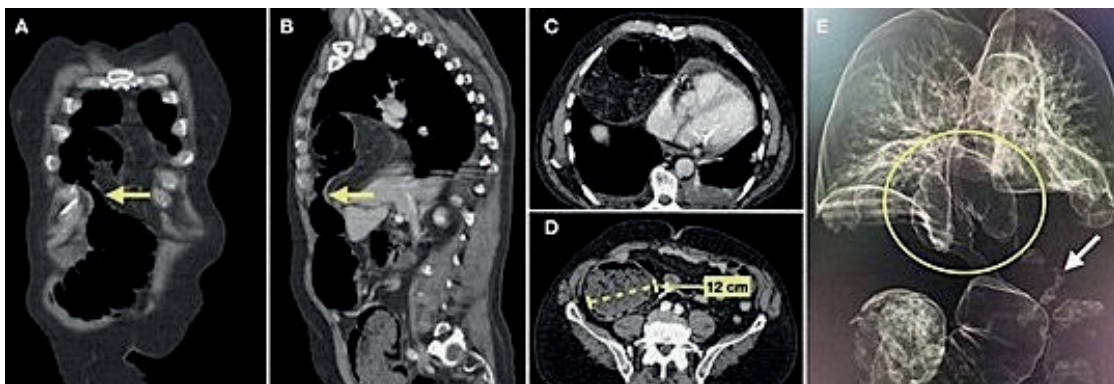


Figura 2. Tomografía computada. Corte coronal (A) y sagital (B) que evidencian el sitio de incarceration (flecha). En los cortes axiales (C y D) se observa la dilatación colónica, con un diámetro cecal máximo de 12 cm. La reconstrucción tridimensional (E) muestra con mayor precisión el punto de incarceration (círculo) y la ausencia de distensión del colon distal (flecha).

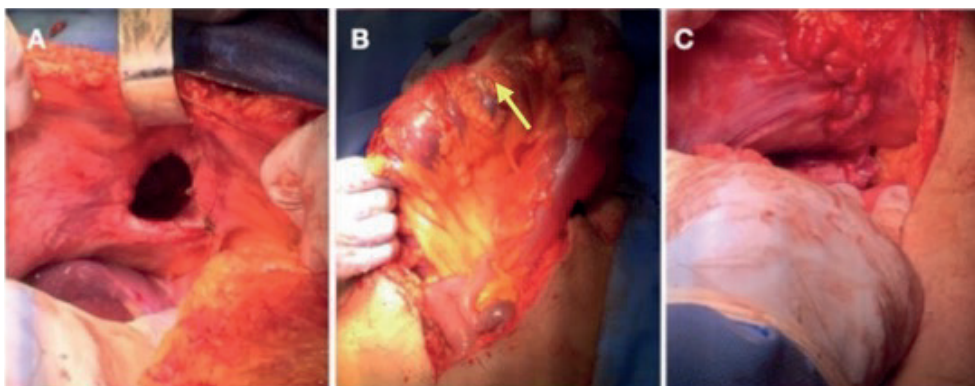


Figura 3. Hallazgos intraoperatorios. A. Defecto diafragmático compatible con hernia de Morgagni. B. Colon transverso herniado con identificación del punto de incarceration (flecha). C. Reparación del defecto mediante rafia con surget de material irreabsorbible.



Figura 4. Control radiológico al año de la cirugía.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de la hernia de Morgagni suele ser incidental durante la realización de estudios de imagen como radiografía de tórax y/o TC.³ En la radiología simple, puede observarse una opacidad heterogénea basal o una imagen hidroaérea en caso de herniación visceral. La evolución natural puede determinar el aumento progresivo del defecto diafragmático y la incorporación de nuevas vísceras al contenido herniario. En orden de frecuencia decreciente se describen epíplon, colon, hígado y estómago.⁴ Esto puede desencadenar sintomatología variable, torácica o abdominal, con predominio de manifestaciones respiratorias, más frecuentemente en la quinta década de la vida.

En casos sintomáticos o complicados, la TC se considera el método diagnóstico de elección, al permitir identificar el contenido herniado y estimar el tamaño del defecto.⁵ El estudio contrastado digestivo estará sujeto a la condición del paciente, aunque resulta prescindible si la TC es de adecuada calidad. El tratamiento quirúrgico está recomendado de forma sistemática debido al riesgo de complicaciones incluso en pacientes asintomáticos.⁶ Sin embargo, esta recomendación puede ser controvertida, especialmente en casos de defectos pequeños con contenido graso o en pacientes añosos o con comorbilidades severas, donde la conducta expectante puede ser una opción aceptable. En pacientes sintomáticos no complicados, el abordaje de elección es el mínimamente invasivo abdominal (laparoscópico o robótico),⁷ con menor agresión parietal respecto del abordaje abierto y sin diferencias relevantes en complicaciones.⁸ En el presente caso se optó por una laparotomía debido al carácter urgente del cuadro clínico, la edad avanzada del paciente, la cardiopatía de base y la significativa distensión colónica, factores que anticipaban potenciales dificultades tanto anestesiológicas como técnicas.

El abordaje torácico es menos utilizado. Por el contrario, el abordaje abdominal resulta preferible, y más adecuado aún en el contexto agudo, ya que permite evaluar la viabilidad del contenido herniado y descartar complicaciones como isquemia o perforación cecal.

Respecto de la reparación del defecto, su elección depende del contexto clínico. Si bien el tamaño del anillo permitió una rafia primaria sin tensión, las mallas irreabsorbibles son una alternativa en defectos mayores, aunque su uso es controvertido por el riesgo de fistulización de vísceras huecas y lesiones durante la fijación, especialmente con la utilización de tackers.⁹ También se ha descrito el uso de cianoacrilato en casos seleccionados.¹⁰

Otras opciones incluyen mallas con doble componente o recubiertas con colágeno. En este caso, la rafia primaria fue adecuada, evitando prolongar el tiempo quirúrgico en un paciente de riesgo. A un año de seguimiento no se evidenció recidiva.

CONCLUSIONES

La incarceration colónica en una hernia de Morgagni constituye una causa infrecuente de obstrucción intestinal del adulto. La tomografía computada es fundamental para su diagnóstico. El tratamiento quirúrgico es de indicación sistemática, especialmente en los casos complicados, y la elección del abordaje debe individualizarse según el contexto clínico, el estado del paciente y las dificultades técnicas previstas.

Contribuciones:

JC: Conceptualización. Metodología. Investigación. Curación de datos. Redacción – borrador original. Redacción – revisión y edición.

GR: Supervisión. Validación. Investigación. Redacción – revisión y edición. Aprobación final del manuscrito.

Declaración de conflictos de interés: Ninguno.

Financiamiento: Ninguno.

Declaración de disponibilidad de datos: Los datos son de acceso público.

ORCID:

Chinelli J: <https://orcid.org/0000-0002-3387-7365>

Rodríguez G: <https://orcid.org/0000-0003-3465-8364>

REFERENCIAS

- Loong TP, Kocher HM. Clinical presentation and operative repair of hernia of Morgagni. *Postgrad Med J*. 2005;81(951):41-4. doi: 10.1136/pgmj.2004.022996.
- Napolitano L, Waku M, Di Fulvio A, Maggi G, Ciarelli F. Diaphragmatic hernia: Report of two cases, classification, and review of literature. *Ann Ital Chir*. 2016;87:422-5.
- Alvite Canosa M, Alonso Fernández L, Seoane Vigo M, Berdeal Díaz M, Pérez Grobas J, Carral Freire M, et al. Hernia de Morgagni incarceration en un adulto. *Rev Esp Enferm Dig*. 2008;100(7): 438-9.

4. Horton JD, Hofmann LJ, Hetz SP. Presentation and management of Morgagni hernias in adults: a review of 298 cases. *Surg Endosc.* 2008;22(6):1413-20. doi: 10.1007/s00464-008-9754-x.
5. Perrone G, Giuffrida M, Annicchiarico A, Bonati E, Del Rio P, Testini M, et al. Complicated diaphragmatic hernia in emergency surgery: systematic review of the literature. *World J Surg.* 2020;44(12):4012-31. doi: 10.1007/s00268-020-05733-6.
6. Giuffrida M, Perrone G, Abu-Zidan F, Agnoletti V, Ansaloni L, Baiocchi GL, et al. Management of complicated diaphragmatic hernia in the acute setting: a WSES position paper. *World J Emerg Surg.* 2023;18(1):43. doi: 10.1186/s13017-023-00510-x.
7. Maes-Carballo M, Martín-Díaz M, Robayo-Soto P, Plata-Perez I, Cantarero-Jiménez B, Calzado-Baeza M, et al. Hernia de Morgagni-Larrey incidental en el adulto: diagnóstico y tratamiento. *Cir Andal* 2017. 28(2): 74-6.
8. Young MC, Saddoughi SA, Aho JM, Harmsen WS, Allen MS, Blackmon SH, et al. Comparison of laparoscopic versus open surgical management of Morgagni hernia. *Ann Thorac Surg.* 2019;107(1):257-61. doi: 10.1016/j.athoracsur.2018.08.021.
9. Rivelli M, Turri G, Conti C, Valdegamberi A, Pedrazzani C. Laparoscopic double mesh repair of a large Morgagni hernia: a video vignette. *J Minim Invasive Surg.* 2023;26(2):93-5. doi: 10.7602/jmis.2023.26.2.93.
10. Hoyuela C, Juvany M, Guillaumes S. Cyanoacrylate for safer mesh fixation during laparoscopic repair of Morgagni hernia. *Ann Thorac Surg.* 2020;109(4):e305-e307. doi: 10.1016/j.athoracsur.2019.10.019.