

Carta al Editor

Comentario sobre: "Hernia diafragmática derecha anterior no traumática, un caso inusual de obstrucción intestinal. Reporte de caso". Vergara Sanchez J, Garat V, Hoffmann B. *Rev Argent Coloproctol.* 2025;36(3):25-27.

Para citar:

Pastore, RLO. Carta al Editor. Comentario sobre: "Hernia diafragmática derecha anterior no traumática, un caso inusual de obstrucción intestinal. Reporte de caso". Vergara Sanchez J, Garat V, Hoffmann B. *Rev Argent Coloproctol.* 2026;37(2):5-6. doi:10.46768/b0rwc234

► 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/b0rwc234>

Recibido: 02-10-2025

Aceptado: 04-10-2025



© 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

Rita L. O. Pastore:
rpastore@intramed.net

Sr. Editor:

Vergara Sánchez et al. describen un caso infrecuente de hernia diafragmática de Morgagni en una paciente nonagenaria que se presentó con oclusión intestinal. La localización derecha, la ausencia de antecedente traumático y la edad avanzada de la paciente otorgan particular interés al caso.

Las hernias diafragmáticas se asocian predominantemente con traumatismos o anomalías congénitas. Por otra parte, las hernias no traumáticas, especialmente en adultos mayores, pueden estar asociadas a factores tales como el debilitamiento y la pérdida de elasticidad del diafragma y del tejido conectivo circundante, relacionados con la edad. Un factor contribuyente es el aumento de la presión intraabdominal causado por tos crónica, obesidad o estreñimiento, más comunes en los ancianos. En los nonagenarios, los síntomas de una hernia diafragmática pueden ser sutiles o confundirse con otras afecciones relacionadas con la edad, como puede ser la dispepsia o problemas respiratorios, lo que puede dificultar el diagnóstico.¹⁻³

En este caso, la manifestación de la hernia como oclusión intestinal llevó a la realización de un estudio tomográfico que permitió establecer el diagnóstico y realizar un tratamiento quirúrgico precoz, evitando así una posible isquemia intestinal que hubiera complejizado el acto operatorio y agravado el pronóstico de la paciente. La resolución de la oclusión intestinal y el reparo del defecto diafragmático fueron realizados con éxito y sin complicaciones. No obstante, resulta pertinente cuestionar la indicación de una colostomía que los autores indicaron por importante distensión del ciego y diverticulosis sigmoidea avanzada. La diverticulosis sigmoidea no complicada no constituye, en sí misma, una indicación de desfuncionalización.⁴ Además, tras la reducción del colon herniado, la distensión cecal podría haberse resuelto con la progresión del contenido intraluminal hacia la zona ldistal mediante maniobras compresivas.

En caso de considerarse riesgosa esta maniobra por la fragilidad de la pared cecal, una cecostomía podría haber cumplido un rol descompresivo con menor morbilidad y mayor facilidad para la reconstrucción del tránsito intestinal. En contraste con la colostomía, la cecostomía tiende a cerrarse de manera espontánea tras la retirada de la sonda, mientras que la reconstrucción del tránsito en pacientes de edad avanzada no siempre resulta factible.

Rita L. O. Pastore
División Cirugía, Sector Coloproctología, Hospital Juan A. Fernández
Buenos Aires, Argentina

REFERENCIAS

1. Prakash P, Krishnan K, Chandran M, Sundar M. Spontaneous acquired diaphragmatic hernia in an elderly female: a case report of abdominal mesh repair and diagnostic challenges. *Cureus*. 2025;17(5):e83376. doi:10.7759/cureus.83376.
2. Rodriguez Hermosa JI, Tuca Rodrigues F, Ruiz Feliu B, Girones Vila J, Roig Garcia J, Codina Cazador A, et al. Diaphragmatic hernia of Morgagni-Larrey in adults: analysis of 10 cases. *Gastroenterol Hepatol*. 2003;26:535–40. doi:10.1016/S0210-5705(03)70408-7.
3. Iso Y, Sawada T, Rokkaku K, Furihata T, Shimoda M, Kita J, et al. A case of symptomatic Morgagni's hernia and a review of Morgagni's hernia in Japan (263 reported cases). *Hernia*. 2006;10:521–4. doi:10.1007/s10029-006-0123-1.
4. Hall J, Hardiman K, Lee S, Lightner A, Stocchi L, Paquette IM, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons clinical practice guidelines for the treatment of left-sided colonic diverticulitis. *Dis Colon Rectum*. 2020;63:728–47.

Contribuciones de la autora:

Conceptualización: RLOP. Redacción – revisión y edición: RLOP.

Declaración de conflictos de interés: Ninguno.

Financiamiento: Ninguno.

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

ORCID:

Rita L. O. Pastore: <https://orcid.org/0000-0001-5240-9068>