

Hernia de Garegeot. A propósito de un caso

De Garegeot´s hernia. Apropos of a case

Dr. Víctor Juan Caraballosa García, Dr. Javier Cabrera Reyes, Dr. Norkis Alonso Domínguez, Dr. Abel Santana González-Chávez, Dra. Idanis Orea Cordero

Hospital Pediátrico Docente Provincial Eliseo Noel Caamaño. Matanzas, Cuba.

RESUMEN

El epónimo hernia De Garegeot queda reservado para describir la presencia del apéndice cecal dentro de un saco herniario crural. Es infrecuente el hallazgo del apéndice dentro del canal femoral, situación que se presenta en el 0.9 % de las hernias femorales. La presencia de apendicitis dentro del canal femoral es una rareza, representando del 0.13 a 0.8% de todos los casos de apendicitis aguda. Se presenta un caso, se describe el cuadro clínico y el tratamiento quirúrgico.

Palabras clave: hernia De Garegeot, apéndice, hernias femorales, presentación de caso.

ABSTRACT

The eponym De Garegeot´s hernia is reserved to describe the presence of the cecal appendix inside a crural hernia sac. It is infrequent to find the appendix inside the femoral canal, location presented in 0.9 % of femoral hernias. The presence of appendicitis inside the femoral canal is a rarity representing from 0.13 to 0.8 % of all the cases of acute appendicitis. A case is presented, and the clinical characteristics and the surgical treatment are described.

Key words: De Garegeot´s hernia, appendix, femoral hernias, case presentation.

INTRODUCCIÓN

Las hernias de la pared abdominal han acompañado al hombre desde su creación, apareciendo su primera alusión en el papiro de Ebers 1560 a.C. El epónimo hernia De Garengeot queda reservado para describir la presencia del apéndice cecal dentro de un saco herniario crural, debiendo su nombre a René Jacques Croissant de Garengeot, cirujano francés que describió un cuadro de apendicitis aguda dentro de una hernia femoral en el año 1731, aunque fue Hevin, en el año 1785, quien realizó la primera apendicectomía en una hernia femoral.¹⁻⁴

Existe una asociación entre este tipo de hernia y la presencia de defectos congénitos.¹

Las hernias femorales son más habituales en mujeres que en hombres, con una relación 2:1. Es infrecuente el hallazgo del apéndice dentro del canal femoral, situación que se presenta en el 0.9 % de las hernias femorales. La presencia de apendicitis dentro del canal femoral es una rareza, representando del 0.13 a 0.8 % de todos los casos de apendicitis aguda.^{1,5}

Resulta de vital importancia hacer un diagnóstico precoz de la entidad e iniciar el tratamiento quirúrgico con apendicectomía a través de un abordaje abdominal o laparoscópico, y el cierre del defecto femoral. No se recomienda el uso de materiales protésicos para el cierre del defecto, pues el proceso inflamatorio e infeccioso del apéndice contraindica su uso, aunque reportes de su uso en apéndices cecales normales o en cuadros de apendicitis agudas no complicadas.¹

De no imponerse un tratamiento adecuado pueden presentarse complicaciones como: absceso, fascitis necrotizante, necrosis del contenido herniario y obstrucción intestinal. En la literatura especializada sólo hay reportes de casos y muy pocas series que hablan de este tipo de hernia, así como de su diagnóstico y tratamiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente blanco, masculino de 72 años de edad, con antecedentes patológicos personales de insuficiencia cardíaca, que acude a Cuerpo de Guardia pues notó un aumento de volumen en región inguinocrural derecha, dolorosa en ocasiones, que apareció tres días posteriores a la realización de un esfuerzo físico. Se acompañó inicialmente de dolor epigástrico intenso y constipación.

Examen físico

Mucosas: Húmedas y normocoloreadas.

Aparato respiratorio: murmullo vesicular conservado, no estertores. Frecuencia respiratoria: 18 x minuto.

Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, no soplos. Frecuencia cardíaca: 66 x minuto. Tensión arterial 120/80 mmHg.

Abdomen: plano, depresible, no doloroso a la palpación, en región inguinocrural derecha se palpa tumor de aproximadamente 6 cm adherido a planos profundos, poco móvil, discretamente doloroso. Percusión: sonoridad abdominal normal.

Ruidos hidroaéreos presentes y normales.

Se ingresó el caso por el servicio de Medicina Interna con el planteamiento de un síndrome adénico para estudio. Se plantea como etiología probable una metástasis ganglionar a región inguinal de proceso oncológico de tubo digestivo.

Complementarios:

- Hematocrito: 0.46
- Grupo y Rh: B positivo
- Leucograma: $10,8 \times 10^9 /L$
Neutrófilos 0.72
Leucocitos 0.26
Eosinófilos 0.02
- Velocidad de sedimentación globular: 17mm/h
- Tiempo de sangramiento: 2´
- Tiempo de coagulación: 8´
- Glicemia 3.9 mmol/L
- Creatinina: 65 mmol/L
- TGP: 9 UI/L
- TGO: 13 UI/L
- GGT: 10 UI/L
- Ultrasonido Abdominal: hígado con hepatomegalia de 2 cm a predominio del lóbulo izquierdo. Vesícula biliar de tamaño normal, alitiásica. Ambos riñones de tamaño y ecoestructura normal. Páncreas normal.
- Ultrasonido de partes blandas de región inguinal derechas: en la zona estudiada se observan varias imágenes hipoeocogénicas, la mayor de 35 x 34 mm de bordes irregulares.

Se discutió el caso con el Servicio de Cirugía proponiendo realizar exéresis y biopsia del tumor inguinocrural.

En el acto quirúrgico se realizó inguilotomía derecha, apertura por planos, se exploró la región inguinal encontrándose libre de tumor, se continuó exploración hasta el anillo crural, donde se apreció a través del mismo la protrusión de un saco herniario no reductible. Se procedió a la apertura del mismo y se encuentra el apéndice cecal con cambios inflamatorios contenido en el mismo. Figura 1

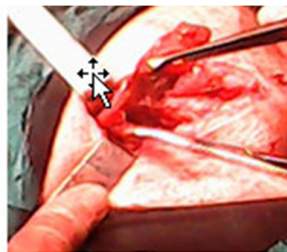


Fig. 1. Apéndice cecal.

Se realizó apendicectomía. Se reparó defecto herniario con prótesis de polipropileno en forma de cono que se fijó a los ligamentos de Cooper, ligamento inguinal y vaina de la femoral. Se cerró por planos. Informe anatomopatológico: infiltrado hemorrágico del saco herniario, presencia de polimorfonucleares neutrófilos hasta capa muscular del apéndice cecal. Figura 2

Evolución postoperatoria adecuada, fue dado de alta a los tres días posterior al acto quirúrgico.

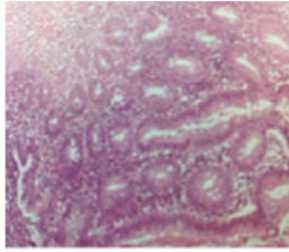


Fig. 2. Corte histopatológico.

DISCUSIÓN

Las hernias son una de las entidades quirúrgicas que con más frecuencia se enfrenta el cirujano, aparece aproximadamente el 75 % en la región inguinal y el 3 % en la crural. El saco herniario puede estar vacío o contener grasa preperitoneal, epiplón, intestino delgado, colon o vejiga en un porcentaje más pequeño de casos.⁶

Mucho más rara es la presencia de una porción de la circunferencia del intestino (Richter), un divertículo de Meckel(Littré) o el apéndice (Amyand en la región inguinal y de Garengéot en la crural). Existe cierta controversia en el uso de estos términos, puesto que algunos textos consideran de Garengéot a toda hernia inguinal o crural que contenga el apéndice sin apendicitis.

Históricamente Claudius Amyand describió en 1735, la presencia de un apéndice perforado dentro de un sacoherniario inguinal encarcelado, y fue Rene Jacques Croissant de Garengéot quien describió en 1731 la primera intervención de una hernia crural conteniendo el apéndice no inflamado. La primera apendicitis en una hernia crural, algo todavía más infrecuente, fue intervenida por Hevin en 1785. Así, el apéndice puede encontrarse en este tipo de hernias sin alteraciones, con distintos grados de apendicitis o de congestión por la encarcelación, debe usarse el epónimo de Garengéot para describir la encarcelación del apéndice dentro de un saco femoral.⁶

Aunque la forma más habitual es la aguda, los pacientes pueden referir también síntomas inespecíficos crónicos, esto sería más frecuente en los pacientes añosos, pudiendo referir molestias abdominales vagas o ser confundidas con adenopatías.⁷

El diagnóstico suele ser intraoperatorio, ya que al definir en la exploración una hernia crural encarcelada dolorosa y con síntomas acompañantes indica la necesidad de intervención quirúrgica urgente.

Los pocos casos de diagnóstico preoperatorio suceden ante duda diagnóstica, donde pudiera indicarse ultrasonido o TAC de abdomen.⁶

El tratamiento es la intervención quirúrgica urgente. Dado lo infrecuente de los casos, no existen pautas establecidas. La mayoría de los artículos recomiendan realizar hernioplastia tras reducir el apéndice, cuando este no muestra necrosis ni inflamación o bien herniorrafia en caso de precisar apendicetomía. No obstante, hay numerosos artículos sobre el uso de material protésico en hernias inguinales encarceladas que precisan resección intestinal y esto podría extrapolarse en la hernia de Garengéot.^{6,7}

Si bien está ampliamente aceptado que es seguro realizar la apendicectomía a través del saco herniario abierto, durante décadas existió controversias acerca del uso o no de material protésico para reparar la hernia, este aspecto parece haberse resuelto estableciendo por consenso que si no existen signos de perforación o absceso apendicular es seguro el uso de mallas.^{4,8,9,10}

Otra alternativa sería el abordaje laparoscópico, que incluye la apendicetomía laparoscópica con hernioplastia mediante técnica transabdominal (preperitoneal (TAPP), extraperitoneal (TEP) o vía abierta. Por último, se ha descrito la apendicectomía con reparación herniaria en un segundo tiempo. Así, el tratamiento se adecuará al caso concreto y a la experiencia del cirujano.¹¹⁻¹⁵

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Aznar-Jean A, Acevedo-Estrada RI. Reporte de caso de hernia de Garegeot en un centro de cirugía ambulatoria. Rev Esp Méd Quir [Internet]. 2015 [citado 12 Ene 2017];20:210-14. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2015/rmq152n.pdf>

2- Abdul W, Thomas C, Swarnkar K. De Garegeot´s hernia: a rare presentation of ischemic appendix within a strangulated femoral hernia in an elderly male. Int J Case Rep Images [Internet]. 2014 [citado 12 Ene 2017];5(12):839-43. Disponible en: <http://www.ijcasereportsandimages.com/archive/2014/012-2014-ijcri/CR-10456-12-2014-charlotte/ijcri-1045612201456-charlotte-full-text.php>

3- Hernández López A, León Takahashi AM, Murillo Zolezzi A. Hernia de Garegeot. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Cir Gen [Internet]. 2012 [citado 12 Ene 2017];34:78-82. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2012/cg1211.pdf>

4- Roldán Aviña JP, Merlo Medina S, Vargas Puerto AL, et al . Apendicitis aguda gangrenosa en hernia crural estrangulada (Hernia de Garegeot). Rap Online [Internet]. 2015 [citado 12 Ene 2017];38(5). Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/283485707_Apendicitis_aguda_gangrenosa_en_hernia_crural_estrangulada_hernia_de_Garegeot

5- Suppiah A, Barandiaran J, Morgan R. First case of villous adenoma of the appendix leading to acute appendicitis presenting as strangulated femoral hernia: changes in management owing to concurrent adenoma. Case Report Hernia. 2008;12(1):95-8. Citado en PubMed; PMID: 17566835.

6- González Alcolea N. Hernia de Garegeot: hernia crural encarcerada conteniendo el apéndice. Revisión de la literatura a propósito de 2 casos. Cir Esp [Internet].

2017 [citado 12 Ene 2017];95:177-8. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-hernia-garegeot-hernia-crural-incarcerada-S0009739X16301397>

7- Bessa SS, Abdel-fattah MR, Al-Sayes IA, et al. Results of prosthetic mesh repair in the emergency management of the acutely incarcerated and/or strangulated groin hernias: A 10-year-study. Hernia. 2015;19(6):909–14. Citado en PubMed; PMID: 25731947.

- 8-Ardeleanu V, Chicos S, Turunaru D. A rare case of acute abdomen: Garengoot hernia. *Chirurgia (Bucur)*. 2013 Nov-Dec;108(6):896-9. Citado en PubMed; PMID: 24331333.
- 9- Kalles V, Mekras A, Mekras D, et al. De Garengoot´s hernia: a comprehensive review. *Hernia* [Internet]. 2013 [citado 12 Ene 2017];17(2):177-82. Disponible en : <https://link.springer.com/article/10.1007/s10029-012-0993-3#citeas>
- 10- Fonseca Sosa FK, Casado Méndez PR, Santos Fonseca RS, et al . Hernia de Amyand. Reporte de caso. *Rev Méd Electrón* [Internet]. 2017 Mar-Abr [citado 12 Ene 2017];39(2). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1728/3376>
- 11- Comman A, Gaetzschmann P, Hanner T, et al. De Garengoot´s hernia transabdominal preperitoneal hernia repair and appendectomy. *JLS*. 2007;11(4):496–501. Citado en PubMed; PMCID: PMC3015839.
- 12- Beysens M, Haeck L, Vindevoqhel K. Laparoscopic appendectomy combined with TEP for de Garengoot hernia: Case report. *Acta Chir Belg*. 2013;113(6):468–70. Citado en PubMed; PMID: 24494479.
- 13- Armstrong O. Appendix strangulated in a femoral hernia. *Hernia*. 2010 Apr;14(2):225-6. Citado en PubMed; PMID: 20112038.
- 14- Wagner JP, Brunicardi FC, Amid PK, et al . Inguinal Hernias. In: Brunicardi FC, Andersen DK, Billiar TR, et al. *Schwartz's Principles of Surgery* [Internet]. EEUU: McGraw-Hill; 2015 [citado 12 Ene 2017]. Dispononible en: <https://accessmedicine.mhmedical.com/book.aspx?bookID=980>
- 15- Malangoni MA, Rosen M . Hernias. en: Townsend CM, Beauchamp R D, Evers BM, editors. *Sabiston. Tratado de Cirugía* [Internet]. Madrid: Elsevier; 2013.

Recibido: 14/4/17
Aprobado: 13/2/18

Víctor Juan Caraballoso García. Hospital Pediátrico Docente Provincial Eliseo Noel Caamaño. Santa Isabel s/n e/ América y Compostela, Matanzas, Cuba. Correo electrónico: vcgarcia.mtz@infomed.sld.cu

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Caraballosa García VJ, Cabrera Reyes J, Alonso Domínguez N, Santana González-Chávez A, Orea Cordero I. Hernia de Garengeot. A propósito de un caso. Rev Méd Electrón [Internet]. 2018 Ene-Feb [citado: fecha de acceso]; 40(2). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2304/3783>