

CASO CLÍNICO

HERNIA DE GARENGEOT EN UN CENTRO DE CIRUGÍA BÁSICO

Autores

Lenin Barragán A. (1), Ana Calle C. (2), Charles Bravo (2), Paola Baquero (2), Cristian Solano (2)

RESUMEN

La hernia es uno de los padecimientos quirúrgicos más comunes. Aproximadamente el 75% aparece en la región inguinal, 10% corresponden a las hernias incisionales y el 3% a las femorales, 5% para las hernias raras.

Se realizó el estudio de un caso clínico en una mujer de 61 años con antecedentes de hernioplastia inguinal derecha. En la exploración física en región inguino crural se evidencio masa derecha encarcelada, no reductible sin signos de obstrucción intestinal. En la ecografía inguinal se evidencia dilatación de anillo inguinal profundo con protrusión de grasa peritoneal y asas intestinales con ausencia de peristaltismo y flujo doppler ausente. Se realiza procedimiento quirúrgico encontrando tumoración crural derecha con saco herniario y apéndice cecal con signos de sufrimiento sin afectación de base.

Palabras clave: *Hernia, crural, garengéot.*

ABSTRACT

Hernia is one of the most common surgical conditions. Approximately 75% appear in the inguinal region, 10% correspond to incisional hernias and 3% to femoral hernias, 5% to rare hernias.

A clinical case was studied in a 61-year-old woman with a history of right inguinal hernioplasty. Physical examination in the inguinal crural region revealed imprisoned right mass, not reducible without signs of intestinal obstruction. Inguinal ultrasonography revealed deep inguinal ring dilatation with protrusion of peritoneal fat and intestinal loops with absence of peristalsis and absent Doppler flow. Surgical procedure was performed, finding a right crural tumor with a hernial sac and cecal appendix with signs of suffering without base affectation.

Keywords: *Hernia, crural, garengéot.*

1) Médico especialista en Cirugía General.

2) Médico General.

Correspondencia: Ana Elizabeth Calle

Dirección: La Armenia 2, Quito - Ecuador.

Teléfono: 593-960662188

Correo electrónico: eliza_2004_16@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La hernia es uno de los padecimientos quirúrgicos más comunes, y se define como un defecto en la continuidad de las estructuras faciales y/o músculo-aponeuróticas de la pared abdominal que permiten la salida o protrusión de estructuras que normalmente no pasan a través de ellas. La reparación de hernias en general es una de las dos principales intervenciones quirúrgicas electivas en los Servicios de Cirugía General y Cirugía Pediátrica y la segunda causa más común de consulta en Cirugía General.¹

Aproximadamente el 75 % aparece en la región inguinal, las hernias incisionales ocupan el 10 % de todas las hernias, las femorales el 3 % y para las hernias raras (lumbares, Spiegel, Amyand, Litré etc.) se reporta del 5 al 10%.²

Las hernias femorales son más frecuentes en mujeres que en hombres, con una relación 2:1. El hallazgo del apéndice dentro del canal femoral por sí solo es un hallazgo raro, presente en 0.9% de las hernias femorales,³ y la presencia de apendicitis dentro del canal femoral es aún más rara y representa apenas de 0.13 a 0.8% de todos los casos de apendicitis aguda.^{4,5}

René Jacques Croissant de Garengéot, cirujano francés, fue el primero en describir un cuadro de apendicitis aguda dentro de una hernia femoral en el año 1731 y, en el año 1785, Hevin realizó la primera apendicetomía en una hernia femoral.^{6,7}

Este tipo de hernia se ha asociado con defectos congénitos y es mucho más frecuente en mujeres. El canal femoral, al ser rígido y estrecho, condiciona una tasa de encarcelación más elevada (14-56%) que las hernias inguinales (6-10%) y en todos los casos se requiere tratamiento quirúrgico.

El diagnóstico temprano y el tratamiento quirúrgico con resección del apéndice, a través de un abordaje abdominal o laparoscópico y el cierre del defecto femoral, tienen buenos resultados.^{8,9}

Es infrecuente el uso de materiales protésicos para el cierre del defecto ya que el proceso inflamatorio e infeccioso del apéndice es de consideración, generando así una contraindicación absoluta para el uso de mallas en campo operatorio limpio o contaminado.^{10,11}

El progreso de la enfermedad sin tratamiento oportuno es pésimo y presenta múltiples complicaciones que finalmente llevan a la muerte.^{3,12}

En la literatura médica sólo hay reportes de casos y muy pocas series que hablan de este tipo de hernia "infrecuente", así como de su diagnóstico y tratamiento.

CASO CLÍNICO

Mujer de 61 años con antecedentes de hernioplastia inguinal derecha, que acude a urgencias por dolor abdominal.

Refiere molestias abdominales difusas de 8 días de evolución, que se exacerba 13 horas previo a su ingreso con sensación de bulto en región inguinal derecha. Acude por mayor dolor, coincidiendo con un aumento del tamaño del bulto inguinal. Concomitantemente náusea, que no llega al vómito. A la exploración física en región inguino crural evidencia de masa derecha encarcelada, no reductible sin signos de obstrucción intestinal, abdomen blando, depresible no distendido, sin peritonismo, RHA presentes.

En la analítica destaca discreta neutrofilia, Rx de abdomen: no signos de obstrucción intestinal. ECO inguinal: dilatación de anillo inguinal profundo con protrusión de grasa peritoneal y asas intestinales, con ausencia de peristaltismo y flujo doppler ausente. Se decide procedimiento quirúrgico: encontrando una tumoración crural derecha de ± 5 cm de diámetro, con saco herniario que contiene apéndice cecal con signos de sufrimiento (estrangulada) sin afección de la base, defecto aponeurótico crural de ± 2 cm de diámetro.

Se realiza apendicetomía, cierre del saco y reparación del defecto herniario sin malla, para posterior colocación de malla de polipropileno en segundo tiempo quirúrgico.



Figura No. 1
La ecografía abdominal muestra el contenido dentro del saco herniario.

DISCUSIÓN

La descripción de De Garengéot (1731) considera el hallazgo del apéndice cecal en una hernia inguinal indirecta, desde un punto de vista estricto, el hallazgo del apéndice cecal no complicado dentro del saco peritoneal de una hernia inguinal se denominaría como hernia de De Garengéot; sin embargo, la mayoría de los reportes en la literatura mundial mencionan a la hernia de De Garengéot como la asociación de apendicitis dentro de un saco herniario femoral, y a la hernia de Amyand se

le asocia con el hallazgo del apéndice cecal inflamado o no dentro del saco peritoneal de una hernia inguinal.^{10,13}

Su incidencia se estima en un 1-5 % del total de hernias femorales. El hallazgo de una apendicitis aguda en el saco herniario tiene una incidencia aún menor del 0,1-0,5 %.^{14,15}

La presentación más frecuente fue la presencia de una masa dolorosa a nivel inguinocrural (100% de los pacientes), dolor abdominal 14%.

La mayoría de los trabajos muestran formas de presentación de horas o pocos días de evolución, como nuestra paciente. Existe controversia sobre la patogénesis de este tipo de hernias: una teoría congénita propone que existe una unión anormal del apéndice con el ciego por una mala rotación, generando así un apéndice de localización pélvica con un alto riesgo de introducirse en un saco herniario inguinal o femoral; o la presencia de una anomalía en la longitud o movilidad del ciego, lo cual permite la extensión del apéndice hasta la pelvis.^{16,17} La estrechez y rigidez del canal femoral generalmente previene la diseminación intraperitoneal de la infección y por ello el paciente puede presentarse sin síntomas peritoneales.¹⁸

La apendicitis aguda en una hernia femoral puede ser una consecuencia del encarcelamiento y la estrangulación del apéndice cecal, más que de la obstrucción interna causada por hipertrofia de un nódulo linfático o apendicolito.^{18,19}

El diagnóstico en la mayoría de los casos suele ser intraoperatorio, sin embargo, la ecografía y la TAC pueden ser útiles en el diagnóstico pre quirúrgico; los hallazgos más importantes en la ecografía y en la TC son: posición baja del ciego con estructura tubular y trabeculación de la grasa adyacente dentro del saco herniario.^{19,20}

El tratamiento es la cirugía y la mayoría de los artículos recomiendan realizar hernioplastia tras reducir el apéndice cuando éste no muestra necrosis ni inflamación; o bien herniorrafia, corrección con ligamento de Cooper en caso de precisar apendicetomía como en el caso de nuestra paciente.^{21,22}

El uso de malla protésica, en presencia de infección está aún discutida. Se ha descrito también la apendicetomía laparoscópica asociada a reparación de la hernia mediante TEP y TAPP.²³ El tratamiento se adecuará al caso de la paciente y experiencia del cirujano.

La evolución natural de la enfermedad sin tratamiento oportuno es tórpida y presenta complicaciones con desarrollo de absceso, fascitis necrotizante, necrosis del contenido herniario y obstrucción intestinal, para finalmente llevar a la muerte.^{3,12}



Figura No. 2
Se aprecia la estructura tubular apéndice edematoso fuera del saco.

CONCLUSIONES

Podemos concluir que la hernia de Garengot tiene una muy baja frecuencia, en la literatura sólo hay reportes de casos y pequeñas series.

El diagnóstico es complicado pese a los múltiples exámenes de laboratorio y gabinete con los que actualmente se cuenta y la sospecha clínica continúa siendo un factor importante.

El tratamiento es quirúrgico y el principal factor determinante para el uso de material protésico en el cierre del defecto es el grado de contaminación.

REFERENCIAS

1. *Guías de Práctica Clínica para Hernias de la Pared Abdominal*. Mayo 2009. Asociación Mexicana de Hernia A.C. Disponible en: <https://amcgmex.files.wordpress.com/2012/05/guias-hernias.pdf>
2. Deysine M. *Hernia clinic in a teaching institution: creation and development*. *Hernia* 2001;(5):56-9
3. Tanner N. *Strangulated femoral hernia appendix with perforated sigmoid diverticulitis*. *Proc R Soc Med* 1963;56:1105-1106.
4. D'Ambrosio N, Katz D, Hines J. *Perforated appendix within a femoral hernia*. *AJR Am J Roentgenol* 2006;186:906-907.
5. Suppiah A, Barandiaran J, Morgan R, Perry EP. *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;12:95-98.

7. Cordera F, Sarr MG. Incarcerated appendix in a femoral hernia sac. *Contemp Surg* 2003;59:35-37.
8. Sharma H, Jha PK, Sheekhawat NS, Memon B, Memon MA. De Garengot hernia: an analysis of our experience. *Hernia* 2007;11:235-238.
9. Luchs JS, Halpern D, Katz DS. Amyand's hernia: prospective CT diagnosis. *J Comput Assist Tomogr* 2000;24:884-886.
10. Scepi M, Richer JP, Muller J. Appendix in a left crural herniated position: apropos of a case. Explanation by human ontogenesis. *J Chir (Paris)* 1993; 130: 479-482.
11. Nguyen ET, Komenaka IK. Strangulated femoral hernia containing a perforated appendix. *Can J Surg* 2004;47:68-69
12. Watson SD, Saye W, Hollier PA. Combined laparoscopic incarcerated herniorrhaphy and small bowel resection. *Surg Laparosc Endosc* 1993;3:106-108. Contreras R, García La Rotta J, González Avilés J, Acevedo Estrada R. Hernia de Amyand del lado izquierdo: revisión de la bibliografía y comunicación de un caso. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 2008;13(2):88-92.
13. Akopian G, Alexander M. De Garengot hernia: appendicitis within a femoral hernia. *Am Surg* 2005; 71: 526.
14. Hussain A, Slessor AaP, Monib S, Maalo J, Soskin M, Arbuckle J. A De Garengot Hernia masquerading as a strangulated femoral hernia. *Int J Surg Case Rep*. 2014;5:656-8.
15. Ramsingh J, Ali A, Cameron C, Al-Ani A, Hodnett R, Chorushy C. De Garengot's hernia: diagnosis and surgical management of a rare type of femoral hernia. *J Surg Case Rep*. 2014;2 (3 páginas).
16. Arce Aranda C, Rojas R, López L, Correa M, Sánchez R, Soskin Keiden. Apendice cecal en el saco herniario: Hernia de Garengot vs Hernia Armyand. Presentación de caso clínico. *An. Fac. Cienc. Med (asunción)/Vol XLII-N1*, 2009.
17. Adriana Hernández López, Alberto Mitsuo León Takahashi, Adrián Murillo Zolezzi. Hernia de Garengot. Reporte de caso y revisión de la literatura. *Cirujano General Vol. 34 Núm.1* - 2012.
18. Luis Humberto Ortega-León, David Ramírez-Tapia, Carlos Mauricio Dieguez-Jiménez,* Luis Miguel Cruz-Melgar, Eduardo Esteban Montalvo-Javé. Hernia de Amyand: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Mex de Cirugía del Aparato Digestivo*, 2012;1(1): 59-61.
19. Dr. Noslen Martínez Valenzuela, Dr. C. Lázaro Alfonso Alfonso, Dr. José Gimel Sosa Martín. Hernia de Garengot. *Revista Cubana de Medicina Militar* 2013; 42 (1): 110 - 115.
20. Alberto Aznar-Jean, Ruth Ivonne Acevedo-Estrada. Reporte de caso de hernia de Garengot en un centro de cirugía ambulatoria. *Rev Esp Méd Quir* 2015;20:210-214.
21. Ramón Díaz, Francisco Rodríguez, Álvaro Bustos y Jorge Alfaro. Cirugía laparoscópica de una hernia de Garengot: presentación poco frecuente de una hernia crural. *Rev Chil Cir*. 2016;68(6):446-448.
22. Álvaro Valdés de Anca, José Luis Martín-Álvarez, Cristina Marín-Campos, Ínigo García-Sanz y Jesús Delgado-Valdúeza. Apendicitis aguda perforada en una hernia femoral incarcerada: una rara forma de presentación de una hernia de De Garengot. *rev hispanoamher nia*. 2016;4(3):123-126.
23. Natalia González Alcolea, Félix Martínez Arrieta, Jose Luis Lucena de la Poza, Elena Jimeñez Cubedo y Víctor Sánchez Turrión. Hernia de Garengot: hernia crural incarcerada conteniendo el apéndice. Revisión de la literatura a propósito de 2 casos. *c i r e s p*. 2017 ; 9 5 (3) : 17 0 - 17 8.