

Hernia de Garegeot

Garegeot's Hernia

Héctor Alejandro Céspedes Rodríguez^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-3668-9888>

Raúl Fernández Pérez¹ <https://orcid.org/0000-0003-2134-0832>

Abel Ernesto Ruíz de Villa Suárez¹ <https://orcid.org/0000-0002-6313-1986>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, Hospital Universitario “Manuel Ascunce Domenech”. Camagüey.

*Autor para la correspondencia: hcespedesr03@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La hernia de Garegeot es una de las hernias de la pared abdominal más infrecuente del mundo.

Objetivo: Presentar una paciente con diagnóstico de hernia crural, con el apéndice cecal, lo cual constituye la hernia de Garegeot.

Caso clínico: Paciente femenina de color de piel blanca, de 56 años de edad, con antecedentes de salud, que ingresó en el Servicio de Cirugía del Hospital Universitario “Manuel Ascunce Domenech” con el diagnóstico de hernia crural atascada. Presentó dolor en la raíz del muslo derecho, náuseas y presencia de una tumoración por debajo de la línea de malgaigne, irreductible.

Conclusiones: La hernia de Garegeot es una entidad quirúrgica única, difícil de distinguir de una hernia crural irreductible. Por tanto, su diagnóstico es un hallazgo intraoperatorio y la herniorrafia es el proceder quirúrgico más empleado.

Palabras clave: hernia; apendicitis; femoral; hernia de Garegeot.

ABSTRACT

Introduction: Garegeot's hernia is one of the most uncommon abdominal wall hernias worldwide.

Objective: To present the case of a patient with a diagnosis of crural hernia, with cecal appendix, definitely being Garengot's hernia.

Clinical case: A female patient of white skin color, aged 56 years old, with a family history of disease, was admitted to the surgery service of *Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech"* with the diagnosis of incarcerated crural hernia. He presented pain in the root of the right thigh, nausea and an irreducible tumor below the Malgaigne's line, irreducible.

Conclusions: Garengot's hernia is a unique surgical entity, difficult to distinguish from an irreducible crural hernia. Therefore, its diagnosis is an intraoperative finding and herniorrhaphy is the most commonly used surgical procedure.

Keywords: hernia; appendicitis; femoral; Garengot's hernia.

Recibido: 23/04/2021

Aceptado: 20/05/2021

Introducción

La hernia de Garengot describe la presencia del apéndice vermiforme dentro de un saco herniario femoral.⁽¹⁾ Descrita por primera vez en 1731 por Rene Jacques Croissant de Garengot, cirujano parisino. Esta entidad única fue descrita cinco años anterior a la primera apendicectomía registrada.^(2,3,4)

La hernia de *De Garengot* es difícil de diagnosticar antes de la operación y hasta la fecha es un hallazgo intraoperatorio inesperado.^(1,3,5) Dada su baja incidencia de forma global de esta entidad quirúrgica y al no existir reportes en la institución, se decidió realizar la presentación. El objetivo fue presentar una paciente con diagnóstico de hernia crural, contenido fue el apéndice cecal, lo cual constituye la hernia de Garengot.

Caso clínico

Paciente femenina de color de piel blanca, de 56 años de edad. Que fue ingresada en el Servicio de Cirugía del Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech"

de forma urgente con el diagnóstico de hernia crural derecha atascada. Presentó dolor en el cuadrante inferior derecho y náuseas. Durante la exploración abdominal se observó una pequeña tumoración en la raíz del muslo derecho de más o menos 2 x 1 cm, por debajo de la línea de *malgaigne* e irreductible. Bajo este diagnóstico, se decidió realizar una vía posterior Cheattle-Henry, a través de una incisión abdominal. Al explorar el saco se observó que el contenido de la hernia fue el apéndice cecal, Se realizó apendicetomía y cierre del defecto herniario mediante puntos del ligamento inguinal, al ligamento de Cooper. La paciente fue dada de alta a los 5 días y la biopsia informó apendicitis aguda estadio catarral.



Fig. - Muestra como el apéndice cecal es el contenido del saco herniario de la hernia femoral.

Discusión

En la literatura apenas se cuenta con reportes de caso y algunas pequeñas series de temas que hablan de las hernias de *Garengeot*, ya que tienen una baja incidencia, representa menos del 1 % de todos los casos de hernia femoral. La hernia de *Garengeot*, al igual que las hernias femorales es más común en mujeres (a razón de 13:1), y sobre todo en la población de edad más avanzada.^(3,4,5)

Existe controversia sobre la patogénesis de este tipo de hernias. La teoría más aceptada y la que creemos que se acerca a su génesis es la que propone que el cuadro de apendicitis se origina por un proceso obstructivo secundario a la compresión del apéndice en un cuello estrecho del saco herniario en una pelvis

estrecha, y finalmente, también se propone que este tipo de hernias es la combinación de ambos procesos.^(1,3,5,6)

La estrechez y rigidez del canal femoral generalmente previene la diseminación intraperitoneal de la infección y, por ello, el paciente puede presentarse sin síntomas de peritonitis, siendo más frecuentes los signos locales como eritema y un saco rígido. No hay evidencia de obstrucción intestinal cuando solo el apéndice está comprometido.^(2,4,7) Hay casos reportados de apéndice localizado en una hernia femoral izquierda asociado a un tumor carcinoide del apéndice.^(7,8) La localización que más predomina es la derecha sobre todo por la disposición anatómica del apéndice cecal.

En una revisión retrospectiva de *Sharma* y otros⁽⁹⁾ en un período de 16 años, reportan siete casos de hernia de *Garengeot* (cuatro apéndices normales, dos con proceso inflamatorio y solo un caso con perforación). Los autores opinan que ante una tumoración crural con escasa sintomatología abdominal se debe hacer diagnóstico de esta entidad o al menos mencionarla dentro de los diagnósticos diferenciales.

El diagnóstico preoperatorio de este tipo de hernia es complicado, los signos y síntomas se presentan cuando hay complicaciones. Los pacientes refieren dolor abdominal difuso, rigidez y una región eritematosa por debajo de la ingle. Clínicamente suele presentarse como una tumoración inguinal-crural derecha dolorosa y con cambios cutáneos tróficos, en la que los signos de apendicitis pueden ser ambiguos.^(3,6,9,10)

El hecho de encontrar el apéndice dentro del canal femoral altera los signos clínicos típicos con los que se presentan las apendicitis, siendo infrecuente encontrar inflamación dentro de la cavidad peritoneal, y rara la peritonitis incluso en los pacientes que presentan el apéndice perforado, todo ello gracias al estrecho anillo herniario del canal femoral.^(5,7) Por eso, la presentación más frecuente es la de hernia crural encarcerada.⁽⁵⁾ Analíticamente existe la posibilidad de encontrar los reactantes de fase aguda como la proteína C reactiva o los leucocitos elevados, aunque pueden presentarse con analíticas completamente normales.

Se ha reportado, además, que puede existir enfisema subcutáneo de bacterias productoras de gas liberadas al perforarse el apéndice.^(1,2) *Madiha* y otros⁽⁴⁾ y *Caygill* y otros⁽⁸⁾ afirman que los pacientes pueden presentar síntomas crónicos (por más de 15 años) o agudos. En este caso, la paciente del estudio tuvo una evolución de un mes con discreta molestia en la raíz del muslo, lo que la hizo consultar el Hospital Universitario “Manuel Ascunce Domenech”.

Los estudios de laboratorio y gabinete son muy inespecíficos para diagnosticar este tipo de hernias; las radiografías de abdomen pueden apoyar el diagnóstico al mostrar datos de oclusión intestinal pero sin confirmar la causa, igual ocurre en el caso del ultrasonido. La ecografía o la tomografía axial computarizada (TAC) pueden hacer el diagnóstico correcto. Para confirmar la presencia de una hernia de Amyand o de Garengeot, los cortes sagitales y coronales de la TAC son particularmente útiles para identificar el apéndice como estructura tubular con fondo ciego emergió dentro del canal inguinal o crural, respectivamente.^(3,6,7,10) Es complejo realizar el diagnóstico de apendicitis solo por la presencia únicamente de una masa inguinal.^(3,5,10)

El tratamiento de elección es la cirugía, se realice o no una apendicectomía y la reparación herniaria. No existe consenso sobre la extirpación apendicular en caso de no presentar inflamación; ni en el uso o no de técnicas protésicas para la reparación herniaria, pero parece adecuado evitarlas en caso de infección o apendicitis muy evolucionadas.

Se mencionan varias técnicas quirúrgicas, aunque la más empleada es una incisión infrainguinal, realiza apendicectomía a través de la misma incisión tras la apertura del saco herniario.^(2,3,9) En el caso de apendicitis, el tipo de reparación femoral es controversial, generalmente no se recomienda la colocación de materiales protésicos si el campo está contaminado por el alto riesgo de desarrollar infección, por lo que se está a favor de realizar apendicectomía con cierre del defecto con sutura. Hay algunos reportes como los del trabajo de *Sharma* y otros⁽⁹⁾ que se utilizó el material protésico y los pacientes no desarrollaron infección del sitio quirúrgico. Respecto al tratamiento, si no hay datos de apendicitis, varias revisiones recomiendan que no se realice la apendicectomía incidental, solo la reducción del apéndice y la colocación de un

material protésico para reparar el defecto.^(6,7,10) Lo anteriormente escrito sharman y otros⁽⁹⁾ no coincide con el tratamiento usado por la escuela cubana de cirugía para el tratamiento de la hernia crural atascada, ni el uso de prótesis en este medio se usa de forma sistemática para la reparación de esta hernia. Se realizaría siempre apendicectomía incidental o profiláctica en estos casos ya que es una indicación absoluta para este proceder.

Tras la intervención, la complicación más frecuente es la infección de la herida quirúrgica, descrita en la literatura hasta en el 29 % de los casos, aunque se pueden llegar a encontrar fascitis necrotizantes de la pared abdominal, necrosis del contenido herniario, abscesos inguinales y se ha descrito incluso la muerte, todo ello más frecuente cuanto más se retrase el diagnóstico y el tratamiento.^(2,3,8,9)

Este caso de estudio se complicó con una infección del sitio quirúrgico de tipo superficial, la cual se considera la más frecuente de cualquier cirugía de urgencia.

Conclusiones

La hernia de De Garengeot es una entidad quirúrgica única, con muy poco que la distinga de una hernia crural irreductible. Su diagnóstico es un hallazgo intraoperatorio en que la herniorrafia es el proceder quirúrgico más empleado, se complementa con una apendicectomía.

Referencias bibliográficas

1. Linder S, Linder G, Mansson C. Treatment of de Garengeot's hernia: a meta-analysis. *Hernia: the journal of hernias and abdominal wall surgery*. 2019;23(1):131-41. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10029-018-1862-5>
2. Kalles V, Mekras A, Mekras D. De Garengeot's hernia: a comprehensive review. *Hernia*. 2013;17 (2):177-82. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10029-012-0993-3>
3. Sardiñas Ponce R, Guerra Leal OA. Las hernias de Amyand y Garengeot como expresión del apéndice cecal en la región inguinofemoral. *Rev. Cub. Cir.* 2020 [acceso 10/10/2020];58(4). Disponible en: <http://revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/776>

4. Madiha A, Rares H, Abdus S. De Garengeot hernia: a forgotten rare entity? BMJ Case Rep. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1136/bcr-2013-201413>
5. Granvall SA. De Garengeot hernia: A unique surgical finding. JAAPA. 2014;27(5):39-41. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.JAA.0000443968.31234.63>
6. Lee CW, Mantelakis A, Nahid MAK, Shrestha A. Unusual presentation of De Garengeot hernia. BMJ Case Rep. 2019;12(7):e230455. DOI: <https://doi.10.1136/bcr-2019-230455>
7. Arun Prasath S. De Garengeot's Hernia - A Diagnostic and Therapeutic Challenge. Journal of clinical and diagnostic research: JCDR. 2016. DOI: <https://doi:10.7860/JCDR/2016/21522.887>
8. Caygill P, Nair R, Sajjanshetty M, Francis D. An unusual groin exploration: De Garengeot's hernia. Int J Surg Case Rep. 2011;2(5):74-75. DOI: <https://doi.10.1016/j.ijscr.2011.01.008>
9. Sharma H, Jha PK, Shekhawat NS, Memon B, Memon MA. De Garengeot hernia: an analysis of our experience. Hernia, 2007;11(3):235.
10. Godara R, Vijay K, Rao PP, Naidu CS, Vijayvergia V. Amyand's hernia - Always an Operative Surprise. Hellenic Journal of Surgery. 2013 [acceso 20/01/2019];85(2). Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13126-013-0027-3>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.