

Resolución combinada y en dos tiempos de la hernia de Garegeot *Combined and two-step surgical resolution of Garegeot hernia*

Patricio E. Donnelly, Federico Gemelli, Rodolfo D. Schlegel, Ricardo Coqui

Del Servicio de Cirugía
General y Coloproctología
de la Clínica
Bazterrica

RESUMEN

Se denomina hernia de Garegeot a la presencia del apéndice cecal dentro del saco de una hernia crural. Presentamos a una paciente femenina con una apendicitis en este tipo de hernia tratado en dos tiempos: Apendicectomía laparoscopia primero y hernioplastia crural una semana después por vía anterior. Cuando el apéndice está inflamado, la resolución combinada y en dos tiempos permite la fijación de la malla en un sitio no contaminado.

■ **Palabras clave:** *hernia, hernia de Garegeot, apendicectomía, apendicitis.*

ABSTRACT

Garegeot's hernia is defined as the presence of an appendix in the femoral hernial sac. We report the case of a 50-year-old woman who presented with acute appendicitis within an incarcerated femoral hernia treated in two stages combined procederes: laparoscopic appendectomy first and open repair of the femoral hernia once week later. When the appendix is inflamed the two stages combined procederes avoid the fixation of the mesh in a contaminate place.

■ **Key words:** *hernia, Garegeot hernia, appendicitis, appendectomy.*

Recibido el
14 de octubre de 2013
Aceptado el
11 de marzo de 2014

Introducción

La hernia inguino-crural atascada y la apendicitis aguda son entidades muy frecuentes en la práctica quirúrgica de un servicio de emergencia y son pocas las controversias con respecto a su manejo. Cuando la combinación de ambas ocurre se denomina hernia de Garegeot, situación más compleja ya que –debido a su baja incidencia y la dificultad para llegar al diagnóstico preoperatorio– no hay consenso en cuanto al mejor abordaje y forma de resolución.⁵

Describimos a una paciente que presentó una apendicitis aguda atascada en una hernia crural cuyo tratamiento se realizó en dos tiempos, por abordaje laparoscópico una e inguino-crural clásico la otra.

Presentación de caso

Se trata de una mujer de 50 años que consulta en guardia por presentar dolor y tumoración inguino-crural derecha de 24 horas de evolución, asociada a náuseas sin vómitos ni fiebre. Al examen físico se constató tumoración crural parcialmente reductible y dolorosa a la palpación. El laboratorio constató leucocitosis. Se solicitó una tomografía computarizada donde se evidenció apéndice de 10 milímetros de diámetro con alteración de la grasa a su alrededor por dentro de los vasos femorales y a través del orificio crural (Fig. 1).

Con diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda, atascada en una hernia crural, se decidió tratamiento quirúrgico. Se realizó una laparoscopia exploradora identificando apéndice cecal gangrenoso encarcerado a través del orificio crural (Fig. 2). Se redujo con maniobras romas (Fig. 3) y se efectuó la apendicectomía laparoscópica (Fig. 4) mediante dos trocares de 10 mm en ombligo y fosa ilíaca izquierda y de 5 mm suprapúbico. Se difirió a un segundo tiempo la hernioplastia para evitar colocar una malla en un lugar contaminado. Evolucionó favorablemente y se otorgó el alta al 2° día posoperatorio con antibióticos por 7 días.

Dos semanas más tarde se realizó la hernioplastia crural por vía anterior, colocando un “plug” al orificio crural y reforzando la pared inguinal con malla de polipropileno. Alta a las 24 horas sin complicaciones.

Discusión

Las hernias crurales constituyen el 3% de las hernias de la pared abdominal. El hallazgo del apéndice cecal dentro del saco herniario ocurre en el 0,5-5% de las hernias crurales, pero es del 0,08-0,13% cuando el apéndice está inflamado o gangrenoso. Este tipo de hernia crural fue descrita por René Jacques Croissant de Garegeot en 1731. Su forma homóloga, cuando sucede, se produce a través del orificio inguinal y se la denomina de “Amyand”.⁴⁻⁵

Múltiples son las causas que originan la hernia de Garegeot: defectos congénitos de la pared abdominal que se presentan en la hernia crural sumados a fallos en la rotación intestinal durante el período embriológico terminan en fijaciones anómalas del apéndice al ciego que llevan a mayores chances de deslizamiento en la hernia

FIGURA 1

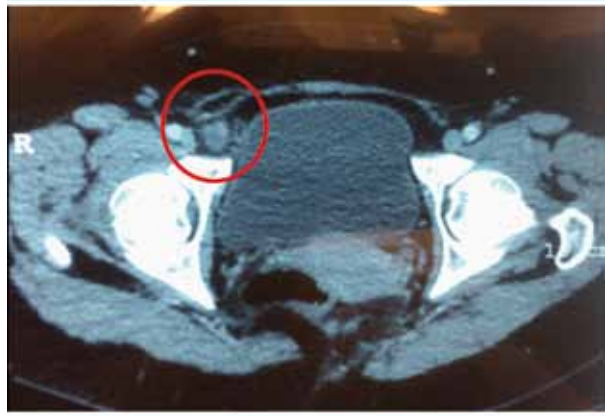


FIGURA 2



FIGURA 3

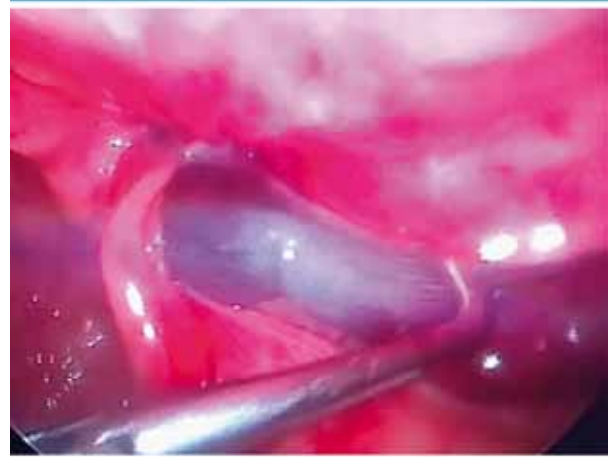


FIGURA 4



crural cuando se encuentra en posición intrapélvica. La presencia de un ciego anatómicamente largo puede posicionar al apéndice dentro de la pelvis y permitir su deslizamiento dentro del saco herniario. La compresión del apéndice a nivel del anillo herniario puede llevar a una apendicitis aguda con perforación o sin ella. Sin embargo, cuando el anillo herniario es amplio puede también producirse una apendicitis aguda pero en este caso debida a una obstrucción intraluminal.²

Los síntomas suelen ser similares a los de una hernia atascada; sin embargo, en ocasiones, pueden expresarse los típicos de una apendicitis. Generalmente, la consulta es por dolor y tumoración inguino-crural asociado o no a fiebre, náuseas y vómitos. La mayoría de las veces el diagnóstico se realiza durante la cirugía o por hallazgo tomográfico.⁴

El tratamiento, si bien consiste en la apendicectomía y la hernioplastia, debido a su baja incidencia no hay consenso respecto del mejor abordaje o técnica. Lo más frecuente es que se aborde por vía puramente crural o inguinal debido al diagnóstico preoperatorio de hernia atascada. En cuanto al abordaje laparoscópico, ha sido descrita la vía preperitoneal, pero presenta di-

ficultades en la visualización del apéndice y no permite un adecuado acceso para la apendicectomía. La vía translaparoscópica, si bien ofrece la ventaja de tener una mayor exposición del apéndice y facilidad para su extirpación, requiere el uso de una malla en un sitio contaminado, hecho desaconsejado por algunos autores y por nosotros cuando hay gran contaminación.¹⁻⁵

La incarceration del apéndice por sí solo no es indicación absoluta de apendicectomía, a no ser que haya signos de estrangulación o inflamación. Si es normal y reductible, la apendicectomía es innecesaria y podría aumentar el riesgo de infección, por lo que en estos casos se recomienda la reducción del apéndice y la hernioplastia con malla o sin ella de acuerdo con el tamaño del anillo herniario.

Resulta claro que, si bien hay disparidad entre las formas de tratamiento, la discusión y el debate giran en torno de cómo tratar el orificio herniario y si poner o no una malla dado que la complicación más frecuente de la hernia de Garengéot es la infección de herida que se presenta entre el 14 y 29%. En ausencia de contaminación es factible colocar una malla, por lo que el reto es poder hacer diagnóstico y tratamiento lo antes posible evitando llegar a una apendicitis gangrenosa, fascitis necrotizante o sepsis, que en general se presentan con diagnóstico más tardío.³

Conclusión

La hernia de Garengéot es una entidad poco frecuente que, en la mayoría de los casos, suele diagnosticarse durante la cirugía o en la tomografía computarizada. Todas las vías de abordaje apuntan a reseca el apéndice cuando está inflamado y a reparar el orificio herniario. Presentamos la opción de un abordaje en dos tiempos por vía laparoscópica y convencional cuando se busca colocar la prótesis en un sitio inicialmente contaminado.

Referencias bibliográficas

1. Ebisawa K, Yamazaki S, Kimura Y, et al. Acute appendicitis in an incarcerated femoral hernia: a case of De Garengéot hernia. *Case Rep Gastroenterol.* 2009; 3:313-7.
2. Nguyen E, Komenaka I. Strangulated femoral hernia containing a perforated appendix. *Can J Surg.* 2004; 47(February (1)):68-9.
3. Piperos T, Kalles V, Al Ahwal Y, Konstantinou E, Skarpas G, Mariolis-Sapsakos T. Clinical significance of de Garengéot's hernia: A case of acute appendicitis and review of the literature. *Int J Surg Case Rep.* 2012;3(3):116-7.
4. Rajan SS, Girn HR, Ainslie WG. Inflamed appendix in a femoral hernial sac: de Garengéot's hernia. *Hernia.* 2009; 13:551-3.
5. Salkade PR, Chung AY, Law YM. De Garengéot's hernia: an unusual right groin mass due to acute appendicitis in an incarcerated femoral hernia. *Hong Kong Med J.* 2012; 18:442-5.