



CASOS CLÍNICOS

HERNIA DE GARENGEOT, DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

GARENGEOT'S HERNIA, FROM THEORY TO PRACTICE: A PURPOSE OF A CASE

Dr. Mauricio Vicente Águila Gómez*

RESUMEN

La Hernia de Garegeot es la presencia del apéndice cecal dentro de una hernia crural atascada/estrangulada. Es una entidad rara de baja incidencia, poco conocida en el mundo, la mayoría son diagnosticadas durante el acto quirúrgico. El objetivo del presente artículo es exponer un caso de Hernia de Garegeot, diagnosticada y tratada en el Hospital Municipal Los Pinos, en una paciente de 67 años; que tras la revisión sintomatológica y semiológica, se dio el diagnóstico de Hernia Crural Derecha Estrangulada, fue programada para cirugía de urgencia y en el acto quirúrgico tras la apertura del saco herniario se identificó el apéndice cecal dentro del mismo. Por la atipia del cuadro se enfocara aspectos históricos, etiológicos y fisiopatológicos; que implica tomar en cuenta para dirigir el tratamiento *más adecuado según hallazgos* y estado del paciente, en esta variedad poco frecuente de hernias.

Palabras claves: hernia, Garegeot, apendicitis

ABSTRACT

Garegeot hernia is the presence of the cecal appendix within a stuck/strangulated crural hernia. It is a rare entity of low incidence, little known in the world, most are diagnosed during the surgical act. The objective of this article is to present a case of Garegeot Hernia, diagnosed and treated at the Los Pinos Municipal Hospital, in a 67-year-old patient; that after the symptomatological and semiological review, the diagnosis of Right Crural Hernia Strangulated was given, it was scheduled for emergency surgery and in the surgical act after the opening of the hernial sac the cecal appendix was identified within it. Due to the atypia of the picture, historical, etiological and physiopathological aspects will be focused; which implies taking into account to direct the most appropriate treatment according to findings and condition of the patient, in this rare variety of hernias.

Keywords: hernia, Garegeot, appendicitis

* Especialista en Cirugía General y Laparoscopia Avanzada
Jefe de Enseñanza e Investigación Hospital Municipal Los Pinos
Miembro Titular Sociedad Boliviana de Cirugía Capitulo La Paz
Miembro Titular Sociedad de Pared Abdominal y Hernia de Chile
Docente Catedra de Cirugía Universidad Franz Tamayo La Paz

CENTRO DONDE SE REALIZO EL TRABAJO DE INVESTIGACION:

SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL, HOSPITAL MUNICIPAL LOS PINOS, SEGUNDO NIVEL LA PAZ - BOLIVIA

Responsable: Dr. Mauricio V. Aguila Gómez • E-mail: mauricioaguilagomez@gmail.com

Celular: 71857376

INTRODUCCION:

La hernia de Garengot se define como una hernia crural que en cuyo interior del saco se encuentra alojado el apéndice cecal¹. Es una rara e infrecuente presentación de una hernia crural, descrita por primera vez en 1731 por el Dr. Rene Jacques Croissant de Garengot cirujano francés, quien realizo la primera intervención de una hernia crural en la cual identifico que el contenido era el apéndice cecal no inflamado². Luego en 1785 el Dr. Hevin diagnóstico y opero la primera apendicitis en una hernia crural, algo que es aun todavía más infrecuente³.

La hernia crural es una patología muy común, siendo una de las intervenciones más frecuentes. Representa el 3-4% de todas las hernias abdominales. Frecuente en mujeres en una relación de 2:1. Acotar que el canal femoral al tener un componente rígido y estrecho, condiciona a una tasa de encarcelación elevada de 14-56%; por lo que el tratamiento es quirúrgico ya sea programado a corto plazo o de urgencia⁴.

El objetivo del presente trabajo es exponer un caso diagnosticado y operado en el Hospital Municipal Los Pinos, además de hacer una revisión de la literatura en relación a esta patología rara y poco frecuente.

CASO CLINICO:

Paciente femenina de 67 años; con cuadro clínico de 1 semana de evolución post esfuerzos físicos; refiere masa en región crural derecha, aumento de volumen; dolor pungitivo de moderada intensidad; falta de eliminación de gases y distensión abdominal. Niega antecedentes quirúrgicos, enfermedades sistémicas y alergias. Antecedentes ginecoobstetricos G: 3 P: 3 AB: 0 C: 0.

Paciente en regular estado general, álgida, afebril, piel y mucosas deshidratadas. Signos vitales: F.C.: 92lat./min, P.A.: 100/60mmHg, F.R.: 20resp./min., T: 36°C. Peso: 70Kg.

Talla: 1.55mts., cardiopulmonar normal. Abdomen distendido, RHA(+) hipoactivos, blando doloroso a la palpación profunda, sin datos de peritonismo Dumphy(-), Blumberg(-); región crural derecha se evidencia masa +/-15cm de diámetro sin modificación a la maniobra de Valsalva, eritema en piel, no reductible de consistencia dura dolorosa a la palpación. Resto de examen semiológico normal, consciente y orientada, Glasgow 15/15. **(FIGURA 1)**

Se solicitan laboratorios: glóbulos rojos 5.200.000mm³, Hematocrito 51%, Hemoglobina 16.3g/%, glóbulos blancos 13.200mm³, cayados 1%, segmentados 90%, glicemia 95mg/dl, creatinina 2.7mg/dl. T. protrombina 13seg., actividad 100%, proteínas 6g/dl, albumina 3.1g/dl.

FIGURA 1: Región crural derecha

FUENTE PROPIA

FIGURA 2: Radiografía simple de abdomen



FUENTE PROPIA

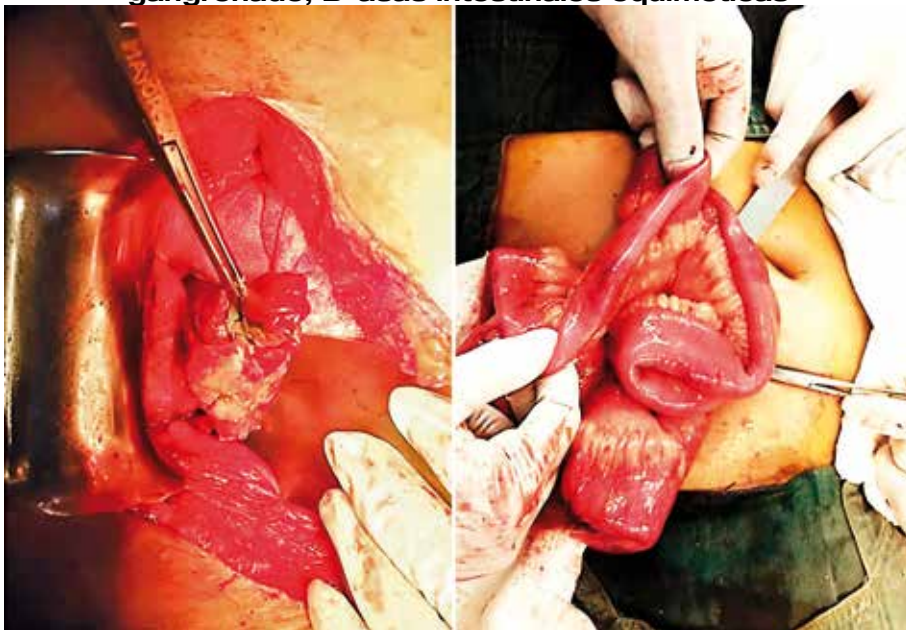
Radiografía de abdomen evidencia borramiento de la grasa preperitoneal y de psoas derecho, niveles hidroaereos

y escoliosis antialgica. **(FIGURA 2)**

Con los datos clínico-semiológicos/topográficos y exámenes complementarios; se da el diagnóstico de: **“Hernia Crural Derecha, Estrangulada, Fracaso Renal Agudo Prerenal”**. Se programa cirugía de emergencia previa valoración por anestesiología preoperatorio (ASA II), y firma de consentimientos informados tanto anestésico como quirúrgico.

Paciente en decúbito dorsal bajo anestesia raquídea. Se procede a abordaje anterior en región inguinal derecha, diéresis por planos, identificación y apertura de aponeurosis de oblicuo mayor, se realiza quelotomía e inguinalización de saco crural se procede a tratamiento del mismo, identificando epiplón con áreas de necrosis que cubre a apéndice cecal aumentado de tamaño, gangrenado cubierto con natas de fibrina y asas intestinales dilatadas con áreas de equimosis **(FIGURA 3: A y B)**; se realiza apendicectomía típica, resección de saco herniario, además de devanamiento de asas intestinales y herniorrafia inguinal derecha técnica de McVay; cierre de región operatoria, procedimiento sin complicaciones.

FIGURA 3: Hallazgos intra operatorios; A=apéndice gangrenado, B=asas intestinales equimóticas



FUENTE PROPIA

Se da el diagnóstico post operatorio de “**Hernia de Garengéot, Hernia Crural Derecha Estrangulada, Apendicitis Aguda Gangrenada, Fracaso Renal Agudo Prerenal**”.

Pasa a sala de cirugía, para hidratación parenteral y antibióticoterapia biasociada, con evolución favorable, es dada de alta al 5to día postoperatorio en buenas condiciones generales. No hubo complicaciones inmediatas, ni tardías, ni recidiva hasta los 4 meses de seguimiento.

DISCUSION:

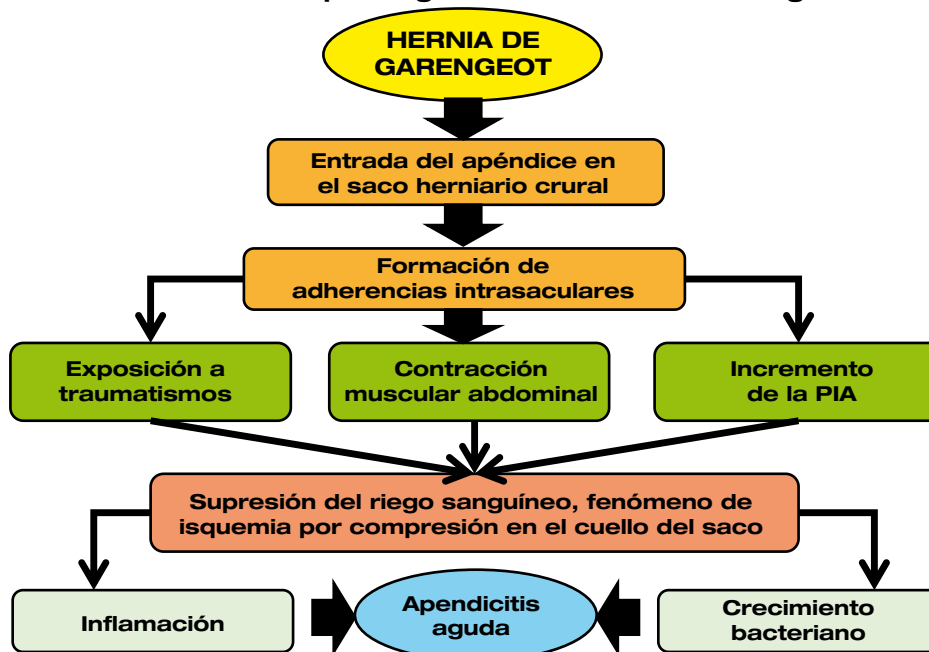
A nivel mundial, se han publicado aproximadamente 100 casos sobre hernia de Garengéot; es considerada un subtipo de hernia muy poco habitual con una incidencia del 0,5-5% dentro de las hernias crurales y la presencia de apendicitis es aún más rara en 0,08-0.13 al 1%^{5,6}. Al igual que las hernias crurales, si bien se tiene un componente congénito relacionado a la colagenosis por déficit de colágeno tipo 1 y 3, se han descrito algunos factores predisponentes como ser: tendencia en el género femenino, el embarazo donde se genera hiperpresión

abdominal, etapa post menopausica o edad avanzada a razón de 13:17. Otros factores mencionados están el consumo de tabaco y alteraciones del tejido conectivo por déficit de vitaminas y oligoelementos⁸.

Explicando la fisiopatología algunos autores postulan la disposición anatómica del ciego pélvico con el apéndice localizado en la pelvis menor siendo esta una teoría bastante aceptada para la explicación en la predisposición de este tipo de hernias⁹. Basado en la teoría y los hallazgos, nosotros consideramos la siguiente secuencia para la fisiopatología de esta entidad: **(FIGURA 4)**

El diagnóstico temprano es complejo, ya que como cualquier hernia cursa con su evolución natural puede atascarse o estrangularse. Entre los medios diagnósticos: los estudios laboraroriales pueden estar alterados o simplemente normales. Los estudios imagenologicos pueden orientarnos en el diagnóstico¹⁰, pero no siempre están disponibles de forma continua en los centros hospitalarios públicos como la ecografía; o la tomografía que es costo/ beneficio para los pacientes.

FIGURA 4: Fisiopatología de la Hernia de Garengéot



FUENTE PROPIA

Referente a la conducta quirúrgica, en una revisión retrospectiva de Sharma y cols. de 16 años, reportan siete casos de hernia de Garegeot (cuatro apéndices normales, dos con proceso inflamatorio y sólo un caso con perforación); los autores concluyeron que el tiempo de evolución relacionado con el proceso inflamatorio determinaba el abordaje quirúrgico y tipo de reparación a seguir. Realizaron un abordaje inguinal en todos los pacientes, colocaron material protésico en apéndices normales, después cierre del defecto con sutura; en los casos inflamatorios sin perforación y sólo en el caso perforado tuvieron que realizar laparotomía; la estancia intrahospitalaria máxima fue tres días, sin recurrencias ni mortalidad y sólo el caso con perforación presentó infección del sitio quirúrgico^{11,12}.

Las técnicas de mínima invasión son una alternativa vigente pero su uso depende del estado del paciente, tiempo de evolución, ya que en muchos casos es solo un preámbulo a una técnica abierta o una laparotomía formal, añadir que depende mucho de la disponibilidad de equipos de laparoscopia y la experiencia del equipo quirúrgico para su resolución¹³.

Comparando la literatura descrita, nuestra paciente epidemiológicamente cumple varios criterios que son predisponentes a esta variedad de hernias, acotar que la clínica como los exámenes complementarios guiaron a una patología de pared abdominal complicada, pero el hallazgo intraoperatorio hizo modificar la técnica quirúrgica y elegir la mejor conducta en base a lo evidenciado en el acto quirúrgico. Para concluir mencionaremos las palabras del Dr. Miguel Magdaleno García Cirujano Mexicano “No es que no existan los casos raros, si existen, lo que nos falta es publicarlos”.

AGRADECIMIENTOS:

A la paciente y familiares por autorizarnos para poder compartir información de esta rara y poco frecuente patología. A mis maestros de emergencias del Hospital Obrero N°1; Dra. Martha Pacheco, Dr. Simeón Zeballos, Dr. Carlos Álvarez, Dr. Guillermo Prudencio, por sus enseñanzas y su apoyo en la formación de nuevas generaciones de cirujanos.

CONFLICTO DE INTERESES:

El autor declara no tener ningún conflicto de interés

REFERENCIAS

1. Arce C., Rojas R., López L., Correa M., Sánchez R., Soskim A., Apéndice cecal en el saco herniario *Hernia de Garegeot vs Hernia de Amyand presentación de casos clínicos*, An Fac Cienc Méd 2009; 42 (1): 51-4
2. Satorras A., Vazquez J., Pigno L., Salem A., Ramos A., *Hernias de pared abdominal de localización poco frecuente*, Cir Esp. 2006;79(3):180-3
3. Hernández A., León A., Murillo A., *Hernia de Garegeot*, Cir Gen 2012; 34 (1):78-82
4. Díaz R., Rodríguez F., Bustos A., Alfaro J., *Cirugía laparoscópica de una hernia de Garegeot: presentación poco frecuente de una hernia crural*, Rev Chil Cir. 2016; 68 (6):446-48
5. Sardiñas R., Guerra O., *Las hernias de Amyand y Garegeot como expresión del apéndice cecal en la región inguinfemoral*, Rev Cub de Ciru, 2019;58(4): 1-8
6. Barragan L., Calle A., Bravo C., Baquero P., Solano C., *Hernia de Garegeot en centro de cirugía básico*, Rev Biomed, 2020;3(4): 1-4
7. Pérez C., Calderón A., Sarrugarte A., Porcel P, Prieto M., *Hernia de De Garegeot: dos casos de esta rara entidad*. Rev Hispanoam Hernia. 2018;6(3):141-44
8. López J., Anduaga M., Silva I., Muñoz L., *Hernia de Garegeot contenido inusual de saco herniario*, Rev Acircal. 2018; 5 (1): 73-80

Casos Clínicos

9. *Martínez N., Alfonso C., Sosa J., Hernia de Garengeot, Rev Cub Med Mil 2013;42(1):110-15*
10. *Matzke G., Espil G., Ramon N., Larrañaga A., Oyarzun A., Kozima S., Un recorrido por la pared abdominal: evaluación de las hernias por tomografía computada multidetector, Rev Arg Radiol, 2017; 81(1): 39-49*
11. *González N. Martínez F., Lucena J., Jiménez E., Sánchez V., Hernia de Garengeot hernia crural encarcelada contenido el apéndice revisión de la literatura a propósito de 2 casos, Cir Esp, 2017; 95 (3): 177-78*
12. *Romer A., Robayo D., Vinck E., Triviño A., Sacipa S., Gomez E., Hernia de Garengeot y revisión de las variantes encarceladas, Rev Colom Cir, 2022; 37,(1), 122-28*
13. *Ruiz A., Farell J., Marmolejo A., Sosa A., Cruz A., Abordaje de hernias poco frecuentes por cirugía de mínimo acceso: serie de casos, Rev Mex Cir Endoscop, 2020; 21(1): 6-14*