

Reporte de caso de hernia de Garegeot en un centro de cirugía ambulatoria

Alberto Aznar-Jean¹
Ruth Ivonne Acevedo-Estrada²

¹ Médico Cirujano del Centro de Cirugía Ambulatoria.
² Jefe de Servicio de Anestesiología del Centro de Cirugía Ambulatoria.
Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE.

RESUMEN

Se presenta el caso de una mujer de 70 años de edad que fue enviada del primer nivel al centro de cirugía ambulatoria, al servicio de cirugía general, con diagnóstico de hernia femoral derecha. Se practicó cirugía y se encontró una hernia de Garegeot en el canal femoral derecho. Se trató mediante apendicectomía Parker-Kerr más plastia femoral Mosckowitz; la paciente evolucionó en forma adecuada y sin complicaciones. El apéndice cecal herniando el canal femoral se llama hernia de Garegeot. Su frecuencia es muy baja y el diagnóstico preoperatorio es complejo y generalmente se hace en el transoperatorio.

Palabras clave: hernia de Garegeot, apéndice cecal, hernia femoral, cirugía ambulatoria.

Case report of Garegeot hernia in an ambulatory surgery center

ABSTRACT

Case of a 70-year-old female, who was sent from a first level at CCA, at service of General Surgery diagnosed with right Femoral Hernia, thereby surgery was performed, finding a Garegeot Hernia located in the right femoral canal; the patient was handled with appendectomy Parker-Kerr's plus femoral Mosckowitz plasty; the patient developed properly and without complications. The presence of the appendix herniated in the femoral canal is called Herniated Garegeot. Its frequency is very low and the preoperative diagnosis is complex and usually done intra-operatively.

Keywords: Herniated Garegeot, cecal appendix, Femoral Hernia and Ambulatory Surgery.

Recibido: 11 de febrero, 2015

Aceptado: 20 de abril, 2015

Correspondencia: Dr. Alberto Aznar Jean
Centro de Cirugía Ambulatoria
Avenida Politécnico Nacional 1669
CP 07760 México, D.F.
Tel.: (55) 55865053
aaznar@prodigy.net.mx

Este artículo debe citarse como
Aznar-Jean A, Acevedo-Estrada RI. Reporte de caso de hernia de Garegeot en un centro de cirugía ambulatoria. Rev Esp Med Quir 2015;20:210-214.

INTRODUCCIÓN

El conocimiento de las hernias es tan antiguo como la medicina misma y ha sido tema de interés de anatomistas, cirujanos e historiadores de la medicina. Extrañamente el epónimo hernia de Garegeot no es universalmente conocido y, en ocasiones, mal utilizado debido a la casi nula inclusión de esta terminología en los textos de cirugía.¹ René Jacques Croissant de Garegeot, 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 apendicectomía en una hernia femoral.²⁻⁴ 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.

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.⁵ 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.⁶⁻⁸

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.⁹⁻¹¹ 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.¹²⁻¹⁴

La evolución natural de la enfermedad sin tratamiento oportuno es tórpida y presenta com-

plicaciones con desarrollo de absceso, fascitis necrosante, necrosis del contenido herniario y obstrucción intestinal, para finalmente llevar a la muerte.¹⁵ En la literatura especializada 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 70 años de edad con los siguientes antecedentes de importancia: exposición a humo de leña durante la infancia, hipertensión de reciente inicio tratada con captopril 1x1, gesta: X, partos: X en 2 partos analgesia obstétrica sin complicaciones, fractura de mano derecha manejada con tratamiento conservador y anestesia odontológica para prótesis dental total sin complicaciones, resto interrogado y negado. Toxicomanías: negadas. Acude por aumento de volumen en la región inguinal derecha desde hace 4 meses, indolora, que solo duele después del esfuerzo moderado, EVA: 2-3/10 sin otros síntomas agregados por lo que acude a su unidad médico-familiar de primer nivel de atención y es referida a un centro de cirugía ambulatoria, al servicio de cirugía general, para su atención.

A la exploración física: signos vitales TA: 155/78; FC: 58x'; FR:21x'; T°: 36.8 peso: 53.500 g; talla: 1.45 cm; IMC: 25.4; tegumentos y mucosas bien hidratados y de adecuada coloración, sin datos de compromiso cardiorrespiratorio. Abdomen blando, depresible, no doloroso, con peristaltismo normal, sin tumores o adenomegalias. En la región inguinal derecha (crural) aumento de volumen, dolorosa a la palpación profunda que aumenta con la maniobra de Valsalva; sin otros datos positivos. Resto de exploración física sin datos relevantes.

Resultados de laboratorio: glucosa 108; urea: 28; creatinina: 0.65; leucocitos: 5 400; hemoglobina: 14.7; hematocrito: 43.8; plaquetas:

238 000; grupo y RH: O+; TP: 10.8"; TPT: 23.7"; INR: 0.97; ECG y Rx de tórax: normales; USG de región inguinal derecha: canal inguinal derecho con ganglio de 13 mm y aumento de volumen a expensas de material ecogénico heterogéneo y asa intestinal, más evidente con maniobra de Valsalva, de etiología a determinar. Se programó para plastia femoral derecha.

Durante el transoperatorio (Figuras 1 y 2) el hallazgo fue apéndice cecal con reacción inflamatoria grado I, en el canal femoral derecho, por lo que se realizó apendicectomía tipo Parker Kerr por abordaje abdominal y cierre por planos (Figuras 3 y 4); se practicó plastia femoral tipo Mosckowitz sin colocación de malla; no se reportaron complicaciones anestésicas ni quirúrgicas. Se decidió hospitalización por 24 horas para vigilancia. Evolución satisfactoria y egreso por mejoría. Hasta la fecha la paciente se encuentra asintomática. El estudio histopatológico reportó apéndice cecal con hiperplasia linfoide tipo nodular (Figuras 5 y 6).



Figura 1. Anillo crural dilatado. Hernia reducida.

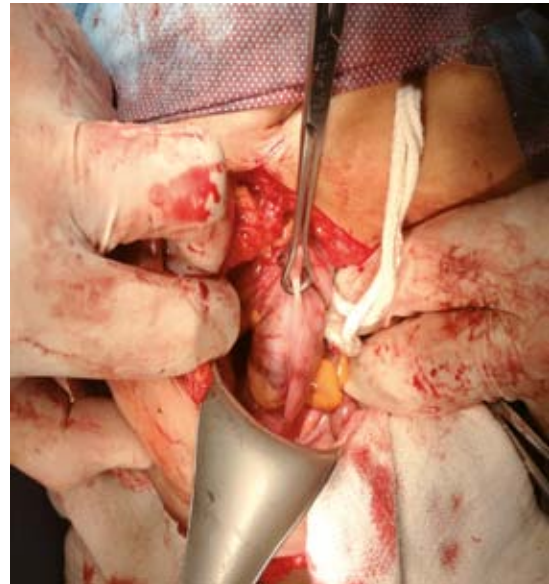


Figura 2. Apéndice cecal herniado a través del anillo crural.



Figura 3. Plastia tipo Mosckowitz.

Al igual que lo descrito en la literaturas la paciente tuvo diagnóstico transoperatorio. El



Figura 4. Contenido herniario (apéndice cecal).

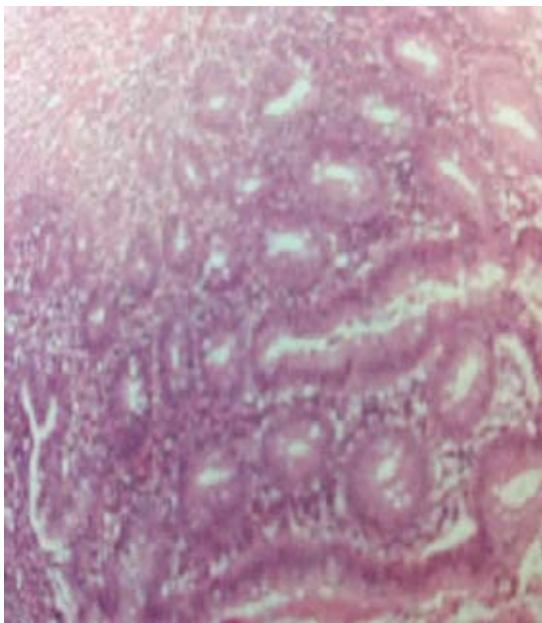


Figura 5. Laminilla delapéndice cecal, corte histopatológico.

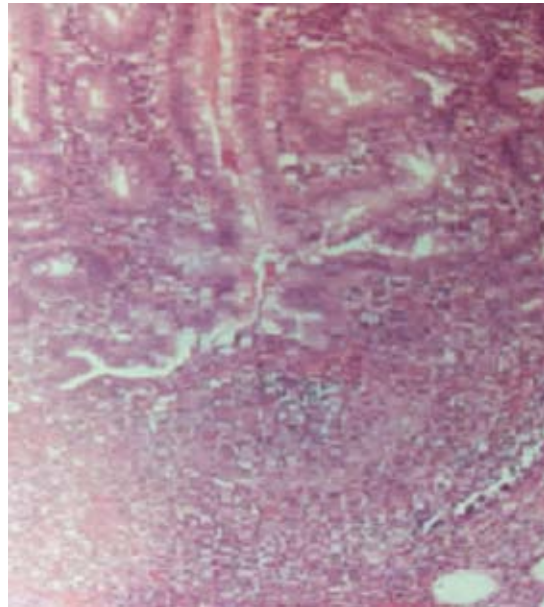


Figura 6. Microfotografía delapéndice cecal: hiperplasia linfoide de tipo nodular.

apéndice cecal se encontraba, en su totalidad, en el interior del canal femoral pero sin signos inflamatorios macroscópicos; patología reporto apéndice cecal con inflamación grado I.

La hernia de Garegeot, como las hernias de Littré, Maydl y Amyand, es una entidad nosológica poco frecuente, aún así, está bien tipificada y descrita en la literatura clásica de la cirugía. Es clara la importancia de su diagnóstico y tratamiento quirúrgico oportunos debido al alto riesgo de complicaciones, potencialmente letales para el paciente. Es necesario que la hernia de Garegeot sea comentada y difundida de manera generalizada, en los textos convencionales de cirugía moderna, para no retrasar u omitir su detección, su abordaje inmediato y resolución con los criterios adecuados.

REFERENCIAS

1. 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.
2. Cordera F, Sarr MG. Incarcerated appendix in a femoral hernia sac. *Contemp Surg* 2003;59:35-37.
3. Zissin R, Brautbar O, Shapiro-Feinberg M. Ct diagnosis of acute appendicitis in a femoral hernia. *Br J Radiol* 2000;73:1013-1014.
4. Sharma H, Jha PK, Sheekhawat NS, Memon B, Memon MA. De Garengeot hernia: an analysis of our experience. *Hernia* 2007;11:235-238.
5. Tanner N. Strangulated femoral hernia appendix with perforated sigmoid diverticulitis. *Proc R Soc Med* 1963;56:1105-1106.
6. D'Ambrosio N, Katz D, Hines J. Perforated appendix within a femoral hernia. *AJR Am J Roentgenol* 2006;186:906-907.
7. Wyatt JP, Varma JS. Femoral hernia appendix causing small intestinal obstruction. *Postgrad Med J* 1992;68:223-224.
8. 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.
9. Luchs JS, Halpern D, Katz DS. Amyand's hernia: prospective CT diagnosis. *J Comput Assist Tomogr* 2000;24:884-886.
10. Bhalla A, Bhalla V. De Garengeot hernia: a case study and literature review. *The Internet Journal of Surgery* 2007;13:11.
11. 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.
12. Nguyen ET, Komenaka IK. Strangulated femoral hernia containing a perforated appendix. *Can J Surg* 2004;47:68-69.
13. Guirguis EM, Taylor GA, Chadwick CD. Femoral appendicitis: an unusual case. *Can J Surg* 1989;32:380-381.
14. Watson SD, Saye W, Hollier PA. Combined laparoscopic incarcerated herniorrhaphy and small bowel resection. *Surg Laparosc Endosc* 1993;3:106-108.
15. El Mansari O, Sakit F, Janati MI. Acute appendicitis on crural hernia. *Presse Med* 2002;31:1129-1130.