

Hernia de Garegeot

Pedro A. Loza Velásquez
Médico Asistente del Serv. Cirugía General Hospital María Auxiliadora

Correspondencia:
Pedro_loza@hotmail.com

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de 76 años con dolor epigástrico que migra hacia fosa ilíaca derecha de aproximadamente 24 horas de evolución. Se programa a sala de operaciones y entre los hallazgos se identifica al apéndice cecal necrosado, ubicado dentro de un saco herniario correspondiente a un defecto crural. Se procedió a apendicectomía y se decidió diferir la corrección del defecto de pared para un segundo tiempo. La evolución fue favorable quedando pendiente la corrección de defecto herniario posteriormente. Se discuten la frecuencia de la hernia de Garegeot y la hernia de Amyand, así como su presentación clínica, diagnóstico y manejo.

Palabras clave: Apendicitis. Hernia de Amyand. Hernia de Garegeot.

ABSTRACT

This is the case of a patient of 76 years with epigastric pain that migrates to the right lower quadrant about 24 hours earlier. It is programmed to operating room and between the findings, the appendix is identified necrotic, located within a hernia sac corresponding to a crural defect. We proceeded to appendectomy and deferred the wall defect correction for a second time. The outcome was favorable pending hernia defect correction later. We discuss the frequency of Garegeot's hernia and Amyand's hernia and clinical presentation, diagnosis and management.

Keywords: Appendicitis. Amyand's hernia. Garegeot's hernia.

INTRODUCCIÓN

Se conoce como hernia de Garegeot a aquella hernia crural que en su saco, contiene al apéndice cecal. Es importante diferenciarlo de la hernia de Amyand, que se define como aquella que contiene al apéndice cecal inflamado a través de un defecto inguinal^{1, 12}. La hernia de Garegeot así como la hernia de Amyand, son de infrecuente presentación. No existen datos precisos acerca de su prevalencia, solo existen algunos reportes de casos que ubican a la hernia de Garegeot entre un 0.5 a 5% de todas las hernias femorales^{11, 12} y a la hernia de Amyand en un 0.13% de los casos según lo descrito en literatura internacional^{3, 4, 5, 6}. No se disponen de estudios de la incidencia de ambas en nuestro país.

La hernia de Amyand fue descrita por primera vez por Claudius Amyand en 1735, en el hospital San George II, en Londres en un paciente de 11 años, quien presentó una hernia inguinal con fístula fecal en la región inguinal derecha⁷. Como detalle histórico curioso, cabe añadir que la primera apendicectomía exitosa realizada en los Estados Unidos fue realizada por Hall en 1886 precisamente en una hernia de Amyand⁵. Rara vez se realiza diagnóstico preoperatorio en la hernia de Amyand, atribuyéndose todo el cuadro abdominal como secundario a una hernia complicada^{1, 6, 7}.

Rene de Garegeot, cirujano francés, fue el primero en describir un cuadro de apendicitis aguda dentro de una

hernia femoral en el año 1731. Este tipo de hernia es mucho más frecuente en mujeres. El canal femoral, al ser rígido y estrecho, condiciona una tasa de encarcelación más elevada (14-56%) que en las hernias inguinales (6-10%). 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. La presencia de apendicitis dentro del canal femoral es aún más rara y representa apenas del 0.13 al 0.8% de todos los casos de apendicitis aguda¹⁵.

PRESENTACIÓN DEL CASO.

Se evalúa en el servicio de emergencia, a paciente mujer de 76 años que ingresa al servicio de emergencia por dolor abdominal epigástrico que migra hacia fosa ilíaca derecha de aproximadamente 24 horas de evolución acompañado de náuseas sin vómitos. Al examen. Paciente obesa (IMC 34 kg/m²). Abdomen: globuloso, blando, depresible, dolor y defensa muscular en fosa ilíaca derecha. Mc Burney (+). Blumberg (+). Antecedentes: Hipertensión arterial controlada.

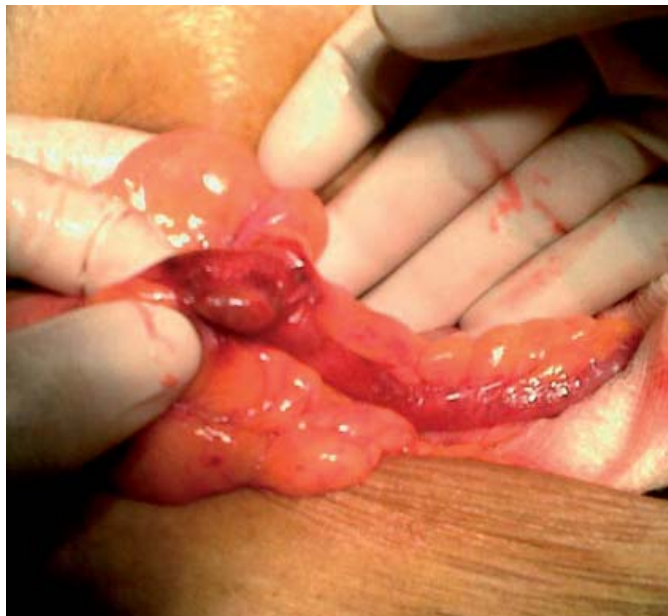


Foto 1.- Exposición apendicular. Ciego móvil, apéndice cecal necrosado en 1/3 proximal

E. Auxiliares: Hemograma: Leucocitos: 12 600 /mm³; Abastionados: 2% Ex. De orina: No leucocituria. No hematuria. Se programa a sala de operaciones con diagnóstico de apendicitis aguda. Se realiza abordaje transverso en fosa ilíaca derecha. Al ingresar a cavidad, se encuentra el ciego traccionado hacia región crural y apéndice cecal ubicado en su totalidad a través de defecto crural de aproximadamente 3 cm de diámetro.

Se procede a reducción del contenido herniario evidenciando cambios inflamatorios en 1/3 proximal

apendicular así como secreción seropurulenta en saco herniario, aproximadamente 20 cc. Se procedió a apendicectomía a muñón libre. Se decidió diferir la corrección del defecto de pared optando por la colocación de punto en jareta alrededor de defecto con material absorbible (ácido poliglicólico)

Evolución. Paciente evolucionó favorablemente en su primer día post operatorio presentando leve dolor en zona operatoria. Afebril. Se decidió iniciar vía oral presentando adecuada tolerancia. Paciente fue dada de alta al 3er día post operatorio en buenas condiciones con indicación de control ambulatorio para posterior resolución quirúrgica de patología herniaria.

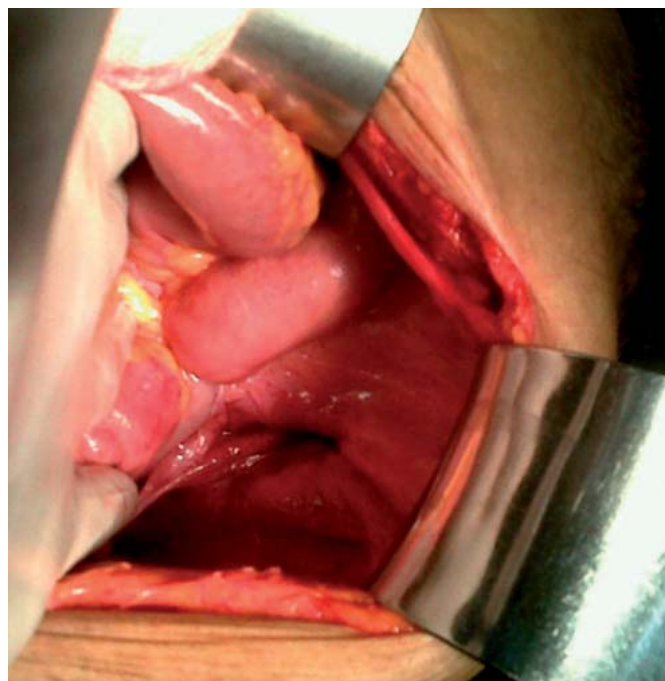


Foto 2. Identificación de defecto crural.

DISCUSIÓN.

Tanto la hernia de Amyand como la hernia de Garengot, son de infrecuente presentación. Pocos cirujanos saben de la contribución al tema, de Rene Jacques Croissant De Garengot (1668-1759), quien fue el primero en describir el apéndice en un saco femoral. La hernia de De Garengot es una rareza dentro de las hernias de la pared abdominal¹⁴. Solo 71 casos de apendicitis en hernia crural han sido reportados en la literatura inglesa tal como lo describen Wiszniewski y col¹⁰.

Es importante considerar la presencia de una hernia de Amyand y la hernia de Garengot en aquellos pacientes con antecedente de hernia inguinal derecha que presenten agudamente cambios inflamatorios sugestivos de estrangulación relacionando los

síntomas prodrómicos típicos de una apendicitis como son el dolor epigástrico o peri umbilical, que posteriormente migra hacia la fosa iliaca derecha y/o a la región inguinal⁶. En muy pocas ocasiones es posible llegar al diagnóstico preoperatorio de la hernia de Garegeot o la hernia de Amyand^{1, 6, 8, 12, 14, 15}. Posterior a la apendicectomía, existe controversia sobre el tipo de reparación a realizar o el diferir la misma para un segundo tiempo. Existen reportes que sugieren el abordaje laparoscópico en el manejo de la apendicitis y la reparación abierta sin uso de prótesis^{8, 11}. Otros reportan ambas conductas por vía abierta, tanto la apendicectomía como la rafia herniaria⁵. La mayoría de

reportes coinciden en la reparación primaria herniaria sin empleo de prótesis^{8, 11, 14}.

En el caso descrito, el diagnóstico preoperatorio fue apendicitis aguda. Se realizó abordaje por fosa ilíaca derecha y se procedió a apendicectomía a muñón libre decidiéndose diferir la reparación primaria del defecto de pared. Se optó por colocar puntos invaginantes alrededor del defecto desde su cara peritoneal. Se brindó cobertura antibiótica evidenciando favorable evolución y dándose alta en favorables condiciones, sin evidencia de recidiva herniaria, quedando el defecto de pared pendiente para una reparación posterior.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pablo Vidal. Hernia de Amyand. Cirujano General .Vol. 27 Núm. 4 – 2005.
2. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=7065599&dopt=Abstract
3. Peraza Casajús J Metal. Hernia de Amyand: Descripción de un caso con diagnóstico preoperatorio Sanid. mil. 2011; 67 (2): 98-99; ISSN: 1887-8571)
4. Domingo Torres et al. Hernia de Amyand: presentación de un caso y revisión de la literatura. Arch Cir Gen Dig, 2003 Sep 22 © Cirugest
5. Pedro López Rodríguez et al. Presentaciones de casos Hospital General Docente "Enrique Cabrera" Hernia de Amyand: presentación de dos casos. Rev Cubana Cir 2005;44(1).
6. Rubén D. Algieri et al. Consideraciones Anatómicas en la hernia de Amyand. Hosp Aeronáut Cent 2012; 7(1): 14-15. (J R Soc Med. 1993 February;86(2):104-105. Amyand's hernia. R Huthinson).
7. Torres Hernández D, et al. Hernia de Amyand: Presentación de un caso y revisión de la literatura. Arch Cir Gen Dig 2003. Sep 22
8. Milanchi S, Allins. Amyand's hernia: history, imaging, and management. Hernia. 2008 Jun;12(3):321-2
9. P. Priego, E. Lobo, et al. Acute appendicitis in an incarcerated crural hernia: analysis of our experience. Rev Esp Enferm Dig (Madrid). Vol. 97. N.º 10, pp. 707-715, 2005
10. Marcin Wiszniewski, et al. Femoral hernia with acute appendicitis in a male patient. Wiadomosci Lekarskie 2008 LXI, 1-3.
11. H. Sharma et al. De Garegeot hernia: an analysis of our experience. Hernia (2007) 11:235-238
12. Arce Aranda C. et al. Apéndice cecal en el saco herniario: Hernia de Garegeot vs Hernia de Amyand. Presentación de casos clínicos. An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción) / Vol XLII - Nº 1, 2009
13. Augustine Chung et al. De Garegeot's Hernia N Engl J Med 2009; 361:e18
14. Ana Yenlyn Martínez Pedroso. Hernia de De Garegeot. A propósito de un caso. Facultad de Ciencias Médicas "Calixto Garcías" Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. 2010
15. Adriana Hernández López et al. Hernia de Garegeot. Reporte de caso y revisión de literatura. Cirujano General Vol. 34 Núm. 1 - 2012