

APENDICITIS AGUDA GANGRENOSA EN HERNIA CRURAL ESTRANGULADA (HERNIA DE GARENGEOT)

J.P. Roldán-Aviña, S. Merlo-Molina, L. Vargas-Puerto, A.L. Benjumea-Trigueros, E. Romero-Vargas,
C. del Álamo-Juzgado

Hospital de Alta Resolución de Écija. Sevilla.

Resumen

El diagnóstico y el tratamiento de las hernias crurales encarceladas o estranguladas supone un reto que debe ser resuelto con prontitud por el cirujano. Presentamos el caso de una paciente de 92 años remitida por hernia crural dolorosa e irreductible de 4 horas de evolución, intervenida con carácter urgente y en la que se encontró al abrir el saco herniario el apéndice cecal estrangulado y gangrenoso (hernia de Garengéot). Se revisa la bibliografía sobre todo en relación al tratamiento de cara a minimizar la aparición de complicaciones.

Palabras clave: apendicitis aguda, hernia crural estrangulada, hernia de Garengéot.

Abstract

The diagnosis and treatment of incarcerated or strangulated femoral hernias is a challenge that must be addressed promptly by the surgeon. We report the case of a 92 year-old patient referred with a painful and irreducible femoral hernia of

about 4 hours of evolution who was operated urgently presenting strangled and gangrenous cecal appendix (De Garengéot's hernia). Literature, especially in relation to the best treatment of choice, is reviewed.

Key words: appendicitis, femoral strangulated hernia, De Garengéot's hernia

Introducción

El epónimo "hernia de Garengéot" queda reservado para describir la presencia del apéndice cecal encarcelado dentro de un saco herniario crural¹, debiendo su nombre al cirujano francés René Jacques Croissant de Garengéot que la describió en el año 1731².

Por su baja frecuencia, se ha de establecer un alto nivel de sospecha, siendo de vital importancia el diagnóstico y tratamiento precoces para evitar la aparición de complicaciones graves e incluso letales.

Aún hoy en día existe un debate sobre cuál es la mejor forma de realizar el tratamiento quirúrgico tanto desde el punto de vista de la extirpación o no del apéndice como el uso o no de material protésico para la reparación herniaria.

CORRESPONDENCIA

Juan Pastor Roldán-Aviña
jproldan@aecirujanos.es

Caso clínico

Mujer de 92 años con cardiopatía isquémica hipertensiva bien controlada y hernia crural derecha de larga evolución como únicos antecedentes. Acude a su médico de atención primaria por presentar desde 3 horas antes dolor y aumento de tamaño de la hernia, junto con dolor abdominal sin referir náuseas, vómitos ni fiebre. Al no lograr la reducción herniaria es remitida urgencias de nuestro centro donde es valorada por el cirujano de guardia unas 4 horas después de haberse iniciado el cuadro.

A la exploración se encuentra afectada por el dolor con postura y marchas antiálgicas. Presenta una hernia crural derecha irreductible muy dolorosa (con irradiación al hemiabdomen inferior), con signos inflamatorios en la zona (piel enrojecida y edematosa). Con la sospecha de hernia crural estrangulada se indica cirugía urgente; la analítica de urgencias no presenta alteraciones.

Bajo anestesia raquídea, y con la administración de Cefazolina 2 g IV como profilaxis antibiótica se realiza un abordaje anterior de la hernia encontrando saco herniario de aspecto inflamatorio de unos 6 cm de diámetro que sale a través del orificio crural de unos 3 cm. Al abrir el saco herniario sale una pequeña cantidad de líquido serosanguinolento encontrando apéndice cecal estrangulado gangrenoso (Figuras 1 y 2). Se dilata el anillo herniario para confirmar que no existe afectación vascular del ciego que no se puede exteriorizar por estar fijo al retroperitoneo. Se realiza apendicectomía seccionando con Endo GIA™ 30-2.5 (Covidien) ante la imposibilidad de invaginar el muñón, y ligando el meso mediante punto por transfixión con Vicryl 2/0, cerrando posteriormente el saco herniario con el mismo material para reintroducirlo a continuación a través del defecto herniario. Se administra Amoxicilina+Ácido clavulánico 2 g IV. Lavado con abundante suero salino del espacio preperitoneal, confirmando que tras la dilatación el orificio herniario presenta unos 4 cm de diámetro. Se decide reparación protésica colocando tapón de polipropileno macroporoso de bajo peso molecular (TL3D 4,6 x 4,3 cm Dipromed™) que se fija con puntos sueltos de Vicryl 2/0 al ligamento inguinal por encima y al ligamento de Cooper por debajo.



Figura 1 Apéndice cecal gangrenoso con mesoapéndice congestivo.

Apéndice cecal gangrenoso con mesoapéndice congestivo.

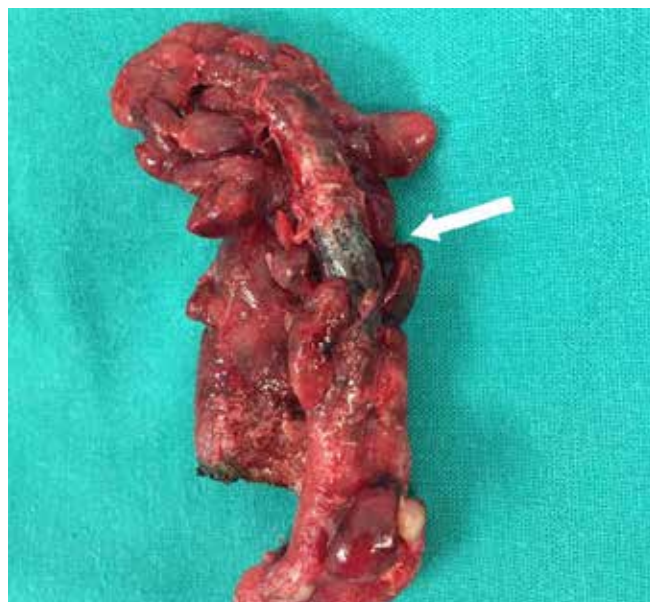


Figura 2 Pieza de apendicectomía donde se puede observar el anillo de estrangulación (flecha).

Pieza de apendicectomía donde se puede observar el anillo de estrangulación (flecha).

El postoperatorio cursa de forma satisfactoria siendo dada de alta la paciente a las 48 horas de la intervención. En el seguimiento postoperatorio no aparecieron complicaciones manteniendo un nivel de actividad igual al previo a la intervención.

Discusión

Las hernias crurales son más frecuentes en las mujeres (sobre todo de edad avanzada) en una proporción que varía de 3:1 a 6:1 según series, siendo más frecuente la incarceration que en las hernias inguinales debido a la estrechez y rigidez del canal femoral³. La presencia del apéndice cecal en un saco herniario crural varía entre un 0,9% a un 5%^{3, 4} y sólo un 0,13%-0,8% de las apendicitis agudas aparecen en una hernia crural³.

El diagnóstico preoperatorio es difícil siendo generalmente un hallazgo intraoperatorio^{3, 5}, debiendo sospecharse en pacientes con hernia crural incarcerationada que presenten dolor abdominal³, sobre todo si presenta además signos de irritación peritoneal^{5, 6}. Los datos analíticos suelen ser inespecíficos al igual que la presencia o no de fiebre⁵. Respecto a las pruebas de imagen el TAC es la técnica más adecuada^{3, 5}, aunque no se realiza de forma rutinaria ya que retrasa el momento de la cirugía.

En cuanto al tratamiento existe unanimidad en la necesidad de abrir siempre el saco herniario en las hernias incarcerationadas⁶, así como en el uso de antibióticos de amplio espectro^{3, 5}. Respecto a la apendicectomía está ampliamente aceptado que es seguro realizarla a través del saco herniario abierto^{5, 7}. La controversia establecida en las última década sobre el uso o no de material protésico en la reparación herniaria parece haberse resuelto estableciendo por consenso que si no hay signos de perforación o de absceso apendicular es segura la utilización de mallas^{6, 7}.

La tasa de infección de la herida quirúrgica se sitúa alrededor del 30%³, Tanto la infección como otras complicaciones más graves descritas (fascitis necrotizante, obstrucción intestinal, sepsis abdominal e incluso exitus) se asocian al retraso en el diagnóstico y a un tratamiento tardío^{3, 4, 7, 8}.

En conclusión, en pacientes con hernia crural derecha encarcerada que presenten dolor abdominal de características peritoníticas se mantendrá un alto nivel de sospecha de que pueda existir una hernia de Garegeot, y se deberán intervenir con prontitud. La apendicectomía se puede realizar a través de la hernia y se podrá usar material protésico en aquellos casos en que no exista perforación o absceso apendicular.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Chung A, Goel A. De Garegeot's hernia. *N Engl J Med*. 2009; 361: e18. Disponible en: DOI 10.1056/NEJMicm0802611.
- 2.- 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: 210-4. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2015/rmq152n.pdf>
- 3.- Abdul W, Thomas C, Swarnkar K. De Garegeot's hernia: a rare presentation of an ischemic appendix within a strangulated femoral hernia in an elderly male. *Int J Case Rep Images*. 2014; 5: 839-43. Disponible en: DOI 10.5348/ijcri-2014145-CR-10456
- 4.- Hernández A, Takahashi AM, Murillo A. Hernia de Garegeot. Reporte de caso y revisión de la literatura. *Cir Gen*. 2012; 34: 78-82. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2012/cg1211.pdf>
- 5.- Priego P, Lobo E, Moreno I, Sánchez S, Gil MA, Alonso N et al. Apendicitis aguda en una hernia crural encarcerada: análisis de nuestra experiencia. *Rev Esp Enferm Dig*. 2009; 97: 707-15. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082005001000004&lng=es
- 6.- Ardeleanu V, Chicos S, Tutunaru D, Georgescu C. A rare case of acute abdomen: Garegeot hernia. *Chirurgia*. 2013; 108: 896-9. Disponible en: <http://revistachirurgia.ro/pdfs/2013-6-896.pdf>
- 7.- Kalles V, Mekras A, Papapanagiotou I, Al-Harethee W, Sotiropoulos G, Liakou P et al. De Garegeot's hernia: a comprehensive review. *Hernia*. 2013; 17: 177-82. Disponible en: DOI 10.1093/jscr/rju008
- 8.- Nguyen ET, Komenaka IK. Strangulated femoral hernia containing a perforated appendix. *Can J Surg*. 2004; 45: 264-8. Descrito en: <http://canjsurg.ca/wp-content/uploads/2014/03/47-1-68.pdf>