



P-396 - HERNIA DE GARENGEOT: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

B. Martínez Soriano, H. Almeida Ponce, G. Pola Bandrés, E. Echazarreta Gallego, L. Lamata de la Orden, P. Palacios Gasós, I. Gil Romea y L. Escribano Negueruela

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Resumen

Objetivos: Informar sobre dos casos de apendicitis aguda localizada en el interior de una hernia femoral mostrando los resultados.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 72 años. Acude a Urgencias por presentar masa dolorosa a nivel inguinal derecho de 12 horas de evolución. La exploración revela masa a nivel crural dura, dolorosa e irreductible de 4 cm. No signos ni síntomas de obstrucción intestinal. Se solicitó ecografía que reveló la presencia de anillo herniario derecho con posible contenido intestinal. La paciente fue intervenida de urgencia. Se halló hernia femoral que contiene apéndice ileocecal con signos isquémicos y surco de estrangulación, sin perforación ni exudado purulento. Se realizó otra incisión sobre punto de McBurney derecho para realizar apendicectomía convencional. Se realizó hernioplastia convencional. El postoperatorio transcurrió sin incidencias. Caso 2: mujer de 84 años. Acude a Urgencias por presentar fiebre alta y tumoración crural derecha de 10 × 8 cm, con signos inflamatorios. Analítica: 39.000 leucocitos. Se interviene bajo anestesia general practicando incisión crural derecha, donde se evidencia absceso extraperitoneal submuscular que contiene abundante material purulento y gas. Se realiza esfacectomía. Se comprueba anillo crural no ocupado por donde mana pus. En el postoperatorio inmediato se practica TAC abdominal que es informado como área de edema-empastamiento en FID que se conexiona desde ligamento ancho-trompa derecha hasta pared abdominopélvica. Al tercer día postoperatorio presenta fístula intestinal a través de herida quirúrgica. Se realiza fistulografía objetivando comunicación con apéndice ileocecal. Se reinterviene quirúrgicamente, presentando apéndice situado en orificio crural derecho. Se realizó apendicectomía sin incidencias. Buena evolución postoperatoria.

Discusión: Este tipo de hernia fue descrita por primera vez en 1731 por el cirujano francés René Jacques Croissant de Garengot. Sólo hay constancia en la literatura de unos 90 casos. Tiene una prevalencia de 0,5-5% de todas las hernias femorales, pero la presencia de un apéndice inflamado o perforado sólo ocurre en el 0,08-0,13% de todas las hernias femorales, por lo tanto se trata de un hallazgo todavía más excepcional. La baja incidencia de esta entidad puede justificarse por la necesidad de que existan alteraciones anatómicas tales como la existencia de un apéndice largo, implantación baja o anormal del apéndice en el ciego, rotación intestinal o excesiva movilidad del ciego. La presentación clínica más frecuente se da en mujeres de edad avanzada, con masa crural irreductible y ausencia de síntomas de obstrucción intestinal. El diagnóstico de hernia de Garengot suele establecerse durante la cirugía, aunque tanto la ecografía como la tomografía computarizada

pueden revelar la presencia de una estructura tubular dentro de la hernia. El tratamiento de elección es la apendicectomía urgente y la reparación del defecto herniario mediante hernioplastia con malla. En algunos casos, se acepta la realización de apendicectomía a través de la incisión infrainguinal, aunque en ocasiones es difícil conseguir la exteriorización completa del apéndice, por lo que puede ser necesario realizar otro tipo de incisión. La colocación de material protésico para reparar el defecto herniario es todavía un tema controvertido, y depende del grado de contaminación del campo quirúrgico.