



P-510 - HERNIA DE GARENGEOT DIAGNOSTICADA POR TC

García Amador, Cristina; de la Plaza, Roberto; Kühnhardt, André; Klein, Lea; Gonzales, Jhonny David; Valenzuela, José del Carmen; López, Aylhin; Ramia, José Manuel

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Resumen

Introducción: Se denomina hernia de Garengot (HG) a una hernia crural que contiene el apéndice cecal en el interior de su saco herniario. Su escasa frecuencia, 0,5-5% de las hernias crurales, hace que el diagnóstico suela ser intraoperatorio y que haya controversia en cuanto a su manejo. Sólo 2 casos han sido diagnosticados preoperatoriamente por TC. Presentamos un caso clínico con apendicitis añadida diagnosticado por TC.

Caso clínico: Mujer de 86 años que acude al servicio de urgencias por presentar desde hace 5 días una tumoración dolorosa en región inguinal derecha que ha aparecido después de un episodio de emesis. El abdomen es blando y depresible, presentando una tumoración inguinal derecha de 6 × 3 cm, dolorosa a la palpación y eritematosa, compatible con una hernia crural. Los parámetros analíticos se encuentran en rangos de normalidad, excepto la PCR 20,7 mg/l. La radiografía de abdomen no demuestra hallazgos patológicos. La ecografía y TC abdominal evidencian la presencia del apéndice cecal en el saco herniario. Se interviene quirúrgicamente, previa profilaxis con amoxicilina/ácido clavulánico 2 g/200 mg i.v.: incisión de Grégoire y apertura de saco herniario donde se objetiva apéndice cecal flemonoso adherido a la pared del saco. Se realiza apendicectomía, cierre del saco herniario y hernioplastia crural con tapón de polipropileno según técnica de Lichtenstein. La anatomía patológica confirma la existencia de apendicitis aguda flemonosa. No se ha producido morbilidad en 18 meses de seguimiento.

Discusión: La incidencia de apendicitis en el saco crural es de 0,08-0,13% de las hernias crurales. La presentación clínica más frecuente de la HG es una hernia crural encarcerada, sin alteración en la exploración abdominal. Si se acompaña de apendicitis añadida, en la mayoría de los casos hay ausencia de síntomas que puedan hacerla sospechar. La fiebre y la alteración de los valores analíticos no son constantes. La radiología simple no facilita su diagnóstico, aunque ayuda al de obstrucción intestinal si ésta aparece. Por ello, el diagnóstico suele ser intraoperatorio, siendo infrecuente de forma preoperatoria, como sucede en este caso. El abordaje terapéutico es controvertido. Aunque la presencia del apéndice cecal normal no es criterio obligatorio de apendicectomía, parece que lo más adecuado es realizarla. El uso de material protésico no se recomienda de forma generalizada debido al riesgo aumentado de infección, pero su empleo es posible en el caso de ausencia de perforación o absceso, siendo especialmente recomendable si hay defectos herniarios amplios en pacientes de edad avanzada. Recientemente se ha realizado el tratamiento por abordaje laparoscópico, sin embargo se requieren más casos para valorar las

ventajas, especialmente la menor incidencia de infección de herida quirúrgica. La complicación más frecuente de la HG es la infección de herida quirúrgica, que presenta una frecuencia de 14-29%. Otras descritas son la fascitis necrotizante e incluso la muerte, probablemente debido al diagnóstico tardío.