



# Hernia de Garengeot: hernia crural incarcerada conteniendo el apéndice. Revisión de la literatura a propósito de 2 casos

## De Garengeot's hernia: Incarcerated femoral hernia containing the vermiform appendix. Report of two cases and literature review

Las hernias inguinocrurales constituyen una enfermedad común. Sin embargo, que el saco herniario crural incarcerado contenga el apéndice es algo muy infrecuente. Presentamos 2 casos intervenidos en nuestro centro.

### Caso 1

Mujer de 85 años con antecedentes de hernioplastia inguinal derecha, que acude a urgencias por dolor abdominal. Refiere molestias abdominales difusas y sensación de bulto en región inguinal derecha de un mes de evolución. Acude por mayor dolor en las horas previas, coincidiendo con un aumento del tamaño del bulto inguinal. Asocia náuseas, sin vómitos, ni alteración en el tránsito. A la exploración impresiona de hernia crural derecha incarcerada, sin signos de obstrucción intestinal (abdomen no distendido, sin peritonismo, con radiografía de abdomen sin dilatación de delgado). En la analítica destaca una elevación de creatin-cinasa (257 U/l) con discreta neutrofilia. Se decide cirugía urgente, objetivando una hernia crural que contiene el apéndice cecal necrosado, con hematoma en el mesoapéndice, sin datos locales de infección (fig. 1). Se realiza apendicectomía, cierre del saco y reparación del defecto herniario mediante un *plug* de polipropileno. El estudio anatomopatológico fue informado como apéndice cecal con hemorragia transmural.

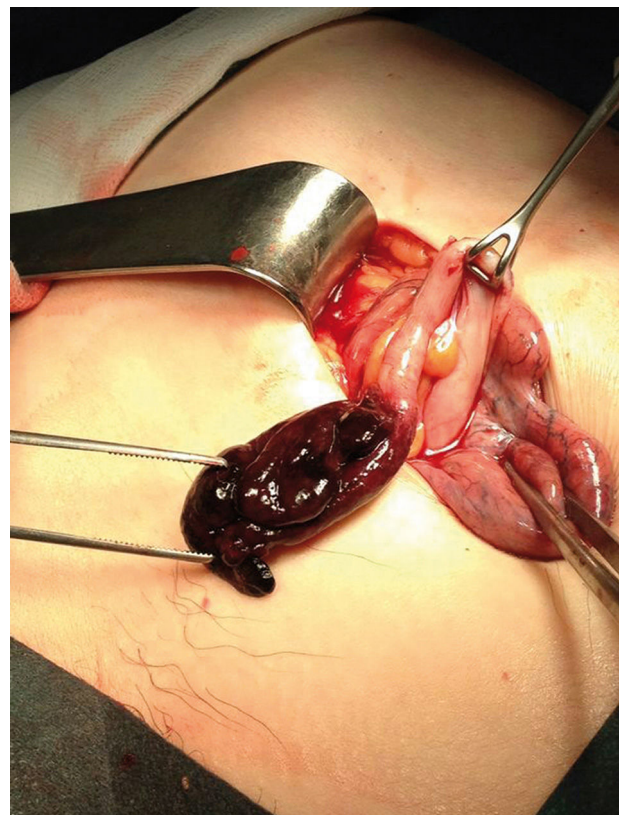
### Caso 2

Mujer de 38 años, gestante de 9 semanas, que acude a urgencias por dolor abdominal de 24 h de evolución, y bulto en región inguinocrural derecha. En la exploración se aprecia hernia crural derecha incarcerada, y en la analítica presenta neutrofilia. En la intervención se observa la presencia, en el saco herniario, de un apéndice con signos inflamatorios, sin absceso, ni aparente contaminación. Se realiza apendicectomía, cierre del saco y hernioplastia. El informe de anatomía patológica fue de apendicitis flemonosa.

En ambos casos se realizó profilaxis antibiótica, y no se añadió antibioterapia en el postoperatorio, siendo dadas de alta tras 48 h. En el seguimiento permanecen asintomáticas, sin complicaciones de la herida quirúrgica.

Las hernias son una de las enfermedades más frecuentes, apareciendo aproximadamente el 75% en la región inguinal y el 3% en la crural<sup>1</sup>. El saco herniario puede estar vacío o contener grasa preperitoneal, epiploon, intestino delgado; o colon o vejiga en un porcentaje más pequeño de casos.

Mucho más rara es la presencia de una porción de la circunferencia del intestino (Richter), un divertículo de Meckel (Littre) o el apéndice (Amyand en la región inguinal y de Garengeot en la crural). Existe cierta controversia en el uso de estos términos, puesto que algunos textos consideran Garengeot toda hernia inguinal o crural que contenga el apéndice sin apendicitis. Históricamente Claudius Amyand describió en 1735 la presencia de un apéndice perforado dentro de un saco herniario inguinal incarcerado; y fue Rene Jacques Croissant de Garengeot quien describió en 1731 la primera intervención de una hernia crural conteniendo el apéndice no inflamado. La primera apendicitis en una hernia crural, algo todavía más infrecuente, fue intervenida por Hevin en 1785. Así, el apéndice puede encontrarse en este tipo de hernias sin alteraciones, con distintos grados de apendicitis o de congestión por la incarceración, debiendo usarse el epónimo



**Figura 1** – Se aprecia hernia crural, conteniendo apéndice cecal parcialmente necrosado, sin afectación de la base, con hematoma en el mesoapéndice y sin datos locales de infección.

de hernia de Amyand para calificar un apéndice dentro de una hernia inguinal irreductible, y de Garegeot para describir la incarceration del apéndice dentro de un saco femoral<sup>2</sup>.

La incidencia de hernia de Garegeot se estima entre un 0,8-1% de las hernias femorales, fundamentalmente derechas. Hasta 2009 se habían descrito menos de 80 casos en la literatura. La incidencia es algo mayor en mujeres con respecto a varones (relación 3:1), algo lógico teniendo en cuenta que las hernias crurales son más frecuentes en este sexo<sup>3</sup>.

La serie más larga fue publicada en 2007, constituida por 7 pacientes en un periodo de 16 años<sup>4</sup>. La edad media de presentación fue de 55 años, con un rango de 35-89. La presentación más frecuente fue la presencia de una masa dolorosa a nivel inguinocrural (100% de los pacientes), asociando únicamente el 14% dolor abdominal. La media de días de presentación al diagnóstico fue de 5,2 (rango: 2,5-21 días); y ninguno de ellos presentó datos de dilatación de delgado en la radiografía de abdomen, ni leucocitosis. La mayoría de los trabajos muestran formas de presentación de horas o pocos días de evolución, como en nuestra segunda paciente. No obstante, aunque la forma más habitual es la aguda, los pacientes pueden referir también síntomas inespecíficos crónicos, y esto sería más frecuente en los pacientes más añosos, pudiendo referir molestias abdominales vagas, como ocurre en el caso 1, o ser confundidas con adenopatías al ser el curso del bultoma de varios días de evolución, sin asociar peritonismo ni datos de obstrucción en la radiología simple de abdomen<sup>5</sup>.

El diagnóstico suele ser intraoperatorio, ya que el objetivar a la exploración una hernia crural encarada conlleva la necesidad de intervención quirúrgica urgente. Los únicos casos de diagnóstico preoperatorio suceden ante duda diagnóstica, pudiendo realizar ecografía o TC de abdomen<sup>6</sup>.

El tratamiento es la cirugía urgente. Dado lo infrecuente de los casos, no existen unas guías establecidas. La mayoría de los artículos recomiendan realizar hernioplastia tras reducir el apéndice cuando este no muestra necrosis ni inflamación; o bien herniorrafia en caso de precisar apendicectomía. No obstante, hay numerosos artículos sobre el uso de material protésico en hernias inguinales encaradas que precisan resección intestinal<sup>7</sup>, y esto podría extrapolarse en la hernia de Garegeot. Otra alternativa sería el abordaje laparoscópico<sup>3</sup>, incluyendo la apendicectomía laparoscópica con hernioplastia mediante técnica preperitoneal transabdominal (TAPP)<sup>8</sup>, extraperitoneal (TEP)<sup>9</sup> o vía abierta (teniendo estas 2 últimas la ventaja de colocar la malla sin abrir el peritoneo, separando la prótesis del ambiente contaminado). Por último, se ha descrito la apendicectomía con reparación herniaria en un segundo tiempo<sup>10</sup>. Así, el tratamiento se adecuará al caso concreto y experiencia del cirujano.

## Financiación

No hay soporte financiero ni beca para la realización de este trabajo.

## Autorías

Natalia González Alcolea y José Luis Lucena de la Poza: adquisición y recogida de datos, y redacción del artículo.

Félix Martínez Arrieta, Elena Jiménez Cubedo y Víctor Sánchez Turrión: adquisición y recogida de datos, revisión crítica y aprobación de la versión final.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Deysine M. Hernia clinic in a teaching institution: Creation and development. *Hernia*. 2001;5:65-9.
2. Akopian G, Alexander M. De Garegeot hernia: Apendicitis with in a femoral hernia. *Am Surg*. 2005;71:526-7.
3. Thomas B, Thomas M, McVay B, Chivate J. De Garegeot hernia. *JLS*. 2009;13:455-7.
4. Sharma H, Jha PK, Shekhawat NS, Memon B, Memon MA. De Garegeot hernia: An analysis of our experience. *Hernia*. 2007;11:235-8.
5. Nguyen ET, Komenaka IK. Strangulated femoral hernia containing a perforated appendix. *Can J Surg*. 2004;47:68-9.
6. Zissin R, Brautbar O, Shapiro-Feinberg M. CT diagnosis of acute appendicitis in a femoral hernia. *Br J Radiol*. 2000;73:1013-4.
7. Bessa SS, Abdel-fattah MR, Al-Sayes IA, Korayem IT. Results of prosthetic mesh repair in the emergency management of the acutely incarcerated and/or strangulated groin hernias: A 10-year-study. *Hernia*. 2015;19:909-14.
8. Comman A, Gaetzschmann P, Hanner T, Behrend M. De Garegeot hernia transabdominal preperitoneal hernia repair and appendectomy. *JLS*. 2007;11:496-501.
9. Beysens M, Haeck L, Vindevoghel K. Laparoscopic appendectomy combined with TEP for de Garegeot hernia: Case report. *Acta Chir Belg*. 2013;113:468-70.
10. Armstrong O. Appendix strangulated in a femoral hernia. *Hernia*. 2010;14:225-6.

Natalia González Alcolea\*, Félix Martínez Arrieta, José Luis Lucena de la Poza, Elena Jiménez Cubedo y Víctor Sánchez Turrión

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Majadahonda, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [natagoal@hotmail.com](mailto:natagoal@hotmail.com)  
(N. González Alcolea).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2016.08.005>  
0009-739X/

© 2016 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.