CIR ESP. 2017;95(Espec Congr):897

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-729 - HERNIA DE GARENGEOT: HALLAZGO INCIDENTAL DURANTE LA CIRUGÍA DE URGENCIAS

Domínguez Segovia, Marta; González Sánchez, María Carmen; Ezurmendia Sinisterra, Bernardo; Franch Arcas, Guzmán; Anduaga Peña, María Fernanda; Rodríguez Perdomo, Martín de Jesús; Alonso Batanero, Sara; Muñoz Bellvís, Luis

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Resumen

Introducción: La presencia del apéndice cecal en un saco herniario crural recibe el nombre de hernia de Garengeot. La describió el cirujano francés Rene Jacques Croissant de Garengeot en 1731. La presentación clínica habitualmente es como hernia crural derecha incarcerada, y el diagnóstico se realiza intraoperatoriamente.

Caso clínico: Se presenta el caso clínico de una paciente mujer de 91 años con los antecedentes de cardiopatía hipertensiva, IAM tipo SCASEST (abril 2015), ictus (2012), insuficiencia respiratoria crónica y broncoespasmos; intervenida de fractura de tibia derecha; sin alergias medicamentosas conocidas ni tratamiento habitual. La paciente acudía a urgencias por dolor y distensión abdominal asociadas a tumoración inguinal derecha de varios días de evolución que ha empeorado en las últimas 48h, sin náuseas ni vómitos asociados, ni fiebre termometrada, únicamente disminución del ventoseo. A su llegada, afebril, estable hemodinámicamente; a la exploración abdominal, blando, depresible, ligeramente distendido, timpánico, no doloroso, con tumoración inguinal derecha indurada, irreductible, dolorosa a la palpación que sugiere hernia crural complicada con indicación quirúrgica urgente, que en nuestro caso fue preperitoneal. Se realiza intervención quirúrgica urgente mediante abordaje abierto preperitoneal tipo Nyhus. Tras la reducción del contenido del saco, se observa el apéndice cecal incarcerado con signos de isquemia, realizándose apendicectomía reglada y reparación de la hernia mediante la colocación de prótesis de polipropileno en el espacio preperitoneal de Bogros. La evolución postoperatoria de la paciente fue favorable, siendo dada de alta al 5º día postoperatorio, sin complicaciones. La anatomía patológica fue: apéndice cecal con signos de isquemia.

Discusión: La incidencia de la hernia de Garengeot no complicada es muy baja (en torno al 1%); siendo más frecuente en mujeres posmenopáusicas. Se ha relacionado con un ciego anatómicamente grande. La presentación clínica consiste en la aparición de hernia crural derecha incarcerada. Puede llevar asociado dolor abdominal en FID. Habitualmente no se acompaña de clínica oclusiva. El diagnóstico, en la mayoría de los casos, se realiza en el quirófano. La realización de ecografía o TAC abdominopélvico pueden dar el diagnóstico preoperatorio. La actitud terapéutica es la cirugía urgente. Debido a la baja incidencia de este cuadro clínico, no existe tratamiento estandarizado; hay varias opciones en el abordaje (abierto o por laparoscopia), o la colocación de malla o no. Está

contraindicado la colocación de malla en caso de apendicitis perforada, absceso periapendicular o líquido purulento. En el caso de diagnóstico preoperatorio se puede valorar realizar abordaje laparoscópico con o sin abordaje abierto para la hernioplastia. En nuestro caso clínico, se decidió abordaje preperitoneal por las ventajas que ofrece a la hora de valorar la viabilidad del asa incarcerada, y la posibilidad, en caso de que sea necesario, de realizar resección intestinal segmentaria y anastomosis por esta vía. Este abordaje hizo posible la realización de la apendicectomía de forma cómoda y sin incidencias.

0009-739X © 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados