



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-313 - HERNIA DE GARENGEOT CON APENDICITIS AGUDA ASOCIADA

C. Arcos Quirós, E. Hernández Ollero, J.A. Guerra Bautista, J. Mena Raposo, D. Candil Comensal, J.L. Muñoz Boo, F. Acedo García, F. de Abajo Miranda y A. Karim Moalla

Hospital de la Merced, Osuna.

### Resumen

**Introducción:** La historia de la hernia es tan antigua como la humanidad y ha sido siempre tema de interés de anatomistas, cirujanos e historiadores. Las hernias contenedoras de apéndice cecal, constituyen una rareza en la práctica médica habitual. La hernia de Garengeot es una rareza dentro de las hernias de pared abdominal, describe la incarceración del apéndice cecal dentro de un saco crural. Están reportados que sólo el 0,13% de los casos de apendicitis aguda se vinculan con estas hernias. Fue descrita por De Garengeot, cirujano parisino del siglo XVIII, quien en 1731 describió el apéndice en un saco crural. A continuación se presenta un caso clínico de hernia de Garengeot con apendicitis aguda asociada.

**Caso clínico:** Mujer de 63 años sin antecedentes de interés que acude por presentar bultoma y dolor crural derecho de 48 horas de evolución. A la exploración física destacaba dolor y tumoración crural derecha con signos inflamatorios locales, compatible con hernia crural incarcerada. Se realizó analítica donde destacaba leucocitosis con neutrofilia (13.300, 81,4%) y PCR 134, radiografía abdomen sin hallazgos, y ecografía-TAC abdomen donde se observa hernia crural derecha, de 53 × 35 × 30 mm de saco herniario, en su interior el apéndice aumentado de calibre, con aumento de captación de sus paredes y deslustramiento de la grasa adyacente. El ciego se visualiza intraperitoneal, estando el cuello del apéndice justo en el anillo herniario. Dado los hallazgos, se decide realizar intervención quirúrgica urgente, observándose saco herniario crural derecho con apéndice cecal incluido en el mismo que presentaba signos inflamatorios, practicándose apendicetomía y hernioplastia inguinal. Tras la intervención la paciente evolucionó favorablemente, siendo dada de alta a los 3 días, sin presentar complicaciones asociadas. El análisis histológico confirmó la existencia de apendicitis aguda flemonosa con periappendicitis.

**Discusión:** Las hernias cururales son más frecuentes en mujeres que en hombres. La edad media de los pacientes es de 69 años, lo que revela una tendencia a formarse en la vejez. La hernia inguinal es una protrusión frecuente; sin embargo, rara vez se observa que el apéndice cecal forme parte del contenido herniado. La incidencia del hallazgo de un apéndice normal dentro de un saco herniario, es del 1%, mientras que solo el 0,1% de todos los casos de apendicitis, ocurren en una hernia, lo cual muestra la rareza de este padecimiento. La apendicitis aguda en una hernia crural, puede ser una consecuencia del incarceramiento y estrangulación del apéndice cecal, más que de la obstrucción interna causada por hipertrofia de un nódulo linfático o apendicolito. En estos casos, el cuello apretado del canal femoral aísla la enfermedad y a menudo previene los signos abdominales generalizados del apéndice. El diagnóstico preoperatorio es excepcional. Algunos autores proponen que la presencia de dolor y de signos de irritación peritoneal junto con la presencia de hernia incarcerada, podría hacernos pensar en la presencia de apendicitis en el interior del saco herniario y que la prueba de imagen que podría ayudarnos es el TAC abdominal, como muestra el caso presentado. El

tratamiento más aceptado y usado es la apendicetomía y herniorrafia/herniplastia de urgencia. Es motivo de controversia el uso o no de material protésico. De acuerdo con algunos autores, si el apéndice es normal no se requiere apendicetomía, mientras que si es agudo es necesario hacerla dentro del saco herniario. Otros consideran que aunque el apéndice no revele signos macroscópicos de inflamación, se debería realizar apendicetomía reglada en todos los casos, porque no se puede descartar que existan signos microscópicos de inflamación, causados por la compresión e isquemia del cuello herniario; sin suponer mayor complejidad quirúrgica la extirpación del apéndice a través del saco.