



www.elsevier.es/cirugia

P-488 - Hernia de De Garengeot

Pérez González, Christian; Sarriugarte Lasarte, Aingeru; García González, José María; Prieto Calvo, Mikel; Fernández Gómez-Cruzado, Laura; Fernández Cepedal, Lara; Colina Alonso, Alberto

Hospital de Cruces, Barakaldo.

Resumen

Introducción: La hernia de De Garengeot es una hernia femoral conteniendo parte o todo el apéndice cecal. Las hernias femorales ocurren en un 3-4% de todas las hernias, siendo solo el 1% de las hernias femorales las que contienen el apéndice. Mucho más raro es que esté presente una apendicitis en la hernia femoral.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 88 años, como antecedentes de interés una enfermedad de Alzheimer y un ACFA en tratamiento con Sintrom. Acudió al servicio de urgencias por una tumoración inguinal derecha de 24 horas de evolución, que le causaba dolor. No presentaba clínica compatible con obstrucción intestinal. A la exploración física se encontró una tumoración inguinocrural derecha, dolorosa al tacto, dura, no reductible, con cambios de celulitis. La paciente se encontraba normotensa pero taquicárdica, sin fiebre. Analíticamente no había elevación de reactantes de fase aguda y la radiografía de abdomen era normal. Ante el diagnóstico de hernia crural incarcerada, se decide intervención quirúrgica, encontrando una hernia crural, que tras abrir el saco herniario, se identificó el apéndice cecal con cambios sugerentes de apendicitis aguda flegmonosa. Se realizó una apendicectomía reglada y una hernioplastia crural según la técnica de Lichtenstein. El postoperatorio transcurrió sin incidencias desde el punto de vista quirúrgico, prolongándose por una insuficiencia cardíaca congestiva resuelta con tratamiento médico.

Discusión: La hernia de De Garengeot, al igual que las hernias femorales, más común en mujeres, y sobre todo en la población de edad más avanzada. La disposición anatómica de un ciego pélvico con el apéndice localizado en la pelvis menos es una de las teorías más aceptadas para explicar la generación de estas hernias. Clínicamente suele presentarse como una tumoración inguinal derecha dolorosa y con cambios cutáneos tróficos; en la que los signos de apendicitis pueden ser ambiguos. El hecho de encontrar el apéndice dentro del canal femoral altera los signos clínicos típicos con los que se presentan las apendicitis. Por eso, la presentación más frecuente es la de hernia crural incarcerada. Es raro el diagnóstico preoperatorio mediante pruebas de imagen, siendo el diagnóstico intraoperatorio el más frecuente. Tanto la ecografía como la tomografía computarizada (de elección) son técnicas de imagen óptimas para el diagnóstico en casos seleccionados. El tratamiento de elección es la apendicectomía y la reparación herniaria. No existe consenso sobre el uso o no de técnicas protésicas para la reparación herniaria, pero parece adecuado evitarlas en caso de infección o apendicitis muy evolucionadas. Tras la operación, la complicación más frecuente es la infección de la herida quirúrgica, descrita en la literatura hasta en el 29% de los casos. Presentamos un caso raro de hernia de De Garengeot, con patología doble, de la que existen pocos casos publicados en la literatura. Pudimos manejar el caso con una sola incisión para tratar ambas patologías y sin presentar complicaciones de la herida quirúrgica.