

Hernia de Garengot, Reporte de Caso Clínico

Dr. Leonardo Enrique Campo González¹

Haky92@yahoo.es

<https://orcid.org/0009-0005-4281-9297>

Clínica Misericordia internacional

Barranquilla - Colombia

Dr. Deivis Alfonso Pérez Otálora

Devisperez@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0005-1576-4921>

Clínica misericordia internacional

Barranquilla - Colombia

Dra. Lilibeth Llinas Burgos

Lilibeth.llinas@unisimon.edu.co

<https://orcid.org/0009-0006-9653-9212>

Clínica misericordia internacional

Barranquilla - Colombia.

RESUMEN

Las hernias contenedoras del apéndice cecal constituyen una rareza en la práctica médica habitual. La hernia femoral que contiene el apéndice fue descrita por primera vez por René-Jacques Croissant De Garengot en 1731. Presentamos un caso clínico de una hernia de Garengot, un hallazgo intraoperatorio de un saco herniario que contiene este órgano motivo por el cual se realiza el reporte del caso de un paciente masculino de 71 años quien ingresa a cirugía programado en la Clínica Misericordia Internacional de Barranquilla para herniorrafia inguinal derecha, al momento de realizar el procedimiento se encontró una hernia de Garengot.

Palabras Clave: hernia; garengot; cirugía; femoral; inguinal.

¹ Autor principal

Correspondencia: Haky92@yahoo.es

Hernia de Garengeot, Informe de Caso Clínico

ABSTRACT

Hernias that contain Caecal appendix are a rarity in routine medical practice. The femoral hernia containing the appendix was first described by René-Jacques Croissant de Garengeot in 1731. We present a clinical case of Garengeot's hernia, an intraoperative finding of a hernial sac that contains this organ, that's why we are presenting this case report of a 71-year-old male patient who enters surgery scheduled at the Clinica Misericordia Internacional of Barranquilla for an inguinal herniorrhaphy, an at the time of performing the procedure a Garengeot's hernia was found.

Keywords: *hernia; garengeot; surgery; femoral; inguinal.*

*Artículo recibido 12 setiembre 2023
Aceptado para publicación: 22 octubre 2023*

INTRODUCCIÓN

Las hernias de la región inguinal se pueden clasificar en inguinales y femorales. Las hernias femorales ocurren en alrededor del 3% de todas las hernias de la pared abdominal. El canal femoral se encuentra cerca de la ingle y por debajo del ligamiento inguinal, pliegue entre la parte inferior del abdomen y el muslo, este tipo de hernia se presenta principalmente en mujeres adultas con una relación 2:1 y se ha asociado a defectos congénitos. El canal femoral, al ser rígido y estrecho, condiciona una tasa de encarcelación más elevada (14-56%) que en las hernias inguinales (6-10%).

Por el contrario de la hernia femoral, la hernia inguinal es muy común en los hombres. Esta aparece principalmente en el área de la ingle, o muy cerca de los genitales, y cuándo presenta un tamaño considerable causa dolor incluso cuando se esta en reposo.

El caso clínico a revisar es un paciente con una hernia de Garengeot que se caracteriza por contener el apéndice cecal dentro del saco femoral, y forma parte de una variedad de hernias que reciben el nombre a su descubridor entre ellas se encuentra; la hernia de Richter profusión del borde antimesentérico de un asa intestinal, la hernia de Amyand con un apéndice vermiforme en el saco herniario, la hernia de Littré la protrusion de un diverticulo de Merkel y la hernia de Spiegeldenominada también interparietal.

La hernia eponimo a su descubridor fue descrita por primera vez por René-Jacques Croissant De Garengeot en 1731y su hallazgo es poco común, una incidencia que es menor al 1 %, se encuentra con mayor frecuencia intraoperatoriamente debido a las similitudes que comparte con una hernia inguinal o femoral irreductible que requiere una intervención quirúrgica urgente.

Al evaluar a un paciente con un bulto persistente en la ingle, consideré siempre la hernia de Garengeot en el diagnóstico diferencial. No existen enfoques quirúrgicos estandarizados y se han descrito muchas técnicas diferentes en informes de casos en la literatura.

Un diagnóstico temprano y su tratamiento quirúrgico, con resección del apéndice y el cierre del defecto femoral, permite buenos resultados post operatorios. La evolución natural de la enfermedad sin tratamiento oportuno es tórpida, presentando complicaciones como desarrollo de absceso, fascitis necrotizante, necrosis del contenido herniario y obstrucción intestinal

En la literatura sólo hay reportes de caso y muy pocas series que hablan de este tipo de hernia *infrecuentes*, así como de su diagnóstico y tratamiento. Presentamos el caso de un paciente programado para herniorrafia inguinal derecha en la clínica Misericordia Internacional.

Caso clínico

Se realiza ingreso médico a las 7:00 am del cuatro de febrero del 2023 de paciente masculino de 71 años para cirugía programada de herniorrafia inguinal derecha, cursaba con ayuno de 8 horas, negó consumo de anticoagulantes, niega fiebre al igual que sintomatología respiratoria, gastroduodenal o urinaria, anestesiología le realizó valoración previa y dio pase quirúrgico, el paciente refiere como antecedentes personales de importancia hipertensión arterial controlada con Losartán.

Al examen físico cabeza, cara, cuello sin alteraciones -abdomen: peristalsis presente, blando, depresible, no doloroso a la palpacion, sin signos de irritación peritoneal-extremidades: simétricas, eutróficas, sin edema, llenado capilar distal <2 segundos se decide realizar traslado al quirófano, en el plan manejo se aplica cefazolina 2 gramos intravenosa por profilaxis y se realiza procedimiento quirúrgico al momento de identificar el cordón espermático, disección y liberación de saco herniario, se encuentra ciego y apéndice en su interior del saco herniario, se decide pinzar, ligar cortar mesoapéndice, se pinza, corta y liga base apéndice, con electrofulguración de muñón, y reducción de asas intestinales colocación de malla de polipropileno con cono en anillo interno, se fija con Prolene 2.0 verificación de hemostasia y se realiza cierre por planos hasta piel, redactándose en la descripción quirúrgica hallazgos de hernia inguinal cse l3p1, apéndice cecal con signos de periapendicitis, ciego y apéndice en saco herniario. Motivo por el cual se decide hospitalizar al paciente con el fin de observar al paciente en su posquirúrgico y probar la vía oral al día siguiente lo cual se realizó sin complicaciones, y sin signos de respuesta inflamatoria sistémica motivo por el cual al día siguiente se da egreso médico con Cefalozina por días y cita control por consulta externa en 8 días, el paciente acudió a la revaloración por consulta externa y se encontraba sin complicaciones.

DISCUSIÓN

En la literatura apenas se cuenta con escasos reportes de caso y pocas revisiones sistemáticas sobre la hernia de Garengot. La patogenia es controvertida: la teoría hereditaria sugiere que debido a la malrotación, el ciego está anormalmente conectado formando un apéndice pélvico con un alto riesgo de ingresar al saco herniario. Otros autores consideran la presencia de una anomalía en la longitud del ciego, lo cual permite la extensión del apéndice hasta la pelvis. En los casos reportados con peritonitis, la estrechez y rigidez del canal femoral evita la diseminación intraperitoneal de la infección, siendo más frecuentes los signos locales como eritema y un saco rígido.

El diagnóstico preoperatorio de este tipo de hernia es complicado, los signos y síntomas de este tipo de hernias se presentan generalmente cuando hay complicaciones. Los pacientes refieren dolor abdominal difuso, rigidez y una región eritematosa por debajo de la ingle. En este caso el hallazgo fortuito al incidir en el saco herniario hace necesario su presentación a la comunidad científica, una referencia a considerar para diagnóstico durante el proceso de evaluación clínica.

Los estudios de laboratorio y gabinete son muy inespecíficos para diagnosticar este tipo de hernias; las radiografías de abdomen pueden apoyar el diagnóstico al mostrar datos de oclusión intestinal pero sin confirmar la causa, lo mismo ocurre en el caso del ultrasonido. La tomografía computarizada de abdomen ha mostrado ser benéfica en algunos casos.

Con relación al tratamiento, si no se tienen datos de apendicitis, aunque existan variadas revisiones, estas no remiten al procedimiento de una apendicectomía incidental, solamente vienen a establecer que se debe realizar una reducción del apéndice como también a la inserción de un material protésico para reparar el defecto.

En el caso de apendicitis, el tipo de reparación femoral es debatido; generalmente no se recomienda la colocación de materiales protésicos si el campo está contaminado por el alto riesgo de desarrollar infección, por lo que se está a favor de realizar apendicectomía con cierre del defecto con sutura, aunque hay algunos reportes donde se utilizó material protésico y los pacientes no desarrollaron infección del sitio quirúrgico. El uso de la laparoscopia puede ser una

herramienta útil para evaluar la presencia de encarcelación, reducción de la hernia y resección intestinal en caso de complicaciones. Se propone el uso de la laparoscopia en casos atípicos de hernia de la región crural y en casos en que no se puede identificar con certeza el contenido de la hernia

La tasa de infección reportada en este tipo de hernia es del 29%; en nuestro caso, el paciente no presentó infección del sitio quirúrgico. Las complicaciones más graves reportadas en este tipo de hernia son la fascitis necrosante, oclusión intestinal y sepsis abdominal.

Por tanto, se puede concluir que la hernia de Garengot tiene una muy baja frecuencia; en la literatura sólo hay reportes de caso y pequeñas series.

El diagnóstico preoperatorio de la hernia de DeGarengot es a menudo difícil y los pacientes frecuentemente tienen apendicitis severa. La hernia de Garengot es poco frecuente, siendo difícil su diferenciación de una hernia femoral en general, si es necesario, se puede utilizar una tomografía computarizada para el diagnóstico diferencial.

El diagnóstico preoperatorio de la hernia de DeGarengot es a menudo difícil y los pacientes frecuentemente tienen apendicitis severa.

Se recomienda después del procedimiento dejar hospitalizado al menos 24 horas al paciente con el fin de observar su evolución y posterior a este realizar por lo menos dos citas control con el fin de realizar seguimiento a la evolución del paciente.

CONCLUSIONES

Después de haber realizado la evaluación del caso clínico se llega a la conclusión de que las hernias de Garengot son hernias las cuales se encuentran generalmente en casos diagnosticados preoperatoriamente como apendicitis agudas o hernias encarceladas, el hallazgo de forma espontánea en este caso clínico al momento de realizar la herniorrafia, nos lleva a considerar siempre en diagnóstico diferencial de pacientes con síntomas o signos de debilitamiento de la pared muscular de la región femoral y consideramos la forma de abordar esta patología quirúrgica es realizando la apendicectomía y colocación de malla en herniorrafia.

Declaración de conflicto de interes

Las opiniones expresadas en este material pertenecen a los autores, no se presentan conflicto de intereses

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akopian, G., & Alexander, M. (2005). De Garengeothernia: appendicitis within a femoral hernia. *The American Surgeon*, 71(6), 526-527.
- Arce Aranda, C., Rojas, R., López, L., Correa, M., Sánchez, R., & Soskin Reidman, A. (2009). Apéndice cecal en el saco herniario: Hernia de Garengeot vs Hernia de Amyand. Presentación de casos clínicos. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)*, 42 (1), 51-54.
- Bloom, A., Baio, F. E., Kim, K., Fernandez-Moure, J. S., & Reader, M. (2017). Diagnosis and operative management of a perforated de Garengeot hernia. *International journal of surgery case reports*, 41, 114-116.
- El Mansari, O., Sakit, F., & Janati, M. I. (2002). Acute appendicitis on crural hernia. *Presse Medicale(Paris, France: 1983)*, 31(24), 1129-1130.
- García-Amador, C., De la Plaza, R., Arteaga, V., López-Marcano, A., & Ramia, J. (2016). Garengeot's hernia: two case reports with CT diagnosis and literature review. *Open Medicine*, 11(1), 354-360.
- Granvall, S. A. (2014). de Garengeot hernia: a unique surgical finding. *JAAPA*, 27(5), 39-41.
- Guenther, T. M., Theodorou, C. M., Grace, N. L., Rinderknecht, T. N., & Wiedeman, J. E. (2021). De Garengeot hernia: a systematic review. *Surgical endoscopy*, 35, 503-513.
- Garcia-Amador, C., De la Plaza, R., Arteaga, V., Lopez-Marcano, A., & Ramia, J. (2016). Garengeot's hernia: two case reports with CT diagnosis and literature review. *Open Medicine*, 11(1), 354-360.
- Guenther, T. M., Theodorou, C. M., Grace, N. L., Rinderknecht, T. N., & Wiedeman, J. E. (2021). De Garengeot hernia: a systematic review. *Surgical endoscopy*, 35, 503-513.

- Kalles, V., Mekras, A., Mekras, D., Papapanagiotou, I., Al-Harethee, W., Sotiropoulos, G., ... & Mariolis-Sapsakos, T. (2013). De Garengeot's hernia: a comprehensive review. *Hernia*, 17, 177-182.
- Hernández López, A., León Takahashi, A. M., & Murillo Zolezzi, A. (2012). Hernia de Garengeot.: Reporte de caso y revisión de la literatura. *Cirujano general*, 34(1), 78-82.
- Isaacs, L. E., & Felsenstein, C. H. (2002). Acute appendicitis in a femoral hernia: an unusual presentation of a groin mass. *The Journal of emergency medicine*, 23(1), 15-18.
- Ivicic, J., & Zaloudik, J. (1999). Carcinoid of the appendix in incarcerated femoral hernia. *Rozhledy v Chirurgii: Mesicnik Ceskoslovenske Chirurgicke Spolecnosti*, 78(7), 359-361.
- Kalles, V., Mekras, A., Mekras, D., Papapanagiotou, I., Al-Harethee, W., Sotiropoulos, G., ... & Mariolis-Sapsakos, T. (2013). De Garengeot's hernia: a comprehensive review. *Hernia*, 17, 177-182.
- Klipfel, A., Venkatasamy, A., Nicolai, C., Roedlich, M. N., Veillon, F., Brigand, C., ... & Romain, B. (2017). Surgical management of a De Garengeot's hernia using a biologic mesh: a case report and review of literature. *International journal of surgery case reports*, 39, 273-275.
- Linder, S., Linder, G., & Månsson, C. (2019). Treatment of de Garengeot's hernia: a meta-analysis. *Hernia*, 23, 131-141.
- Luchs, J. S., Halpern, D., & Katz, D. S. (2000). Amyand's hernia: prospective CT diagnosis. *Journal of computer assisted tomography*, 24(6), 884-886.
- Llinás Delgado, A., & Vargas Moranth, R. (2023). Eje microbiota-Intestino-Cerebro. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(2), [4531-4547](#)
- Recuenco, C. B., García, J. G. Q., Martín, M. C., Hernández, A. C., Gómez, A. S., Muñoz, P. S., ... & Navalón, J. M. J. (2019). De Garengeot's hernia: case report and literature review. *International Journal of Surgery Case Reports*, 64, 58-61.

Tsuruta, S., Miyake, H., Nagai, H., Yoshioka, Y., Yuasa, N., & Fujino, M. (2021).
Clinicopathological characteristics of de Garengeot hernia: six case reports and
literature review. *Surgical Case Reports*, 7, 1-8.