

## Hernia De Garegeot

### De Garegeot hernia

Dr. Noslen Martínez Valenzuela, Dr. C. Lázaro Alfonso Alfonso, Dr. José Gimel Sosa Martín

Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto". La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

Las hernias contenedoras del apéndice cecal constituyen una rareza en la práctica médica habitual. Descritas por *De Garegeot* y *Amyand* hace más de 250 años, sigue siendo sorprendente el hallazgo intraoperatorio de un saco herniario que contenga este órgano.

**Objetivo:** describir un caso de hernia De Garegeot.

**Presentación de caso:** se presenta el caso de una paciente de 84 años que acudió a consulta de urgencias por presentar hernia crural irreductible y cuadro clínico sugestivo de oclusión intestinal mecánica.

**Intervención:** se realizó laparotomía exploratoria. Durante el acto quirúrgico se encontró un tumor de la unión rectosigmoidea como causa de la oclusión intestinal y el apéndice vermiforme como contenido de la hernia crural. Se realizó apendicetomía, herniorrafia crural y transversostomía descompresiva en asa. Por las características de los canales inguinal y crural, la presencia del apéndice cecal en el interior de estos es infrecuente, por lo que el diagnóstico de este tipo de hernia es generalmente transoperatorio.

**Conclusiones:** la hernia De Garegeot debe ser más comentada y difundida en los textos convencionales de cirugía por ser una afección bien descrita y tipificada en la historia de la cirugía moderna y que, igual que otros tipos de hernias, como la de Littré y Maydl, es una entidad poco frecuente; su diagnóstico tardío tiene un elevado riesgo para el paciente.

**Palabras clave:** hernia Amyand, hernia De Garegeot.

---

#### ABSTRACT

The cecal appendix wrapper hernias are rare in medical practice. Described by *De Garegeot* and *Amyand* over 250 years ago, the intraoperative finding of a hernia sac containing this body is still surprising.

**Objective:** to describe a case of De Garegeot hernia.

**Description:** a case of an 84 year- old female patient, who came to the emergency room for consultation due to irreducible femoral hernia and a suggestive clinical condition of mechanical intestinal obstruction, is presented.

**Intervention:** exploratory laparotomy was performed. During surgery a tumor in the rectosigmoid junction is found as a cause of intestinal obstruction and the vermiform appendix was found to be the content of this femoral hernia. Appendectomy and decompressive loop transversostomy are performed. Due to the characteristics of inguinal and femoral canals, the presence of the appendix within these canals is uncommon; that is why the diagnosis of this type of hernia is usually intraoperative.

**Conclusions:** De Garengéot hernia should be more widely discussed in conventional surgery texts since it is a condition to be well described and typified in the history of modern surgery which, like other types of hernias, as Littre and Maydl, is a rare entity. Its late diagnosis is high risk to the patient.

**Key words:** Amyand hernia, De Garengéot hernia.

---

## INTRODUCCIÓN

La historia de la hernia es tan antigua como la historia de la humanidad y ha sido siempre tema de interés de anatomistas, cirujanos e historiadores de la medicina. Sigue siendo más común en la región inguinal, donde el saco herniario puede incluir el epiplón o el intestino delgado; sin embargo, en él se puede encontrar contenido inusual; por ejemplo, un divertículo de Meckel (hernia de Littré) o una porción de la circunferencia intestinal (hernia de Richter). Aunque estos dos ejemplos son muy conocidos, incluso por sus epónimos, en libros de textos convencionales y en la enseñanza, los términos de hernia Amyand y hernia De Garengéot no son muy conocidos y en ocasiones son mal utilizados, probablemente por el desconocimiento y la casi nula inclusión de esta terminología en los textos de cirugía.<sup>1</sup>

*Claudius Amyand* (1680-1740), cirujano del St. George's Hospital de Londres, sirvió en el ejército inglés en Flandes durante la Guerra de Secesión y fue nombrado sargento-cirujano por George I, título que conservó por el resto de su vida bajo el reinado de George II. *Claudius Amyand* realizó, en 1735, la primera apendicectomía exitosa en un niño de 11 años de edad con apéndice perforado dentro de un saco herniario inguinal encarcelado; a él corresponde la descripción de la enfermedad. Como detalle histórico curioso, *Hall* (1886) fue el primero en realizar con éxito una apendicectomía en los Estados Unidos, precisamente en un paciente con hernia de Amyand. Constituye, por tanto, esta hernia la presencia de un apéndice cecal perforado en un saco inguinal, aunque en la actualidad lo utilizan para calificar un apéndice inflamado, perforado o simplemente no inflamado, dentro de una hernia inguinal irreductible.<sup>1</sup>

Pocos cirujanos saben de la contribución sobre el tema de *Rene Jacques Croissant De Garengéot* (1668-1759), prominente cirujano parisiense del siglo XVIII, ligado a la Académie Royale de Chirurgie. Lo conocen en la literatura como el primero en describir el apéndice en un saco femoral en 1731. La hernia De Garengéot es una rareza dentro de las hernias de la pared abdominal. Este epónimo solo debe ser usado para describir la incarceration del apéndice vermiforme dentro de un saco femoral.<sup>2</sup>

En el presente trabajo se reporta un caso de hernia De Garengéot, hecho que suscita la revisión de la literatura respecto al tema.

## PRESENTACIÓN DE CASO

*Paciente:* J.B.P.

*Edad:* 84 años.

*Fecha de ingreso:* 8 de noviembre de 2010.

*Motivo de consulta:* dolor abdominal y vómitos.

*HEA:* Paciente femenina que acude a consulta, y refiere dolor ligero y difuso en abdomen de alrededor de dos días de evolución, de tipo cólico, que horas después de su comienzo se asoció a vómitos, sensación de plenitud gástrica y anorexia. En el momento de la consulta continuaba con el mismo cuadro y con aumento en la intensidad del dolor.

*APP:* úlcera duodenal.

## EXAMEN FÍSICO

*Mucosas:* normocoloreadas y húmedas.

*TCS:* no infiltrado.

*Aparato respiratorio:* FR 18/min, M/V audible y normal en ambos campos pulmonares.

*Aparato cardiovascular:* ruidos cardiacos rítmicos, de buen tono, no soplos; FC 82 lat/min, TA 150/90 mmHg.

*Abdomen:* globuloso, poco depresible, doloroso a la palpación profunda en fosa ilíaca derecha. Se aprecia y palpa T de más o menos 3 cm de diámetro en región crural derecha, discretamente dolorosa, irreductible, sin signos flogísticos asociados, lisa, regular.

*RHA:* ligeramente aumentados.

Se realizan exámenes complementarios de urgencia:

## Hemograma completo

*Hb:* 12,1 g/L; leucograma:  $9 \times 10^3$  mm<sup>3</sup>.

*Glicemia:* 4,2 mmol/L.

*Ionograma:* Na 143 MEq/L; K 3,7 MEq/L; CL 101 MEq/L.

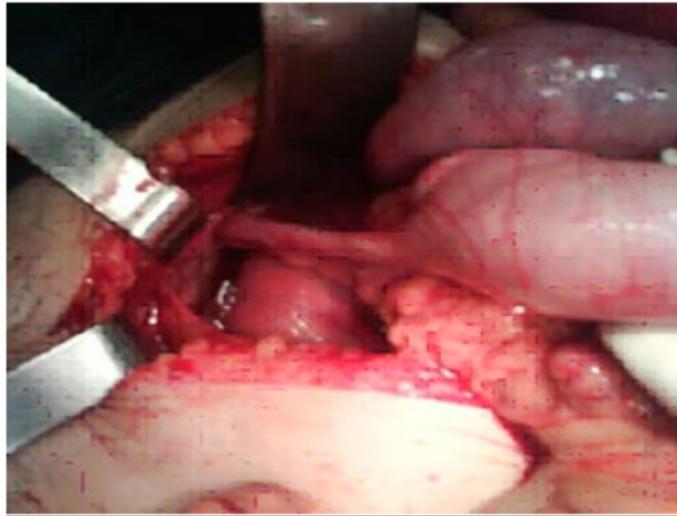
*Radiografía de abdomen simple de pie:* numerosos niveles H-A.

*Radiografía de tórax P-A:* no alteraciones pleuropulmonares.

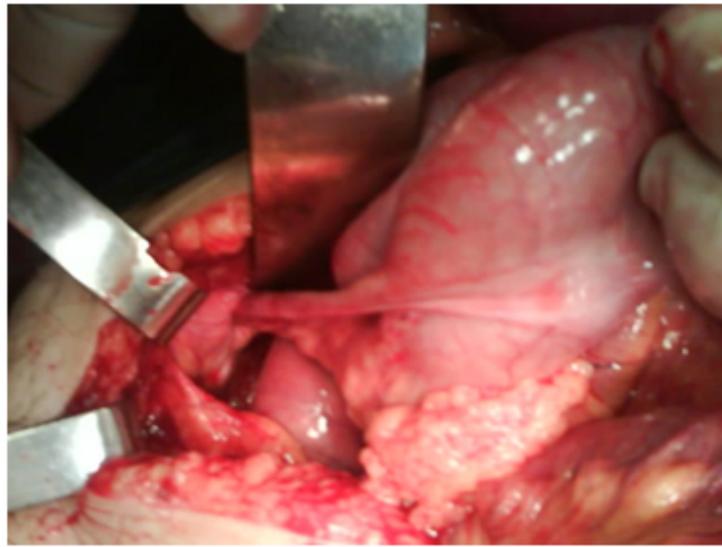
Se ingresa a la paciente y se toman las medidas preoperatorias necesarias. Se comienza venoclisis de solución ringer a 30 gotas x min y antibioticoterapia por vía intravenosa con cefotaxima: 1 g c/12 h y metronidazol: 500 mg c/8 h. Se introducen sondas nasogástrica y vesical. Se anuncia como oclusión intestinal mecánica por hernia crural complicada. Se lleva al salón de operaciones.

## HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS

Dilatación de asas gruesas. Tumor en unión rectosigmoidea adherido a estructuras vecinas. Carcinosis peritoneal. Se accedió a la región crural y se redujo el contenido del saco herniario, y se encontró en su interior apéndice cecal en toda su extensión (Figs. 1 y 2). Se realizó apendicectomía, herniorrafia crural y transversostomía descompresiva en asa. Se reportó de grave a la paciente y se trasladó de la sala de recuperación a Terapia Intermedia de Cirugía del centro.



**Fig. 1.** Apéndice cecal entrando en el orificio crural.



**Fig. 2.** Apéndice cecal entrando en el orificio crural.

Se continuó con la terapia antibiótica comenzada en el preoperatorio, por un período de siete días. El informe anatomopatológico anunció periapendicitis. La paciente evolucionó de manera favorable, por lo que egresó el 18 de noviembre de 2010.

## **INTERVENCIÓN**

La hernia inguinal es una protrusión frecuente; sin embargo, rara vez se observa que el apéndice cecal forme parte del contenido herniado. Tanto la hernia Amyand como de De Garengeot, como se designa este padecimiento en las regiones inguinal y femoral, respectivamente, por lo general se diagnostican durante la intervención y se resuelven mediante apendicectomía y plastia de la ingle.<sup>1</sup>

La incidencia del hallazgo de un apéndice normal dentro de un saco herniario inguinal es cerca del 1 %, mientras que solo el 0,1 % de todos los casos de apendicitis ocurre en una hernia inguinal, lo cual denota la rareza de este padecimiento.<sup>1</sup>

Las hernias femorales son más frecuentes en mujeres que en hombres, en una proporción levemente menor de 2:1. Las que contienen apéndices perforados también son predominantes en mujeres en una proporción superior a 3:1 (77 % de mujeres vs. 23 % de hombres) según reseña la literatura. La edad media de los pacientes es de 69 años, lo que revela una tendencia a formarse en la vejez. Está reportado que solo el 0,13 % de todos los casos de apendicitis aguda se vincula con estas hernias.<sup>1-3</sup>

Por la estrechez y la rigidez del canal femoral, el índice de encarceración en hernias crurales (14-56 %) es significativamente superior al de las hernias inguinales (6-10 %); es por eso que necesitan tratamiento quirúrgico en etapa temprana.<sup>2</sup>

La apendicitis aguda en una hernia femoral puede ser una consecuencia del encarceramiento y la estrangulación del apéndice cecal, más que de la obstrucción interna causada por hipertrofia de un nódulo linfático o apendicolito.<sup>3,4</sup> En estos casos, el cuello apretado del canal femoral aísla la enfermedad y a menudo previene los signos abdominales generalizados del apéndice. A pesar de la ruptura del órgano, no ocurre peritonitis y dado que el apéndice no interrumpe la continuidad del intestino, este sigue funcionando de manera normal.<sup>4</sup>

Al igual que lo descrito en las literaturas consultadas, al paciente se le realiza el diagnóstico en el transoperatorio. El apéndice cecal se encuentra en su totalidad en el interior del canal femoral, pero sin signos inflamatorios macroscópicos.

Las opciones quirúrgicas para abordar el apéndice en estas hernias dependen de la presentación. En condiciones normales, el tratamiento es la apendicectomía y la herniorrafia de urgencia. Bajo ningún motivo se debe intentar una maniobra de taxia.<sup>1,5,6</sup>

La mayoría de los autores coinciden en que hay que hacer una sola incisión para la apendicectomía y la herniorrafia. De acuerdo con algunos autores, si el apéndice es normal no se requiere apendicectomía, mientras que si es agudo es necesario hacerla dentro del saco herniario. Otros autores consideran que aunque el apéndice no revele signos macroscópicos de inflamación, se debería realizar apendicectomía 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, además de que no supone mayor complejidad quirúrgica la extirpación del apéndice a través del saco.<sup>1,5,7</sup>

En el caso que nos ocupa, a pesar de no constatarse signos inflamatorios evidentes, en el informe anatomopatológico se obtuvo como resultado una periapendicitis, por lo que coincide con quienes plantean la necesidad de extirpar el órgano independientemente del estado en que se encuentre, al no poderse descartar la presencia de daño por las características propias del canal femoral.

La mayoría de los autores prefieren realizar apendicectomía inmediata seguido de la reparación de la hernia. Las técnicas de reparación son diversas e incluyen la corrección con ligamento de Cooper o la restauración preperitoneal.<sup>5,6</sup> Este proceder se realizó en la paciente que se presenta.

Siempre han de tenerse en cuenta estos tipos de hernias, a pesar de su baja frecuencia. Debe sospecharse cuando se detecta hernia irreductible con signos de peritonitis local, dolor en la fosa ilíaca derecha y ausencia de oclusión intestinal.

---

El tratamiento más aceptado y usado es la apendicectomía y la herniorrafia de urgencia por una vía que permita la solución adecuada de la entidad. En la bibliografía consultada coincide el criterio de no utilizar malla protésica para reparar el defecto, opinión compartida por los autores del presente trabajo.<sup>1,5-9</sup>

La hernia De Garengot debe ser más comentada y difundida en los textos convencionales de cirugía, por ser una afección bien descrita y tipificada en la historia de la cirugía moderna y que, igual que otros tipos de hernias, como las Littré y Maydl, es una entidad poco frecuente. Su diagnóstico tardío tiene un elevado riesgo para el paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Contreras R, García La Rotta J, González Avilés J. Hernia de Amyand del lado izquierdo: revisión de la bibliografía y comunicación de un caso. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*. 2008; 13(2):88-92.
2. Akopian G, Alexander M. De Garengot hernia: appendicitis within a femoral hernia. *Am Surg*. 2005; 71:526.
3. Nguyen ET, Komenaka IK. Strangulated femoral hernia containing a perforated appendix. *Can J Surg*. 2004; 47:68-9.
4. Voitk AJ, Macfarlane KR. Ruptured appendicitis in femoral hernias: Report of two cases and review of the literature. *Ann Surg*. 1974; 179:24-6.
5. Priego P, Lobo E, Moreno I, Sánchez-Picot S. Apendicitis aguda en una hernia crural encarcerada: análisis de nuestra experiencia. *Rev Esp Enferm Dig*. 2005; 97:707-15.
6. López-Rodríguez P, Hernández-Torres L, López-Delgado FR. Hernia de Amyand: presentación de dos casos. *Rev Cubana Cir*. 2005; 44(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932005000100010&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932005000100010&lng=es&nrm=iso)
7. Torres HD, Roselló FJR, Del Campo AR, Canals PP, Weinman ES. Hernia de Amyand: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Arch Cir Gen Dig*. 2003; 22:1-5.
8. Comman A, Gaetzscmann P, Hanner T, Behrend M. De Garengot hernia: transabdominal preperitoneal hernia repair and appendectomy. *JLS*. 2007; 11:496.
9. Sharma H, Jha PK, Shekhawat NS. De Garengot hernia: an analysis of our experience. *Hernia*. 2007; 11:235.

Recibido: 12 de octubre de 2012.

Aprobado: 4 de diciembre de 2012.

Dr. *Noslen Martínez Valenzuela*. Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto". Ave. Monumental y Carretera del Asilo. Habana del Este. La Habana, Cuba. Correo electrónico: [revistamil@infomed.sld.cu](mailto:revistamil@infomed.sld.cu)