

Caso Clínico

Hérnia de Garegeot: Descrição de Caso Clínico

Garegeot's Hernia: Clinical Case Description

 Heron Kairo Sabóia Sant'Anna Lima¹,  Enzo Stella de Carvalho²,  Gabriel Vinicius Santos de Souza²,  Victor Menezes da Cunha³

1. Serviço de Cirurgia Geral Avançada – Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo, São Paulo, Brasil
2. Universidade Nove de Julho, São Paulo, Brasil
3. Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo – Conjunto Hospitalar do Mandaqui, São Paulo, Brasil

Corresponding Author/Autor Correspondente:

Heron Kairo Sabóia Sant'Anna Lima [heronsaboia@gmail.com]

endereço: Rua Pedro de Toledo, 1800 – Vila Clementino, São Paulo – SP, 04039-000

<https://doi.org/10.34635/rpc.1188>

RESUMO

A hérnia de Garegeot (HG) é uma condição rara, caracterizada pela presença do apêndice cecal no interior de uma hérnia femoral, frequentemente diagnosticada apenas no intraoperatório devido à apresentação clínica inespecífica. Doente do sexo feminino, 51 anos, recorreu ao Serviço de Urgência com tumefação dolorosa em região inguinal direita, associada a dor abdominal difusa. Os exames imagiológicos evidenciaram hérnia femoral encarcerada, sem definição do conteúdo herniário. Submetida à abordagem cirúrgica por via inguinal, foi identificado, no intraoperatório, apêndice cecal encarcerado com sinais inflamatórios distais, confirmando hérnia de Garegeot. Realizou-se apendicectomia e herniorrafia pela técnica de McVay modificada com colocação de prótese de polipropileno. A doente apresentou evolução satisfatória, com alta no segundo dia pós-operatório e consulta de seguimento sem intercorrências. A HG, embora rara, deve ser considerada no diagnóstico diferencial das hérnias femorais encarceradas. O diagnóstico pré-operatório é desafiador, sendo frequentemente estabelecido durante o ato cirúrgico. A abordagem deve ser individualizada, considerando os achados intraoperatórios, com resultados favoráveis quando a abordagem é individualizada.

Palavras-chave: Hérnia Femoral/cirurgia; Herniorrafia

Received/Recebido: 22/05/2026 Accepted/Aceite: 30/06/2026 Published online/Publicado online: 23/07/2026 Published/Publicado: 31/07/2026

© Portuguese Society of Surgery 2026. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

© Sociedade Portuguesa de Cirurgia 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

ABSTRACT

Garegeot hernia (GH) is a rare condition defined by the presence of the vermiform appendix within a femoral hernia sac, often diagnosed intraoperatively due to its nonspecific clinical presentation. A 51-year-old female presented with a painful right inguinal bulge associated with diffuse abdominal pain. Imaging studies suggested an incarcerated femoral hernia without clear identification of its contents. Surgical exploration via inguinal approach revealed an incarcerated appendix with distal inflammatory changes, confirming the diagnosis of Garegeot hernia. Appendectomy and hernia repair using the modified McVay technique and polypropylene mesh were performed. The patient had an uneventful recovery, discharged on postoperative day 2, with no complications during follow-up. Although rare, GH should be considered in the differential diagnosis of incarcerated femoral hernias. Preoperative diagnosis remains challenging and is often established intraoperatively. Management should be individualized based on surgical findings, with favorable outcomes when appropriately treated.

Keywords: Hernia, Femoral/surgery; Herniorrhaphy

INTRODUÇÃO

A hérnia de Garegeot (HG) corresponde a uma variante rara da hérnia femoral, caracterizada pela presença do apêndice cecal no saco herniário. O apêndice encontra-se em cerca de 0,5%–5% das hérnias femorais operadas, sendo a apendicite aguda uma ocorrência excepcional. O diagnóstico pré-operatório permanece difícil, sendo frequentemente estabelecido apenas durante a cirurgia.¹⁻⁵ Apresenta-se o caso de uma doente com HG associada a apendicite aguda, salientando os desafios diagnósticos e terapêuticos.

CASO CLÍNICO

Doente de 51 anos recorreu ao Serviço de Urgência por tumefação dolorosa inguinal direita com sete dias de evolução, associada a dor abdominal difusa iniciada três dias antes, sem sintomas obstrutivos ou constitucionais relevantes. Antecedentes de hipertensão arterial medicada e tabagismo prévio.

Ao exame objetivo apresentava-se hemodinamicamente estável e apirética, com tumefação inguinal direita irreductível e discretamente dolorosa, sem sinais inflamatórios locais ou irritação peritoneal.

Analiticamente não apresentava leucocitose nem alterações relevantes da função renal ou da coagulação.

A ecografia revelou hérnia femoral encarcerada, sem caracterização inequívoca do conteúdo herniário. Perante os achados clínicos e imagiológicos, foi indicada cirurgia urgente. Foi realizada abordagem inguinal urgente, identificando-se intraoperatoriamente apêndice cecal encarcerado no saco herniário, compatível com hérnia de Garegeot, associado a apendicite aguda flegmonosa (Guenther IIA). Procedeu-se a appendicectomia seguida de reparação do defeito femoral pela

técnica de McVay modificada, com reforço por prótese de polipropileno fixada ao ligamento de Cooper e ao ligamento inguinal (Fig. 1).

O pós-operatório decorreu sem intercorrências, com alta clínica ao segundo dia. Na consulta de seguimento aos 15 dias, a doente encontrava-se assintomática e o exame anatomopatológico confirmou apendicite aguda.

DISCUSSÃO

A HG ocorre predominantemente em mulheres e habitualmente após a sexta década de vida, embora possa ocorrer em doentes mais jovens, como neste caso.^{1,6}

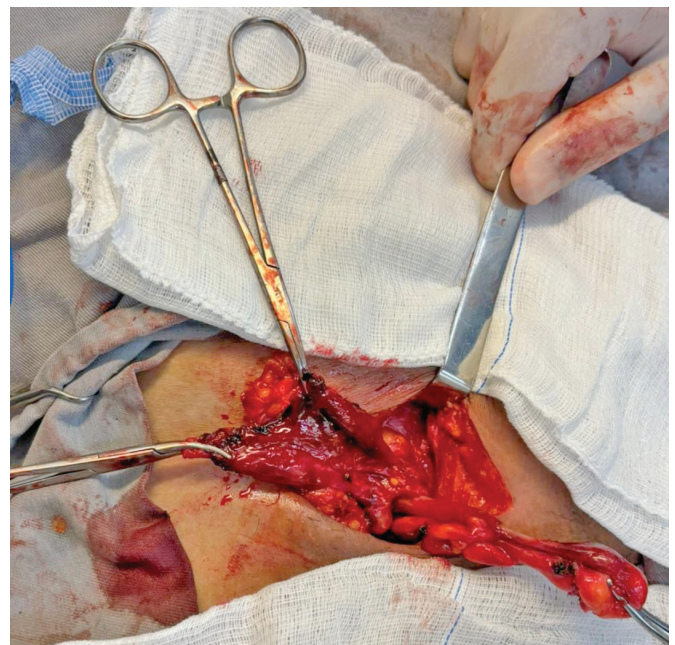


Figura 1: Apêndice vermiforme localizado dentro do saco herniário em canal femoral.

A apresentação clínica é inespecífica, sendo frequente a presença de tumefação inguinal dolorosa sem sinais típicos de apendicite, o que dificulta o diagnóstico pré-operatório. Os exames laboratoriais não apresentam correlação consistente com a presença ou duração dos sintomas, mas desempenham um papel fundamental na avaliação pré-operatória.^{2,3,6,7}

Embora a ecografia e a tomografia computadorizada possam identificar o conteúdo herniário, o diagnóstico continua a ser frequentemente intraoperatório.^{3,4,6} O diagnóstico diferencial deve incluir outras causas de massas inguinais, como anexite, ectasia da veia safena magna, linfomas, lipomas, tumores de partes moles e nódulos varicosos.¹

Não existe consenso quanto à abordagem cirúrgica ideal. A estratégia deve ser individualizada em função dos achados intraoperatórios, podendo recorrer-se a cirurgia aberta ou laparoscópica.^{3,6-8}

A realização de apendicectomia é optativa na ausência de sinais inflamatórios, embora seja realizada na grande maioria dos casos. Quando realizada, a abordagem através do próprio saco herniário é preferível, exceto em casos complicados com perfuração ou formação de abscesso.¹ A utilização de prótese sintética permanece controversa. Embora descrita numa minoria dos casos publicados, a sua utilização em campo cirúrgico limpo associa-se a menores taxas de recidiva, sendo geralmente evitada na presença de contaminação.^{1,2,6}

PONTOS DE APRENDIZAGEM

- A HG é uma condição rara de difícil diagnóstico pré-operatório.
- A suspeição clínica diante de hérnias femorais, especialmente em doentes do sexo feminino e idade avançada, é fundamental, pois o diagnóstico precoce e a intervenção cirúrgica no momento adequado reduzem a probabilidade de complicações.
- A abordagem cirúrgica deve ser individualizada e baseada nos achados intraoperatórios. A maioria dos doentes beneficia da apendicectomia.
- A utilização de próteses sintéticas permanece controversa, devendo sempre ser evitada quando há alto risco infeccioso.

AWARDS AND PREVIOUS PRESENTATIONS

The abstract of this study was presented as a poster at the 24th Brazilian Digestive System Week in November 2025.

PRÉMIOS E APRESENTAÇÕES ANTERIORES

O resumo deste trabalho foi apresentado como banner expositivo na XXIV Semana Brasileira do Aparelho Digestivo, em novembro de 2025.

ETHICAL DISCLOSURES

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financial Support: This work has not received any contribution grant or scholarship.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer-reviewed.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse.

Apoio Financeiro: Este trabalho não recebeu qualquer subsídio, bolsa ou financiamento.

Proveniência e Revisão por Pares: Não solicitado; revisão externa por pares.

CONTRIBUTORSHIP STATEMENT

HKSSAL: Conceptualization, supervision, data collection, and final revision of the manuscript.

ESC: Data collection and writing of the manuscript.

GVSS: Writing of the manuscript.

VMC: Conceptualization and final revision of the manuscript.

All authors approved the final version of the manuscript for publication and assume responsibility for the integrity and accuracy of the work.

DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO

HKSSAL: Idealização, supervisão, colheita de dados e revisão final do manuscrito.

ESC: Colheita de dados e escrita do manuscrito.

GVSS: Escrita do manuscrito.

VMC: Idealização e revisão final do manuscrito.

Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito para publicação e assumem a responsabilidade pela integridade e exatidão do trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Garcia-Amador C, De la Plaza R, Arteaga V, Lopez-Marcano A, Ramia J. Garegeot's hernia: two case reports with CT diagnosis and literature review. *Open Med.* 2016;11:354-60. doi: 10.1515/med-2016-0065.
2. Salawu A, Sarsam M, Butcher K. A case report and literature review of De Garegeot hernia. *J Surg Case Rep.* 2025;2025:rjae673. doi: 10.1093/jscr/rjae673.
3. Tiwana S, Kabir SA. De Garegeot Hernia: A Case Report of an Incidental Finding. *Cureus.* 2024;16:e73817. doi: 10.7759/cureus.73817.
4. West HE, Nadeem F, Abbott S. A Case of De Garegeot Hernia With Associated Appendiceal Inflammation. *Cureus.* 2025;17:e89638. doi: 10.7759/cureus.89638.
5. Caygill P, Nair R, Sajjanshetty M, Francis D. An unusual groin exploration: De Garegeot's hernia. *Int J Surg Case Rep.* 2011;2:74-5. doi: 10.1016/j.ijscr.2011.01.008.
6. Guenther TM, Theodorou CM, Grace NL, Rinderknecht TN, Wiedeman JE. De Garegeot hernia: a systematic review. *Surg Endosc.* 2021;35:503-13. doi: 10.1007/s00464-020-07934-5.
7. Linder S, Linder G, Månsson C. Treatment of de Garegeot's hernia: a meta-analysis. *Hernia.* 2019;23:131-41. doi: 10.1007/s10029-018-1862-5.
8. Gómez-Portilla A, Merino E, López de Heredia E, Gareta A, Ojeda M. De Garegeot's hernia patients entirely treated laparoscopically: a safe and feasible alternative-a systematic review. *Langenbecks Arch Surg.* 2023;408:171. doi:10.1007/s00423-023-02889-2