

Hernia de Littré

Littré's hernia

Wilfredo Ernesto Santiesteban Pupo¹

René Santiago Borges Sandrino¹

Enia Ramón Musibay¹

¹ Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: La hernia de Littré se define como la presencia de un divertículo de Meckel en cualquier saco herniario, su incidencia es de alrededor de un 2 % y se han descrito pocos casos en la literatura.

Objetivo: Presentar un caso inusual de cirugía de urgencia con un cuadro de oclusión intestinal por hernia de Littré, operado en el servicio de urgencias del Hospital Militar "Dr. Carlos J. Finlay".

Caso clínico: Paciente de 79 años de edad que consulta por cuadro de dolor abdominal, vómitos y aumento de volumen en la región crural derecha, operado con diagnóstico presuntivo de hernia crural complicada. Se realiza abordaje preperitoneal, se encontró en el saco herniario, un divertículo de Meckel con compromiso vascular. Fue resecado completamente, efectuada anastomosis término-terminal del íleon y reparado defecto herniario con técnica de Cheatle-Henry.

Comentarios: La paciente recibió resección intestinal y reparación tisular del anillo crural, recibió alta hospitalaria al tercer día y médica a los 45 días de la operación.

Palabras clave: hernia de Littré; divertículo de Meckel; Littré.

ABSTRACT

Introduction: Litré hernia is defined as the presence of a Meckel diverticulum in any hernia sac, the incidence is around 2% and few cases have been described in the literature.

Objective: To present an unusual case of emergency surgery with intestinal occlusion due to Litré's hernia operated in the emergency service of the Military Hospital "Dr. Carlos J. Finlay".

Clinical case: A 79-year-old patient who consulted due to abdominal pain, vomiting and increased volume in the right crural region, he was operated with a presumptive diagnosis of complicated crural hernia. A preperitoneal approach was performed, a Meckel diverticulum with vascular compromise was found in the hernia sac. It was completely resected, end-to-end anastomosis of the ileum was performed and hernial defect repaired with the Cheatle-Henry technique.

Comments: this patient received intestinal resection and tissue repair of the crural ring. She was discharged on the third day and medically discharge 45 days after the operation.

Keywords: Litré's hernia; Meckel's diverticulum; Litré.

INTRODUCCIÓN

Skandalakis y otros autores definieron la hernia de Litré como un divertículo de Meckel en el interior de cualquier orificio herniario (inguinal, crural, diafragmático) y sostuvieron que el primero en describirla fue Alexis Litré en el año 1700.¹

Johann Friedrich Meckel clasificó las diferentes variedades de divertículos intestinales y describió una obliteración incompleta del conducto onfalomesentérico, por eso este divertículo lleva su nombre.²

La incidencia del divertículo de Meckel es de alrededor de 2 % y se han descrito pocos casos en la literatura, la mayoría son asintomáticos. Cuando producen síntomas, suelen ser por sangrado o infección del divertículo, que simula un cuadro de apendicitis aguda. Este se halla en el borde antimesentérico, a nivel de íleon, cerca de la válvula ileocecal, generalmente entre 30 y 90 cm. Suele medir de 4 a 6 cm de longitud y 2 cm de diámetro.^{3,4}

El objetivo del trabajo es presentar un caso inusual de cirugía de urgencia con un cuadro de oclusión intestinal por hernia de Litré, operado en el servicio de urgencias del Hospital Militar "Dr. Carlos J. Finlay".

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 79 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial compensada con enalapril (20 mg) y clortalidona (25 mg), una tableta diaria de cada una. Acudió al servicio de urgencias del Hospital Militar "Dr. Carlos J. Finlay",

con cuadro clínico de aproximadamente 24 horas de evolución, caracterizado por dolor abdominal difuso, predominante en hemiabdomen inferior, de tipo espasmódico, que incrementaba de intensidad, acompañado de náuseas y varios vómitos con restos de alimentos.

Al examen físico; mucosas rosadas, ligeramente deshidratadas. A nivel abdominal, en región inguinocrural se observa masa de 4 x 4 cm, de consistencia dura, dolorosa a la palpación, que no se logró reducir. El resto del abdomen estaba distendido, a predominio de hipogastrio, ruidos hidroaéreos presentes y aumentados de intensidad, dolor a la palpación profunda de forma difusa, con defensa muscular pero sin reacción peritoneal. Los signos vitales normales y el resto del examen físico sin alteraciones.

Exámenes complementarios:

Hematocrito: 0,42 fracción de volumen.

Leucocitosis: ($21,700 \times 10^9/L$) con desviación a la izquierda (segmentados 82 %).

Ionograma y gasometría: Presentaba alcalosis metabólica hipoclorémica.

Rayos X de abdomen simple de pie: Se observan niveles hidroaéreos centrales, con presencia de válvulas conniventes.

Ecografía abdominal: Asas delgadas dilatadas en 4 mm con signo de vaivén, sin líquido libre en cavidad peritoneal.

Se discutió el caso en el colectivo del grupo básico de trabajo y se llegó al consenso que esta paciente presentaba una obstrucción intestinal mecánica, por hernia crural complicada. Se decidió intervención quirúrgica, previo consentimiento informado.

Hallazgo operatorio: Saco herniario en anillo crural, con divertículo de Meckel en su interior, necrosado y a tensión a 50 cm de la válvula ileocecal, proximalmente las asas intestinales se encontraron dilatadas ([Fig. 1](#)).



Fig. 1. Divertículo de Meckel con compromiso vascular.

Proceder: Se realizó resección intestinal con margen de 2 cm a cada lado de los bordes del divertículo, con anastomosis término-terminal en un plano seromuscular, con sutura no absorbible doble cero. Se realizó herniorrafia crural por técnica de Cheatle-Henry, con monofilamento no absorbible de calibre 1 ([Fig. 2](#)).



Fig. 2. Divertículo de Meckel resecado con anastomosis término-terminal en un plano.

La paciente fue egresada a los 3 días de la intervención, en buenas condiciones y a los 45 días de seguimiento en consulta externa, fue dada de alta médica.

Informe de anatomía patológica: Espécimen remitido; saco herniario y divertículo de Meckel.

Diagnóstico patológico: Diverticulitis, peridiverticulitis crónica y aguda activa, paniculitis piógena.

Microscopia: cortes correspondientes a formación sacular cuyas paredes están conformadas por músculo liso, con áreas extensas de necrosis, en la parte interna correspondiente a la mucosa; infiltrado inflamatorio agudo difuso con formación de microabscesos. Por separado se identifican cortes de tejido adiposo y fibroconectivo con áreas de necrosis, formación de microabscesos e infiltrado inflamatorio agudo difuso.

Macrosocopia: Formación sacular de 8 x 2 cm, paredes delgadas friables en el fondo, de aspecto sacular.

COMENTARIOS

El divertículo de Meckel se describe como la "enfermedad de los 2" ya que se observa en el 2 % de la población, es dos veces más común en los hombres que en las mujeres y generalmente se encuentra a 2 pies (60 cm aproximadamente) de la válvula ileocecal.⁵

Aunque los síntomas se relacionan con la edad del paciente, la obstrucción intestinal bajo la forma de vólvulo o de invaginación, es la presentación típica en recién nacidos, mientras que en niños pequeños es el sangrado intestinal. Sin embargo, en niños más grandes y en adultos, la presentación más común es la inflamación, que simula clínicamente una apendicitis.⁶

La incidencia de hernia de Littré es desconocida, con mayor frecuencia se encuentra en las hernias inguinales.⁷

En 1943 *Bird*⁸ reportó 182 casos de divertículo de Meckel encontrados dentro de sacos herniarios, donde el mayor número de pacientes estaban afectados por hernia inguinal, seguidos por las de localización umbilical y femoral. En una revisión realizada por *Watson* de 259 casos de hernia de Littré, 143 fueron inguinales, 54 femorales y 32 umbilicales.⁹ El caso presentado es, por tanto, de las localizaciones menos comunes.

El tratamiento consiste en: la reducción del contenido herniario y la resección del divertículo, que puede realizarse en cuña -en caso de hallazgo incidental o segmentaria, si es de urgencia-; la anastomosis del íleon y la reparación quirúrgica de la hernia.¹⁰ Esta puede realizarse con malla, siempre que sea posible y no exista demasiada contaminación.³

En este caso se eligió el abordaje preperitoneal, por ser el procedimiento que se utiliza habitualmente para las reparaciones de hernias crurales de urgencia. Al encontrar compromiso vascular, fue necesaria la realización de una resección segmentaria y anastomosis intestinal, por eso se realizó reparación tisular del defecto herniario por técnica de Cheatle-Henry.

La hernia de Littré tiene baja incidencia. Cuando se realiza el diagnóstico, el tratamiento es quirúrgico y consiste en resecar el divertículo de Meckel y reparar la hernia. Este caso recibió resección intestinal y reparación tisular del anillo crural, dado de alta hospitalaria al tercer día y médica a los 45 días de la operación.

Conflictos de intereses

Los autores plantean no presentar conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Skandalakis PN, Zoras O, Skandalakis JE, Mirilas P. Littre Hernia: Surgical Anatomy, Embryology, and Technique of Repair. *Am Surg* 2006;72(3):238-43.

2. García NR, Castrillón ME, Videla R, Cámara H, Canga C, Bustos HF. Diverticulitis de Meckel. RAR 2004;68:333-79.
3. Aláez-Chillarón AB, Ramiro-Pérez C, Rodríguez Velazco G, Calero-Amaro A, Latorre-Fragua R, Díez-Tabernilla M. Hernia de Littré, una causa poco frecuente de obstrucción intestinal. Cirugía y Cirujanos 2012;80:186-8.
4. Amaya RE, Vargas GB. Hernia de littré presentación de un caso. RMHV [Internet]. 2008 [citado 26 jul 2014];1(1):19-22. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932016000300008
5. Pollak R. Procedimientos auxiliares en cirugía intestinal. En: Nyhus L, Baker RJ, Fischer JE, editores. El dominio de la cirugía. Buenos aires: Editorial Médica Panamericana; 1999. p. 1459-66.
6. Yahchouchy E, Marano A, Etienne J, Fingerhut A. Meckel's Diverticulum. J Am Coli Surg. 2001;192:658-62.
7. Edmonson J. Johann Friedrich Meckel the younger: Meckel's diverticulum. Gastrointestinal Endoscopy. 2001;54:19A-20A.
8. Bird E. Littré's Umbilical Hernia. Am J Surg. 1943;60:81-7.
9. Yamanaka W, Cuenca T, Fischer O. Hernia de Littré: Reporte de un caso. An Fac Cienc Méd (Asunción). 2010 [citado 26 jul 2014];43(2):61-6. Disponible en: <http://revistascientificas.una.py/index.php/RP/article/viewFile/200/131>
10. Biel A, Villalonga R, López de Cenarruzabeitia I, Rodríguez N, Aemengo I. Littré's hernia: unusual find in inguino-scrotal hernial repair. Rev Esp Enferm Dig [Internet]. 2010 [cited 2014 jul 26];102(8):506-7. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932016000300008

Recibido: 21 de marzo de 2018.

Aprobado: 19 de abril de 2018.

Wilfredo Ernesto Santiesteban Pupo. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay".
La Habana, Cuba.
Correo electrónico: hfinlay30@infomed.sld.cu