
Multimed 2019; 23(5)

Septiembre-Octubre

Caso Clínico

Hernia de Littré estrangulada. Presentación de un caso

Hernia of Littré strangled. Presentation of a case

A hérnia de littré estrangulada. Arquivando um caso

Esp. I Cirug. Gral. Rosa Margarita Mustelier Sánchez.^{1*}

Esp. II MGI. Roberto González de la Fe.^{II}

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Hospital General Universitario Carlos Manuel de Céspedes. Bayamo. Granma, Cuba.

^{II} SIUM. Bayamo. Granma, Cuba.

* Autor para la correspondencia. E-mail: rmmustes@gmail.com

RESUMEN

La hernia de Littré es la presencia de un divertículo de Meckel en cualquier hernia de la pared abdominal. Se encuentran pocos reportes en la literatura médica por su baja incidencia. Su sospecha clínica es infrecuente, por lo que su diagnóstico es intraoperatorio. Se presenta un caso de un paciente de 39 años de edad que acude al servicio de urgencias del Hospital Misionario de Vouga. Cunhinga, Bié. República de Angola, con dolor abdominal agudo, y no expulsión de gases. Al examen físico encontramos dolor abdominal, ligera defensa abdominal y tumor doloroso e irreductible en región inguinal derecha. Se ingresa con el diagnóstico de hernia inguinal derecha estrangulada. Es intervenido quirúrgicamente de urgencia con hallazgo transoperatorio de hernia de Littré estrangulada. Se realiza quelotomía más resección intestinal

del segmento de íleo que contiene el divertículo y anastomosis término terminal, por los signos de isquemia y necrosis presentes más herniorrafia inguinal derecha. El paciente fue dado de alta a los 10 días con evolución favorable.

Palabras clave: Divertículo ileal; Hernia abdominal; Pared abdominal.

ABSTRACT

The Littré hernia is the presence of a Meckel diverticulum in any hernia of the abdominal wall. There are few reports in the medical literature due to its low incidence. His clinical suspicion is infrequent, so his diagnosis is intraoperative. We present a case of a 39-year-old patient who goes to the emergency service of the Hospital Misionario de Vouga. Cunhinga, Bié. Republic of Angola, with acute abdominal pain, and no expulsion of gases. Upon physical examination we found abdominal pain, slight abdominal defense and a painful and irreducible tumor in the right inguinal region. The patient is admitted with the diagnosis of strangulated right inguinal hernia. He underwent emergency surgery with a strangulated Littré hernia. We performed kelotomy plus intestinal resection of the ileus segment that contains the end-stage diverticulum and anastomosis, due to signs of ischemia and necrosis plus right inguinal herniorrhaphy. The patient was discharged after 10 days with favorable evolution.

Keywords: Meckel diverticulum; Abdominal hernia; Abdominal wall.

RESUMO

A hérnia de Littré é a presença de um divertículo de Meckel em toda a parede abdominal herniada. Poucos relatos são encontrados na literatura médica por causa de sua baixa incidência. Sua suspeita clínica é rara, assim que seu diagnóstico é intraoperativo. Há um caso de um paciente de 39 anos indo ao departamento de emergência do hospital missionário Vouga. Cunhinga, Bié. República de Angola, com dor abdominal aguda e sem ejeção de gás. O exame físico encontrou dor abdominal, discreta defesa abdominal e tumor doloroso e irreduzível na região inguinal direita. É entrado com o diagnóstico da hérnia de Littré direita. É

cirurgicamente cirúrgica cirúrgica urgente com encontrar transoperatório de littré' hénria de s estrangulada. É realizada quelotomia mais ressecção intestinal do segmento de íleo contendo o divertículo e anastomose terminal a termo, pelos sinais de isquemia e necrose apresentam herniorrafia inguinal mais direita. O paciente foi descarregado em 10 dias com evolução favorável.

Palavras-chave: Divertículo Ileal; Hénria abdominal; Parece abdominal.

Recibido: 21/6/2019

Aprobado: 13/7/2019

Introducción

La cirugía de la pared abdominal es una de las más frecuentemente realizadas en un servicio de cirugía general. Por lo que tiene transcendencia económica por el alto costo del material protésico utilizado en la reparación herniaria y las nuevas tecnologías quirúrgicas; unidas a la incapacidad física del paciente antes y después de la operación con repercusión psicosocial.

La palabra hernia se origina del vocablo griego Epivos (yema) e Hira (intestino) del latín proviene de un vocablo que se traduce como rotura. Se define como la protrusión anormal de uno más de los órganos que contiene la cavidad abdominal, o de una parte de ellos a través de orificios congénitos o adquiridos de las capas musculo- fascio –aponeuróticas de la pared abdomino-pélvica, pudiendo llegar a perder la capacidad de reintegrarlos a su lugar habitual. El contenido protruido está acompañado siempre del peritoneo parietal que constituye el saco de la hernia. Los elementos que con mayor frecuencia están contenidos en el saco herniario son el intestino delgado, el epiplón y el colon. ⁽¹⁾

La hernia de Littré es la protrusión del divertículo de Meckel a través de un orificio en la pared abdominal. Este fue descrito por primera vez en 1598 por Fabricius Hildamus. Aunque la

descripción macroscópica y el origen embriológico del mismo no fueron realizados hasta el año 1809 por Johann Friedrich Meckel, donde recibe el nombre de divertículo de Meckel. Sin embargo Alexis Littré, un anatomista y cirujano francés describió la presencia del divertículo en una hernia en 1700 (de aquí se deriva el término de Littré).^(2,3)

El divertículo de Meckel es un resto primitivo del conducto onfalomesentérico, que en el embrión comunica al intestino medio con el saco vitelino desde la primera hasta la quinta semana de gestación. Cumple la función de proveer la nutrición del feto hasta que se establezca la placenta. Normalmente este conducto involuciona de la quinta a la séptima semana, convirtiéndose en un haz delgado de tejido fibroso que desaparece a la décima semana de gestación. Si existe algún tipo de falla parcial o completa en esta involución, aparecen varias estructuras residuales como son: pólipo umbilical, seno umbilical, brida alantoidea, quiste del conducto onfalomesentérico, fístula onfalomesentérica y en mayor frecuencia el divertículo de Meckel, en el cual el extremo del íleon se encuentra permeable y su extremo umbilical esta atrofiado.⁽⁴⁾

Se asocia a otras anomalías congénitas como: síndrome de Down, defectos cardíacos, atresia esofágica, hernia diafragmática congénita, atresia duodenal, gastrosquisis, onfalocele, ano imperforado, malrotación intestinal y enfermedad de Hirschprung.^(4,5)

Puede permanecer asintomático durante toda la vida, comportándose igual que otras malformaciones intrabdominales de origen embrionario. Este divertículo tiene una incidencia aproximada de 2 por ciento a nivel mundial, produciendo sintomatología un 4 a 6 por ciento, siendo más frecuente en la infancia. Sin embargo la hernia de Littré tiene una incidencia y prevalencia desconocida, su diagnóstico es por hallazgos quirúrgicos incidentales o post mortem durante necropsias.^(1,6)

Se han reportado pocos casos en la literatura, por lo que consideramos necesario documentar este trabajo que trata de un paciente con diagnóstico de hernia de Littré inguinal derecha estrangulada operado de urgencia en el Hospital Misionario de Vouga. Bié.

Presentación del caso

Paciente de sexo masculino, de 39 años de edad, de profesión trabajador agrícola, sin antecedentes patológicos personales y familiares, sin alergia medicamentosa y sin cirugía anterior. Hace un año tiene una hernia inguinal derecha. Acude al servicio de urgencias de cirugía porque hace ocho horas inicio con dolor abdominal a tipo cólico en hemiabdomen inferior y en región inguinal derecha donde tiene un tumor doloroso con ese mismo tiempo de aparición. No ha recibido analgésicos, el dolor se ha intensificado en el decursar del tiempo. Se acompaña de náuseas, tuvo dos vómitos de contenido bilioso de moderada cantidad, no ha expulsado gases.

Hallazgo del examen físico de la región afectada

Abdomen: plano, que sigue poco los movimientos respiratorios, doloroso a los golpes de tos. Depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hemiabdomen inferior, ligera defensa muscular. Ruidos hidroaéreos aumentados.

Región inguinal derecha: se observa y se palpa tumor inguinal de 6cm de diámetro, sin signos inflamatorios en la piel, doloroso a la palpación, de consistencia firme, irreductible, incrementa su tamaño con la maniobra de Valsalva no sopla, late ni se expande.

Tacto rectal: Fondo de saco abombado y ligeramente doloroso.

Exámenes complementarios

Hemograma completo: Hemoglobina 15g/dl. Hematocrito 45%. Leucocitos 9.100/mm³ Neutrofilos 73%. Linfocitos 22%. Monocitos 3% Eosinofilos 2% Glucemia 84 mg/dl. Creatinina 0.8 mg/dl. Examen de orina: aspecto turbio, color: ámbar, densidad: 1020, pH: 4. 5, proteínas 0, leucocitos 2-3/campo, hematíes 0, células epiteliales 1-2/campo.

Radiografía de abdomen simple de pie: presencia de niveles hidroaéreos centrales.

Ingresa con el diagnóstico preoperatorio de hernia inguinal derecha estrangulada. Se inician las medidas de preoperatorio inmediato para operar de urgencia. Se realiza incisión oblicua inguinal derecha, paralela a la arcada crural, disección por planos hasta apertura del anillo

inguinal superficial, exposición del cordón inguinal, Se identifica saco herniario, que protruía a través del anillo inguinal profundo, realización de quelotomía y apertura del saco herniario, encontrando ligera cantidad de líquido de sufrimiento intestinal color vinoso y un divertículo de Meckel estrangulado en el saco herniario, con áreas de isquemia y necrosis hacia su base. El íleon tenía zonas de isquemias a dos centímetros distal y proximal del intestino. Resección del segmento del íleon que contenía el divertículo de Meckel, anastomosis término terminal. Reparación herniaria por la técnica de Bassini con sutura de prolene 3/0.

El paciente tuvo como complicación postoperatoria íleo paralítico, el cual fue resuelto a las 72 horas, posteriormente su evolución fue favorable, con egreso hospitalario a los 10 días, tiene 1 año y 9 meses de operado sin recidiva herniaria.

Estudio anatomopatológico

Macroscopia: formación sacular de 4cm de diámetro, sin contenido en su interior, adelgazamiento de la pared con 0,4cm de espesor, mucosa homogénea con edema. Microscopia: segmento del tubo digestivo con infarto transmural e infiltrado agudo inespecífico, componentes de la pared intestinal con mucosa de tipo de intestino delgado.

Discusión

La hernia de Littré es la protrusión del divertículo de Meckel a través de un orificio de la pared abdominal, realizáremos una revisión de las principales características del divertículo, teniendo en cuenta que este por si solo representa un diagnóstico diferencial en un cuadro de abdomen agudo. Aparece como una evaginación en dedo de guante del borde antimesentérico del íleon, a una distancia entre 45 y 90 cm de la válvula ileocecal. Tiene una longitud de 4 a 10cm y un diámetro de 2cm. Es un divertículo verdadero, porque contiene todas las capas de la pared intestinal. Aproximadamente el 50 % de los pacientes con divertículo de Meckel tienen tejido heterotópico, la mucosa gástrica es la más común; también se describen mucosa pancreática, duodenal y colónica.⁽⁷⁾

Existen características especiales que lo distinguen, como el divertículo que cumple la regla del dos:

- ✓ Se observa en el 2 por ciento de la población.
- ✓ Relación hombre: mujer 2:1.
- ✓ Se encuentra a 2 pies (60cm) de la válvula ileocecal.
- ✓ Tiene 2 pulgadas de largo (5cm).
- ✓ Tiene 2 cm de diámetro.
- ✓ Se vuelve en su mayoría asintomático antes de los 2 años de edad.
- ✓ Contiene comúnmente 2 tipos de tejidos heterotópicos sobre todo gástrico y pancreático.

Los portadores presentan un riesgo de por vida de 4 a 6 por ciento de desarrollar complicaciones clínicas. El 60 por ciento se vuelve sintomático en los primeros años de vida. El divertículo de Meckel en el adulto es asintomático y muchos son hallados en el curso de la realización de un tránsito intestinal con estudio baritado, y durante laparotomías o necropsias.⁽⁸⁾

El problema clínico más frecuente relacionado con el divertículo de Meckel es la hemorragia intestinal, asociada a enfermedad ulceropéptica de la mucosa gástrica del divertículo. Este es el hallazgo más prevalente en la edad pediátrica, puede manifestarse como un episodio indoloro con melena o enterorragia, de forma esporádica y otras como verdaderas crisis de dolor abdominal acompañadas de sangramiento intestinal, que provoca shock hipovolémico. En ocasiones aparece sangramiento umbilical.

Las complicaciones suelen ser numerosas pero entre ellas, las más frecuentes son las que pueden producir un cuadro abdominal agudo como: La obstrucción intestinal por adherencias entre el divertículo y la cara peritoneal del ombligo, vólvulos del divertículo alrededor de una banda mesodiverticular, invaginación intestinal, éstas dos últimas se manifiestan con mayor

frecuencia en el recién nacido.⁽⁹⁾ La extensión hacia un saco herniario provocando adherencias inflamatorias entre este y el divertículo con la formación de una hernia de Littré encarcelada o estrangulada, es causa de oclusión intestinal, que rara vez se produce.

La diverticulitis representan entre un 10 y 20 por ciento de los cuadros sintomáticos, a diferencia de la hemorragia y la obstrucción esta complicación se observa en adultos y niños más grandes que en los menores de dos años de edad. La clínica de la inflamación del divertículo de Meckel, a menudo se manifiesta como un cuadro apendicular.^(1,8) La no realización del diagnóstico inmediato puede dar lugar a perforación del divertículo, peritonitis generalizada y muerte. Es importante tener en cuenta que cuando estemos frente a un paciente donde clínica y humoralmente diagnosticamos una apendicitis aguda y en el transoperatorio encontramos que el apéndice es normal, es necesario explorar todo el íleon terminal en busca de un divertículo de Meckel.

Como medios diagnósticos el ultrasonido abdominal presenta limitantes en el divertículo de Meckel donde no se distingue de otras asas intestinales. La radiografía de tránsito intestinal con doble medio de contraste en ausencia de abdomen agudo, se considera como mejor alternativa. La tomografía con tecnecio 99 permite detectar con buena sensibilidad el sitio del sangrado o la mucosa ectópica del divertículo. Otro estudio empleado es la gammagrafía con eritrocitos radiomarcados, tiene valor diagnóstico cuando la hemorragia se encuentra activa. La angiografía mesentérica superior y la laparoscopia también son de utilidad.^(10,11)

La tomografía axial computarizada multidetector es el método de elección para el estudio de las hernias de la pared abdominal, las ventajas que ofrece es una identificación más fiable del contenido y su diferenciación con otras masas abdominales. Sin embargo en el diagnóstico de las complicaciones de las hernias fundamentalmente en el síndrome oclusivo; este se utiliza cuando las manifestaciones clínicas son equívocas o no concluyentes, particularmente si no existe una hernia aparente. No se ha descrito aún el primer caso estudiado por imágenes de forma preoperatoria de la hernia de Littré encarcelada o estrangulada en adultos. Estos estudios

imagenológicos no son métodos diagnósticos que permitan identificar el divertículo presente en el saco herniario. ^(8, 10, 11)

La hernia de Littré es rara. Su incidencia exacta se desconoce. La localización de esta hernia es en su mayoría inguinal (50 %), seguida por la femoral (20%) y umbilical (20%). El 10% restante corresponde a localizaciones poco frecuentes. En 1943 Bird reporta 182 casos, publicados entre los años 1910 a 1941; dentro de los cuales (52,2%) fueron inguinales, (20,8%) femorales, (20,8) umbilicales, (0,5) incisional, (0,5%) y (5,4%) no establecida. Nuestro caso es el de más frecuente localización de estas hernias, coincidiendo con las publicaciones anteriores. ^(1,2)

El diagnóstico de hernia de Littré es difícil solo se establece cuando se produce una complicación del divertículo de Meckel o en forma incidental cuando se encuentra en una laparotomía realizada por otra indicación. El tratamiento siempre es quirúrgico, se realiza de forma electiva, incidental o urgente en dependencia de la presentación clínica y los hallazgos intraoperatorios. ^(3, 6, 12)

La exéresis del divertículo es lo indicado cuando el pedículo que une el divertículo al íleon es muy delgado, puede realizarse la diverticulectomía. Si la base del divertículo es ancha, se extirpará seccionándola en cuña, cerca del íleon y en sentido diagonal para realizar el cierre a uno o dos planos, pero en sentido transversal a la luz del íleon. Cuando la base es ancha y existe compromiso de la misma por signos de inflamación, isquemia, necrosis o perforación y antecedentes de sangramiento digestivo; el procedimiento de elección es la resección intestinal del segmento donde se encuentra el divertículo y la anastomosis intestinal término terminal.

^(1,13) A nuestro paciente le realizamos el proceder anteriormente descrito y la reparación herniaria en un primer tiempo, por tener como diagnóstico una hernia de Littré que presentaba un divertículo de base ancha con signos de isquemia y necrosis.

En la perforación reciente del divertículo con peritonitis inicial se restablece de inmediato de la continuidad. Por el contrario, si existe peritonitis generalizada, la sutura deberá diferirse, practicándose una derivación temporal con una ileostomía doble.

Por vía videolaparoscópica estos divertículos pueden resecarse y después proseguir con la reparación transabdominal preperitoneal (TAPP).

El tratamiento quirúrgico incidental del divertículo de Meckel es motivo de controversia. La morbilidad y mortalidad por el procedimiento deben compararse con la probabilidad de provocar síntomas. ^(1, 3, 13)

En el niño pequeño, el divertículo debe extirparse siempre, pues se conocen las numerosas complicaciones. En el adulto, son varios los criterios que se han de tener en cuenta para tomar la decisión adecuada: la edad del paciente, se conoce que el riesgo de complicaciones disminuye con la edad; el estado de la cavidad abdominal: con o sin peritonitis; el estado del intestino delgado: sano, isquémico o inflamado; el estado del paciente: con buen estado general o estado precario; el tipo de intervención urgente o programada; la naturaleza de la intervención: por ejemplo, no hay que extirpar un divertículo sano después de una cirugía mayor, sobre todo si se trata de un tumor; el aspecto del divertículo: características de su base, existencia de una heterotopia palpable o umbilicación que puedan provocar invaginación, si está unido al ombligo por una brida. Todas estas circunstancias indican la extirpación. La exéresis puede realizarse durante la intervención en la que se descubre, siempre que no exista ninguna contraindicación local o general, o en, un segundo tiempo, de forma programada.

Conclusiones

El divertículo de Meckel tiene una baja incidencia a nivel mundial, siendo desconocida aún más la incidencia de la hernia Littré. Esta como cualquier otra hernia cuando esta estrangulada tiene una alta mortalidad por las graves complicaciones sistémicas que produce; el cirujano debe pensar en este diagnóstico cuando asista a un paciente con la sintomatología descrita. No existe ningún método paraclínico preoperatorio que permita su diagnóstico, el mismo se realizara de manera intraoperatoria al igual que su tratamiento definitivo. La morbilidad y mortalidad pueden ser disminuidas con un tratamiento quirúrgico oportuno.

Referencias bibliográficas

1. Sabiston. Tratado de cirugía. 20 ed. Madrid: Elsevier; 2017.
2. Bird E. Littre's Umbilical Hernia. Am J Surg 1943; 60(1): 81-87.
3. Biel A, Vilallonga R, López I, Rodríguez N, Armengo M. Hernia de Littré: Hallazgo inusitado en la reparación de una hernia inguino-escrotal. Rev Esp Enferm Dig 2010; 102(8): 506-507.
4. Langman J. Embriología medica con orientación clínica. 13 ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2016.
5. Kliegman RM, Stanton BF, St Geme JW, Schor NF, Behrman RE. Duplicaciones intestinales, divertículo de Meckel y otras reminiscencias del conducto onfalomesentérico. En: Nelson. Tratado de pediatría. 20ed. Madrid: Elsevier; 2016.
6. Aláez A, Pérez C, Rodríguez G. Hernia de Littré, una causa poco frecuente de obstrucción intestinal. Cir Cir 2012; 80: 186-188.
7. Robbins y Cotran. Patología Estructural y Funcional. 8 ed. Madrid: Elsevier; 2012.
8. Schlain SF, Ferrari EC, De Simone R, Antelo MV. Incidencia y manejo del divertículo de Meckel complicado en el adulto. Tercera Época 2016; 6(3): 1.
9. Rosales Labrada RG, Pupo Morales I, Morales Rodríguez J, Sarmiento Oliveros MA, Marrero MartínezVV. Divertículo de Meckel a forma obstructiva en el recién nacido. CCM 2014; 18(1): 148-53.
10. Kotha V, Khandelwal A, Saboo S, Shanbhogue A, Virmani V, Marginean A, et al. Radiologist's perspective for the Meckel's diverticulum and its complications. Br J Radiol 2014; 87(1037): 20130743.
11. Motta GA, Reyes E, Campos J, García A, Rivera VM, García JA, et al. El divertículo de Meckel en adultos. Anales de Radiología México 2015; 14: 20-30.
12. Dicksteina L, Yungb J, Seifarthc F. Inguinal herniation of vitelline duct remnant. J Pediatr Surg Case Reports 2013; 11(1): 410–412.

13. Smith M, Soper NJ. Washington Manual de Cirugía. Intestino Delgado. 2 ed. Madrid: Marban; 2012.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran conflictos de intereses.