

## CASOS CLÍNICOS

# Hernia de Littre. Reporte de un caso\*

## Littre hernia. Report of one case

Drs. CRISTIÁN POZO U.<sup>1</sup>, MARIO ENRIQUEZ U.<sup>1</sup>, RAFAEL PRATS M.<sup>1</sup>, CRISTIÁN DOMÍNGUEZ Z.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Urgencia, Asistencia Pública. <sup>2</sup>Alumno de Medicina Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.

### RESUMEN

La Hernia de Littre se define como la presencia de un divertículo de Meckel en cualquier saco herniario. Existen muy pocos reportes en la literatura debido a su baja incidencia. Se presenta un caso operado en Servicio de Urgencia de la Asistencia Pública, correspondiente a un paciente de 19 años que consulta por cuadro de dolor y aumento de volumen inguinal derecho, siendo operado con diagnóstico presuntivo de hernia inguinal complicada. Se realiza un abordaje inguinal derecho encontrándose al abrir saco herniario la presencia de un Divertículo de Meckel. Es resecado completamente efectuándose anastomosis termino-terminal de íleon y reparado defecto herniario con técnica de Bassini. El paciente es dado de alta a los 3 días de la intervención en buenas condiciones.

PALABRAS CLAVE: *Hernia de Littre, divertículo de Meckel, pared abdominal.*

### SUMMARY

Littre hernia is defined as the presence of a Meckel diverticulum in any hernial sac. We report a 19 years old male that consulted in an emergency hospital due to a painful lump in the right inguinal region after a blunt trauma. He was operated and a loop of terminal ileon with a Meckel diverticulum of approximately 12 cm. was found in the hernial sac. The segment that contained the diverticulum was excised and the hernial sac was repaired. The patient was discharged three days later in good conditions.

KEY WORDS: *Littre hernia, Meckel diverticulum, inguinal hernia.*

### INTRODUCCIÓN

La Hernia de Littre se define como la presencia de un divertículo de Meckel en cualquier saco herniario<sup>1</sup>. Los primeros casos fueron descritos por Alexis Littre, un cirujano francés que en 1700 publicó en la revista "Mémoires de l'Académie Royale des Sciences", tres casos de encarcelación del intestino que no habían sido descritos en forma pre-

via excepto por Hildamus en 1598. El primer caso correspondía a un hombre de cuarenta y ocho años que falleció por una hernia inguinal izquierda. El encontró una parte del íleon dentro del saco, pero no toda la circunferencia del intestino formaba parte de la hernia, solo la parte antimesentérica y la continuidad del intestino no estaba comprometida. El segundo caso, correspondía a un hombre de 34 años que falleció por una hernia no estrangulada

---

\*Recibido 12 de octubre de 2006 y aceptado el 28 de Marzo de 2007.

Correspondencia: Dr. Cristián Pozo U.

Las Añañucas 1060 La Serena, Chile.

e-mail: pozocristian@gmail.com

formada por un apéndice del íleon en el saco herniario con la circunferencia del cuerpo del intestino remanente libre. El tercer caso correspondía a un hombre con un tumor en la región inguinal izquierda que falleció a los cinco días. Debido al estado de descomposición no se pudo establecer la condición en que se encontraba pero se presume que sería una situación similar a las anteriores<sup>2</sup>.

El primer cirujano que clasificó las diferentes variedades de divertículos intestinales fue Johann Friedrich Meckel en 1809. El describió una obliteración incompleta del conducto onfalomesentérico la cual en su honor fue denominada como divertículo de Meckel<sup>3</sup>.

A continuación se revisa un caso clínico de hernia de Litre inguinal operado en el Servicio de urgencia del Hospital de Urgencia Asistencia Pública (H.U.A.P.)

### CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente de sexo masculino, 19 años de edad, soltero y residente en Santiago de Chile, que consulta en el servicio de urgencia del H.U.A.P por dolor y aumento de volumen inguinal derecho, post-traumático, de 24 horas de evolución.

Paciente refiere traumatismo contuso en región inguino-escrotal derecha, al cabo de 24 horas percibe aumento de volumen y dolor intenso y punzante en testículo derecho, no asociado a cambios en coloración de la piel ni aumento de la temperatura local. No se refieren vómitos ni cambios en frecuencia y características de deposición y orina. Sin antecedentes mórbidos de importancia.

Al examen físico destaca gran aumento de volumen en región inguino-escrotal derecha donde se palpa masa dolorosa, indurada, no reductible, que incrementa su tamaño con maniobra de Valsalva, asociada a un abdomen blando y depresible, con ruidos hidroaéreos normales. Los signos vitales son normales y la exploración del resto de aparatos y sistemas no revela alteraciones.

El laboratorio de urgencia muestra:

#### Hemograma:

Hemoglobina:	15,7 g/dl
Hematocrito:	44,9%
Rcto. Leucocitos:	16.300
Granulocitos:	86 %
Glicemia:	95 mg/dl
B.U.N.:	12 mg/dl
Creatinina:	0,8 mg/dl

A la ecotomografía testicular se observan múltiples asas intestinales introduciéndose por el conducto inguinal derecho hacia el escroto y desplazando

hacia medial al testículo ipsilateral, sin evidencia de compromiso vascular testicular ni intestinal. Epidídimos y testículo izquierdo sin alteraciones.

Con el diagnóstico de hernia inguinoescrotal derecha atascada el paciente es trasladado a pabellón para exploración quirúrgica de urgencia.

**HALLAZGOS:** Hernia inguinal derecha indirecta, con discreta dilatación de orificio inguinal profundo y persistencia de conducto peritoneovaginal, saco herniario que contiene asa de íleon terminal y divertículo de Meckel de base ancha (4 cm) y de unos 12 cm de longitud. No hay sufrimiento vascular del asa intestinal afectada, pero se aprecian zonas equimóticas con eritema y edema de la serosa que mejoran tras la aplicación de compresas calientes, además de un aspecto granulomatoso de la mucosa ileal que no corresponde al patrón normal.

Se opera mediante incisión oblicua inguinal derecha, paralela al ligamento inguinal, disección por planos hasta identificar saco herniario que protruye a través de orificio inguinal profundo que se aprecia dilatado, verificándose indemnidad de pared posterior del conducto inguinal, apertura de saco herniario con contenido señalado, resección de segmento intestinal que incluye divertículo de Meckel, entero-enteroanastomosis primaria T-T con caprofyl 3-0 en dos planos, herniorrafia inguinal derecha con puntos separados de prolene 1 según técnica de Bassini, dejando abandonado remanente de saco herniario. No se hace reparación con malla debido a la apertura de asa intestinal.

**INFORME ANATOMÍA PATOLÓGICA:** En formalina, fragmento de pared de intestino delgado en forma de fondo de saco de unos 8 cm de longitud por 6 cm de diámetro. Serosa lisa, brillante, rosado-grisácea, con adherencias fibrinosas en el ápice. Lumen sin contenido, mucosa con pliegues levemente disminuidos de aspecto granular en algunas áreas.

**DIAGNÓSTICO:** Divertículo de intestino delgado con hiperemia pasiva aguda.

El paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta en buenas condiciones generales tres días después de su ingreso. Al cabo de diez días es controlado en el policlínico de cirugía del H.U.A.P donde se retiran puntos de herida operatoria que se encuentra en buen estado y se otorga el alta definitiva.

### DISCUSIÓN

El divertículo de Meckel corresponde a un remanente del conducto onfalomesentérico. El conducto onfalomesentérico cumple la función de pro-

**Tabla 1**  
**REPORTE DE 182 CASOS DE DIVERTÍCULO DE MECKEL ENCONTRADOS DENTRO DE SACOS HERNIARIOS, PUBLICADOS ENTRE 1910-1941**

Localización	Nº pacientes	Porcentaje
- Inguinal	95	52,19
- Femoral	37	20,33
- Umbilical	38	20,88
- Incisional	1	0,55
- Crural	1	0,55
- Ciática	1	0,55
- Retrocecal	1	0,55
- No establecida	8	4,4
Total	182	100

veer la nutrición al embrión hasta que se establezca la placenta. La involución normal ocurre entre la 5ª y 7ª semana de gestación. Una falla en la involución ya sea parcial o completa resulta en varias estructuras residuales, donde la más común es el divertículo de Meckel<sup>4</sup>. 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<sup>5</sup>.

En el 95% de los casos se localiza en el borde antimesentérico del intestino y generalmente está revestido por mucosa ileal, pero en un 20% de los casos puede presentar mucosa gástrica, colónica o pancreática heterotópica en forma aislada o combinada<sup>5</sup>.

La incidencia de Hernia de Littre es desconocida<sup>3</sup>. En 1943, Bird reporta 182 de casos divertículo de Meckel encontrados dentro de sacos herniarios, publicados entre los años 1910 a 1941<sup>3</sup> (Tabla 1). Watson publica una revisión de 259 casos de hernia de Littre, 143 fueron inguinales, 54 femorales y 32 umbilicales<sup>1,6</sup>.

Considerando la anatomía del divertículo de Meckel, la presentación clínica es similar a la hernia de Richter's pero a diferencia de esta última, el cuadro clínico es más lento. Las características clínicas son: 1) tránsito intestinal conservado du-

rante el curso de la sintomatología. 2) Ausencia de hipo con escasos episodios de vómitos los cuales nunca son fecaloídeos. 3) Ausencia de distensión abdominal. 4) Lento crecimiento del tamaño herniario el cual nunca llega a ser muy grande. 5) Manifestaciones tardías de inflamación, dolor y fiebre las cuales son menos severas al ser comparadas con los otros tipos de hernias<sup>2-8</sup>.

No existe un gran número de publicaciones describiendo la técnica quirúrgica de elección para el manejo de este tipo de hernias. Algunos cirujanos optan por la resección del divertículo de Meckel y la herniorrafia en un tiempo quirúrgico<sup>7</sup>. El gran riesgo de este procedimiento es la infección de herida operatoria y la fasciitis necrotizante<sup>6</sup>. Otros autores recomiendan un abordaje inguinal seguido por el procedimiento de La Roque para exteriorizar el divertículo de Meckel el cual es seccionado a nivel de su base teniendo la precaución de no contaminar el lecho herniario el cual es reparado con sutura reabsorbible o irreabsorbible. En el caso de recurrencia, en un segundo tiempo se podría efectuar en forma electiva la reparación con material no absorbible<sup>6</sup>.

## REFERENCIAS

1. Sneierson, H. Littre's Hernia. Am J Surg 1957; 94: 676-677.
2. Morgan, J. On a case of Littre's Hernia. Lancet 1886; 29: 1015-1016.
3. Bird E. Littre's Umbilical Hernia. Am J Surg 1943; 60: 81-87.
4. Wyllie R. Intestinal Duplications, Meckel Diverticulum, and Other Remnants of the Omphalomesenteric Duct. Behrman. En: Nelson Textbook of Pediatrics. U.S.A: Editorial Elsevier Health Sciences, 2003; 1137-1139.
5. Pollak R. Procedimientos auxiliares en cirugía intestinal. En: Nyhus L. El Dominio de la Cirugía. España: Editorial Medica Panamericana, 1999; 1459-1466.
6. Sanchez Montes I, Deysine M. Spigelian and other uncommon hernia repairs. Surg Clin North Am 2003; 83: 1235-1253.
7. Weinstein E, ReMine W. Littre's Hernia. Am J Surg 1964; 108: 870-873.
8. Perlman J, Hoover H, Safer P. Femoral Hernia with Strangulated Meckel's Diverticulum (Littre's Hernia). Am J Surg 1980; 139: 286-289.