

Hernia de Littré, una causa poco frecuente de obstrucción intestinal

Ana Belén Aláez-Chillarón,* Carmen Ramiro-Pérez,* Gloria Rodríguez-Velasco,* Alicia Calero-Amaro,* Raquel Latorre-Fragua,* María Díez-Tabernilla*

Resumen

Introducción: la hernia de Littré es la presencia de un divertículo de Meckel en el interior de cualquier orificio herniario. Existen pocos casos publicados en la literatura por lo que su frecuencia no está bien descrita.

Caso clínico: presentamos un paciente de 74 años de edad que acudió al servicio de urgencias con un cuadro de obstrucción intestinal debida a la presencia de una hernia inguinal derecha incarcerada. Con este diagnóstico se realiza una intervención quirúrgica urgente, en la que se realiza un abordaje por vía preperitoneal de la hernia inguinal incarcerada. En el interior del saco herniario se encuentra un segmento de unos 5 cm de intestino delgado, junto a la presencia de un divertículo de Meckel. Se decide realizar la extirpación del divertículo, ya que se encuentra eritematoso y la reparación de la hernia con la colocación de una malla de polipropileno.

Conclusiones: el divertículo de Meckel es la persistencia del conducto onfalomesentérico. Generalmente es asintomático y cuando produce síntomas estos suelen ser hemorragia, infección o bien obstrucción intestinal, ya sea por adherencia a un segmento de intestino o bien por encontrarse en un saco herniario, como es el caso de la hernia de Littré.

Palabras claves: hernia de Littré, obstrucción intestinal, divertículo de Meckel.

Abstract

Background: Littré's hernia is the presence of a Meckel diverticulum within an orifice in the abdominal wall. There are few cases published in the literature and its frequency is not well described.

Clinical case: We present the case of a 74-year-old patient who arrived at the emergency service with clinical signs of intestinal obstruction caused by an incarcerated right inguinal hernia. Emergency surgery was performed using a preperitoneal approach. Within the hernia, 5 cm of small bowel containing a Meckel diverticulum was found. Therefore, we decided to extirpate the diverticulum and repair the hernia placing a polypropylene mesh.

Conclusions: Meckel diverticulum is the persistence of the omphalomesenteric duct. It is usually asymptomatic, producing bleeding, infection or intestinal obstruction as the main symptoms.

Key words: Littré's hernia, intestinal obstruction, Meckel diverticulum.

Introducción

Skandalakis et al. definieron a la hernia de Littré como un divertículo de Meckel en el interior de cualquier orificio

herniario (inguinal, crural, diafragmático) y sostuvieron que el primero en describir el divertículo de Meckel fue Alexis de Littré en el año 1700. Posteriormente, en 1897, Sir Frederic Treves distinguió entre la hernia de Richter y la de Littré.¹

Desde el punto de vista embriológico el divertículo de Meckel es la persistencia de la parte intestinal del conducto onfalomesentérico que suele cerrarse en la quinta semana de vida intrauterina. Se encuentra situado a unos 40-70 centímetros de la válvula ileocecal y suele medir entre tres y seis centímetros de largo por dos centímetros de diámetro.²

La incidencia del divertículo de Meckel es de alrededor de 2% y la mayoría es asintomática. Cuando produce síntomas suele ser por sangrado o infección del divertículo, lo que simula un cuadro de apendicitis aguda. La incidencia de

* Departamento de Cirugía General y Aparato Digestivo del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid.

Correspondencia:
Ana Belén Aláez Chillarón
Calle Gijón 16, Puerto Llanos
13500 Ciudad Real, España
Tel.: (34) 926413831
Correo electrónico: anabelenalaez@hotmail.com

Recibido para publicación: 15-11-2010

Aceptado para publicación: 07-06-2011

la hernia de Littré es desconocida y se han descrito pocos casos en la literatura.

Caso clínico

Presentamos a un varón de 74 años de edad con hipertensión arterial y sin otros antecedentes personales de interés. Acudió al servicio de urgencias tras haber notado (aproximadamente 3 horas antes de la consulta) una tumoración en la región inguinal derecha de inicio brusco, dolorosa y que no se reducía espontáneamente. Presentó también náuseas y vómitos bilioentéricos.

A la exploración física se encontró deshidratado, con palidez de piel y mucosas y con una auscultación cardiorespiratoria normal. El abdomen se encontraba distendido, timpánico, con escasos ruidos hidroaéreos. Se detectó una tumoración inguinal derecha, dura y dolorosa a la palpación, sin cambios en la coloración de la piel, que no se podía reducir manualmente y que protruía ligeramente con la maniobra de Valsalva. Todos estos signos y síntomas hicieron sospechar que se trataba de una hernia inguinal incarcerada por lo que se decidió realizar una intervención quirúrgica urgente después de una valoración por el servicio de anestesia.

Se realizó un abordaje mediante vía preperitoneal, la incisión de la piel se efectuó mediante incisión transversa unos 3 cm por encima de la espina ilíaca anterosuperior y lateral a 3 cm del ombligo. Tras la apertura de la piel y del tejido celular subcutáneo se rechazó medialmente el músculo recto y se abrió el peritoneo. Posteriormente se redujo el contenido de la hernia: se trataba de un segmento de 5 cm de intestino delgado que contenía un divertículo de Meckel con afectación de la serosa (figuras 1 y 2). Se realizó sección del divertículo en forma de "V" con engrapadora y, tras comprobar la viabilidad del intestino restante, cerró el peritoneo y se redujo el saco. Se colocó malla de polipropileno de 15×10 cm en localización preperitoneal fijándola con un punto al ligamento de Cooper de forma que cerrara y reforzara los tres orificios inguinales (directo, indirecto y crural). Posteriormente se cerró la aponeurosis del músculo recto, el tejido subcutáneo y la piel.

El paciente evolucionó favorablemente tras la intervención quirúrgica; al segundo día presentó tránsito intestinal y una exploración abdominal normales, por lo que se inició tolerancia oral. Fue dado de alta al cuarto día posoperatorio con tolerancia a dieta blanda, sin dolor abdominal espontáneo ni a la palpación y con buen aspecto de la herida. Acudió a revisión en consulta externa a los 6 días de ser dado de alta y se encontraba asintomático, con buena tolerancia oral y con buen aspecto de la herida que no presentaba signos de infección.



Figura 1: Divertículo de Meckel a la apertura del saco herniario.



Figura 2: Divertículo de Meckel antes de la resección.

Resultado de anatomía patológica: divertículo de Meckel sin alteraciones ni mucosa ectópica.

Discusión

El divertículo de Meckel es la persistencia parcial del conducto onfalomesentérico (que establece una comunicación entre el saco vitelino y el intestino primitivo medio)³ que debe desaparecer entre la quinta y séptima semanas de vida intrauterina, formando primero un cordón fibroso que después desaparecerá por apoptosis.⁴ Se presenta en 2% de la población general. Se trata de un divertículo verdadero que está formado por todas las capas intestinales⁵ y se

localiza en el borde antimesentérico del intestino. Generalmente está revestido por mucosa ileal pero aproximadamente 20% de los casos puede presentar mucosa gástrica, pancreática o colónica.⁶ Suele ser asintomático y cuando se complica los cuadros más frecuentes son el sangrado y la diverticulitis de Meckel, esta última es más frecuente en niños.

El hallazgo de una hernia de Littré es poco frecuente y entre los casos descritos las localizaciones más frecuentes han sido la región inguinal, la umbilical y la crural.² Se ha publicado también algún caso de localización de hernia de Littré en hernias ventrales⁷ y obturadoras.⁸

La clínica que presenta es la misma de cualquier otra hernia y por lo tanto el tratamiento es el mismo; es decir, quirúrgico, sobre todo si se presenta como una hernia incarcerada. Tanto si el la hernia de Littré se descubre en una cirugía programada como urgente, el tratamiento consiste en la extirpación del divertículo de Meckel (seccionando en forma de "V", de forma mecánica o manual, para asegurarnos que extirpemos completamente cualquier resto de mucosa ectópica gástrica o colónica). También podría realizarse una pequeña resección intestinal y anastomosis primaria pero este procedimiento podría presentar más complicaciones que la sección en forma de "V".⁹ La reparación de la hernia debe hacerse con una malla siempre que sea posible y no exista demasiada contaminación. En nuestro caso se eligió el abordaje por vía preperitoneal por ser este el procedimiento que se utiliza habitualmente para las reparaciones inguinales de urgencia. Se aconseja el abordaje al que el cirujano esté más habituado.

Conclusión

El divertículo de Meckel es la persistencia del conducto onfalomesentérico. Generalmente es asintomático y cuando produce síntomas estos suelen ser hemorragia, infección o bien obstrucción intestinal, ya sea por adherencia a un segmento de intestino o bien por encontrarse en un saco herniario como es el caso de la hernia de Littré.

Referencias

1. Skandalakis PN, Zoras O, Skandalakis JE, Mirilas P. Littré Hernia: Surgical Anatomy, Embryology, and Technique of Repair. Am Surg 2006;72(3):238-243.
2. Biel A, Vilallonga R, López de Cenarruzabeitia I, Rodríguez N, Ar-mengol M. Littré's hernia: unusual find in inguino-scrotal hernial repair. Rev Esp Enferm Dig 2010;102(8):506-507.
3. Wyllie R. Intestinal Duplications, Meckel diverticulum and other remnants of the omphalomesenteric duct. Behrman. En: Nelson Text book of Pediatrics. U.S.A: Elsevier Health Sciences, 2003. p. 1137-1139.
4. Souza HS, Felicio AC, Berthier G. Hernia de Littré causando obstrucción intestinal. Rev Col Bras Cir. 2009;36(2):183-184.
5. Mirza MS. Incarcerated Littré's femoral hernia: case report and review of the literature. J Ayub Med Call Abbottabad 2007;19(2):60-61.
6. Ravikumar KK, Khope SS, Ganapathi BP. Meckels diverticulum, diverticulosis of the small intestine; umbilical fistulae and tumor. J Postgrad Med 1989;35:112-113.
7. Salemis NS. Incarceration of Meckel's diverticulum through a ventral incisional defect: a rare presentation of Littré's hernia. Hernia 2009;13(4):443-445.
8. Jacob TJ, Gaikwad P, Tirkey AJ, Rajinikanth J, Raj JP, Muthusami JC. Perforated obturator Littré hernia. Can J Surg 2009;52(3):E77-E78.
9. You JS, Chung SP, Park YS, Yu JS, Park YA. A Case of Strangulated Small Bowel Obstruction Caused by Meckel's Diverticulum in an Adult. J Emerg Med 2007;33(2):133-135.