

## Reporte de Caso

### Hernia de Littre. Reporte de un caso.

### Littre`s hernia. Case report.

Yamanaka W<sup>1\*</sup>, Cuenca Torres O<sup>1</sup>, Fischer Ortellado TF<sup>2</sup>, Rodas Gauto JH<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Segunda Catedra de Clínica Quirúrgica. Hospital de Clínicas. <sup>2</sup>Catedra de Urología  
Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción

---

#### RESUMEN

La Hernia de Littre se define como la presencia del divertículo de Meckel en cualquier saco herniario. Encontramos muy pocos reportes en las publicaciones médicas debido a su baja incidencia. No existen reportes de casos clínicos publicados a nivel nacional, sólo referencias sobre esta patología, en textos nacionales como el libro de Cirugía de Silvio Díaz Escobar y libro Cirugía. Fundamentos y Terapéutica de Joaquín Villalba y Ricardo Morales. Se presenta un caso operado en el Servicio de Urgencias del Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas (Universidad Nacional de Asunción), correspondiente a un paciente de 23 años que consultó por tumoración dolorosa en región inguinal izquierda irreductible y fue operado con el diagnóstico preoperatorio de hernia inguinal izquierda estrangulada. Se realizó un abordaje inguinal izquierdo encontrándose a la apertura del saco herniario la presencia del divertículo de Meckel. Fue resecado en cuña, efectuándose sutura del íleon y el defecto herniario fue reparado con la técnica de Bassini. El paciente fue dado de alta en su octavo día postoperatorio en buenas condiciones.

**Palabras clave:** Hernia de Littre, Divertículo ileal, Hernia Inguinal

#### ABSTRACT

Littre`s hernia is defined as the presence of a Meckel`s diverticulum in any hernial sac. We found very few reports in the medical publications due to its low incidence. There`s no clinical case reports published nationally, only references about this disease, in national textbooks like "Cirugía" of Silvio Díaz Escobar and "Cirugía. Fundamentos y Terapéutica" of Joaquín Villalba and Ricardo Morales. We report a 23 years old male that consulted in emergency unit of the Hospital de Clínicas of Facultad de Ciencias Medicas (National University of Asuncion) due to a painful irreducible tumour in the left inguinal region and he was operated with preoperative diagnosis of strangulated left inguinal hernia. We performed a left inguinal approach and a Meckel`s diverticulum was found in the hernial sac. The diverticulum was resected in wedge and the ileum was sutured. The hernia defect was repaired using Bassini technique. The patient was discharged on the eighth postoperative day in good conditions.

**Key words:** Littre`s hernia, Meckel`s diverticulum, Hernia, Inguinal.

---

\* *Autor correspondiente*: **Dr. Wataru Yamanaka**. Prof. Inocencio Lezcano 1247. Tel: (021) 202246 Fax: (0632) 20360. Correo electrónico: y\_wataru@yahoo.com

## INTRODUCCIÓN

El divertículo de Meckel fue descrito por primera vez en 1598 por Fabricius Hildanus. Sin embargo, se considera que Meckel fue el primero en describir la anatomía macroscópica de este trastorno en 1809 (1). Alexis Littre, un anatomista y cirujano francés describió la presencia de un divertículo en una hernia en 1700 (de ahí el término hernia de Littre) y publicó los primeros casos en la revista “Mémoires de l'Académie Royale des Sciences” (2)

La hernia de Littre es la presencia del divertículo de Meckel como contenido en cualquier hernia, ya sea inguinal, crural, umbilical, diafragmática y aun en la de Spiegel (2-6).

El divertículo de Meckel es una anomalía del desarrollo que se produce por falta de involución del conducto onfalomesentérico que deja una protrusión tubular ciega, persistente, hasta de 5 ó 6 cm de longitud. El diámetro varía y en ocasiones se aproxima al del propio intestino delgado (7). Se trata de la persistencia del extremo intestinal del conducto onfalomesentérico o vitelino que comunica la vesícula umbilical con el intestino primitivo medio (8). Se puede localizar entre los 10 a 150 centímetros de la válvula ileocecal (6). Desde el punto de vista histo-patológico, es un verdadero «divertículo» porque contiene todas las capas de la pared intestinal normal (6,7). En un 95% de los casos se encuentra en el borde antimesentérico del intestino y generalmente está revestido por mucosa ileal, pero en un 20% de los casos puede presentar restos heterotópicos de mucosa gástrica, colónica o tejido pancreático en forma aislada o combinada (1).

El divertículo de Meckel es conocido por los estudiantes y médicos como “la enfermedad de los dos” (1). Es decir, existen algunas características especiales que distinguen a este divertículo y que casualmente cumplen “la regla del 2”: afecta al 2% de la población, es 2 veces más común en hombres que en mujeres, se localiza a 2 pies de la válvula ileocecal (60 cm), tiene 2 pulgadas de largo (5 cm), tiene 2 cms de diámetro, se vuelve sintomático antes de los 2 años de edad y contiene comúnmente 2 tipos de tejidos heterotópicos sobre todo gástrico y pancreático (6).

Igual que otras formaciones intra-abdominales de origen embrionario, el divertículo de Meckel puede permanecer asintomático durante toda la vida. El riesgo de desarrollar síntomas durante la vida es de 4% a 6% y disminuye con la edad. Tanto el divertículo de Meckel como la hernia de Littre son hallazgos incidentales en el curso de procedimientos quirúrgicos o post mortem, durante autopsias. El dolor abdominal, las náuseas, los vómitos, el sangrado rectal (enterorragia) y la distensión del abdomen son los síntomas más comunes (6). Cuando se produce ulceración péptica de la mucosa del intestino delgado adyacente a la mucosa gástrica pueden aparecer hemorragia intestinal o síntomas similares a los de una apendicitis aguda. Como alternativa la presentación clínica puede guardar relación con invaginación, estrangulamiento o perforación (9).

En este trabajo se presenta un paciente con hernia de Littre inguinal operado en el Servicio de Urgencias del Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción.

## PRESENTACIÓN DEL CASO CLINICO

Paciente de sexo masculino, de 23 años de edad, de profesión albañil, sin patología médica de base conocida, sin cirugía anterior, conocido portador de hernia inguinal izquierda desde hace tres años, consulta al servicio de Urgencias por tumoración dolorosa en región inguinal izquierda irreductible de tres días de evolución. 48 horas antes del ingreso se agregan náuseas, vómitos de contenido bilioso en varias oportunidades y detención de heces y gases.

### **Hallazgo del examen físico de la región afecta:**

Abdomen plano, simétrico, tenso, poco depresible, ligeramente doloroso en forma difusa a la palpación profunda, con leve defensa muscular y leve signo de irritación peritoneal. En la región inguinal izquierda se ve y se palpa una tumoración de seis cm de diámetro, irreductible, de consistencia sólida elástica, dolorosa a

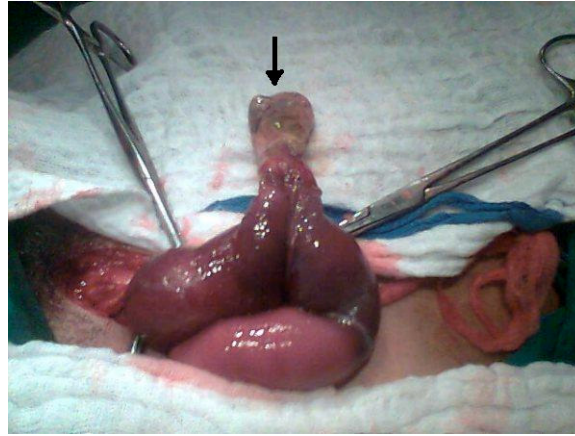
la palpación. Ruidos hidroaéreos disminuidos. Al tacto rectal presenta el fondo de saco de Douglas abombado y levemente doloroso.

#### Estudios auxiliares de diagnóstico:

Análisis laboratoriales: Hemograma: Hematíes: 5.500.000/mm<sup>3</sup>, Hemoglobina: 16,4 g/dL, Hematocrito: 47%, Leucocitos: 8.300/mm<sup>3</sup> Neutrófilos segmentados: 75% Linfocitos: 21% Monocitos 2%, Eosinófilos: 2% Plaquetas: 266.000/mm<sup>3</sup>, Glicemia: 92 mg/dL, Urea: 50 mg/dL, Creatinina: 1,0 mg/dL, TP: 15,3 seg (58%), Electrolitos: Sodio: 134 mEq/L, Potasio: 4,1 mEq/L, Cloruro: 100 mEq/L, Orina simple: Aspecto: turbio, color: ambar, densidad: 1025, pH: 5, proteínas(+), Leucocitos:10-20/campo, hematíes: 2-5/campo, células epiteliales: 1-2/campo, mucus(++)

Radiografía de abdomen: pequeños niveles hidroaéreos en la parte central del abdomen.

Con el diagnóstico de ingreso de hernia inguinal izquierda estrangulada, se opera de urgencia mediante incisión oblicua inguinal izquierda, paralela a la arcada crural, disección por planos hasta identificar el saco herniario que protruye a través de orificio inguinal profundo que se aprecia dilatado. A la apertura del saco herniario se constata líquido de sufrimiento, el divertículo de Meckel con áreas de necrosis (hernia de Littre) y asa delgada sin compromiso vascular (ver Figura 1).

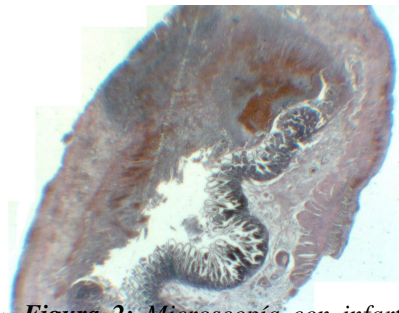


**Figura 1.** Divertículo de Meckel con áreas necróticas (flecha). (Fotografía tomada por la Dra. Ninfa Navarro durante el Internado Rotatorio en la Segunda Cátedra de Clínica Quirúrgica. Hospital de Clínicas. Universidad Nacional de Asunción)

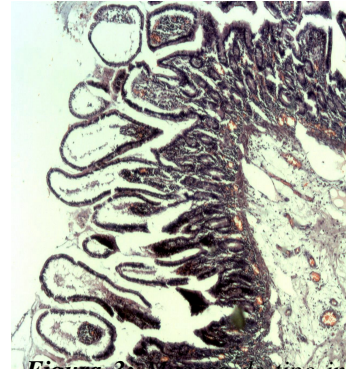
Se realiza resección del divertículo de Meckel en forma de cuña y se sutura el ileon con hilo reabsorbible (Vicryl® 3-0) a puntos separados en dos planos en forma transversal. Se cierra el saco herniario con Vicryl® 3-0 a puntos continuos y se reintroduce a la cavidad. La reparación de la pared se realiza según la técnica de Bassini con puntos separados de hilo irreabsorbible (Prolene® 0).

En su postoperatorio tiene una evolución tórpida con ileus postoperatorio que cede al tercer día, es dado de alta en su 8vo día postoperatorio.

El estudio anatomopatológico informa: Macroscopía: a la apertura se observa formación sacular de 3 cms de diámetro, sin contenido en su interior, con adelgazamiento de la pared, resto de la mucosa beige homogénea, pared de 0,3 cm de espesor. Microscopía: Segmento de tubo digestivo con infarto transmural y denso infiltrado agudo inespecífico. En las áreas mejor preservadas se observan los componentes de la pared intestinal con mucosa de tipo intestino delgado (ver Figura 2 y 3).



**Figura 2:** Microscopía con infarto transmural en el divertículo de Meckel. Aumento 4X, tinción H&E. (Gentileza de la Cátedra de Anatomía Patológica. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción).



**Figura 3:** Mucosa de tipo intestino delgado en el divertículo de Meckel. Aumento 10X, tinción H&E. (Gentileza de la Cátedra de Anatomía Patológica. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción).

## DISCUSIÓN

La hernia de Littre es muy rara (4). Su incidencia exacta se desconoce aún. En 1943, Bird reporta 182 casos de divertículo de Meckel encontrados dentro de sacos herniarios, publicados entre los años 1910 a 1941. Dentro de los cuales 95 (52,2%) fueron inguinales, 38 (20,8%) femorales y 38 (20,8%) umbilicales, 1 (0,5%) incisional, 1 (0,5%) ciática, 1 (0,5%) retrocecal y 8 (4,4%) no establecida. Watson publica una revisión de 259 casos de hernia de Littre, 143 fueron inguinales, 54 femorales y 32 umbilicales (2). Nuestro caso es dentro de las hernias de Littre, de localización más frecuente.

Ahmad y colaboradores publicaron en 2006 un raro caso de hernia de Littre en eventración sobre cicatriz del puerto de laparoscopia (10).

Se sabe que el 10% de todas las complicaciones de divertículo de Meckel es representada por la hernia de Littré, y las complicaciones como hemorragia, perforación y diverticulitis son bastante frecuentes (11).

Medrano y colaboradores presentan 4 casos de hernia de Littre cuyas manifestaciones clínicas fueron aquellas de oclusión intestinal porque estuvo involucrado una hernia de Littre tipo mixto, es decir con compromiso del divertículo y su asa delgada (11) como ocurrió en nuestro paciente.

El diagnóstico preoperatorio de hernia de Littre es poco probable en la estrangulación si no hay alteración en el tránsito intestinal, y de hecho, es aún menos probable si se acompaña de oclusión intestinal. El diagnóstico es pues casi siempre intraoperatorio (11).

No existe un gran número de publicaciones describiendo la técnica quirúrgica de elección para el manejo de este tipo de hernias (2). Se acepta que el manejo del divertículo hallado durante el procedimiento, sea liberarlo de sus adherencias al saco herniario, hacer una resección en cuña del íleon, y reparo con anastomosis del íleon. Debe llamar la atención durante los procedimientos en que se encuentre el divertículo, para su resección la induración o inflamación de su base, a fin de ampliar esta resección (6).

En este último caso se puede realizar una resección segmentaria del íleon afectado con anastomosis terminoterminal (12, 13).

Algunos cirujanos optan por la resección en cuña del divertículo de Meckel, sutura del íleon y la herniorrafia en un tiempo quirúrgico (2). En nuestro caso tratamos de la misma manera con herniorrafia según la técnica de Bassini.

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. Este procedimiento tiene menor riesgo de infección de la herida operatoria. En el caso de recurrencia, en un segundo tiempo se podría efectuar en forma electiva la reparación con malla (2).

Los avances recientes en laparoscopia quirúrgica hacen posible que estos divertículos puedan extirparse sin laparotomía abierta (1). En la laparoscopia, el hallazgo intraoperatorio de un divertículo de Meckel, puede ser resuelto de tres maneras: la primera, convirtiendo a cirugía abierta; la segunda, terminando el abordaje laparoscópico con una diverticulectomía utilizando una engrapadora endoscópica; y la tercera, asistiendo la cirugía laparoscópica, extrayendo el asa del intestino involucrado por el puerto de 10 mm, para realizar una resección intestinal o diverticulectomía (14).

Comman y colaboradores reportaron en 2008 el primer caso de una hernia de Littre en la región de un orificio herniario femoral tratado por medio de la reparación transabdomino preperitoneal (TAPP) de la hernia con resección simultánea del divertículo por vía laparoscópica (15).

En la bibliografía nacional no existen casos clínicos reportados, solo menciones en clasificaciones de textos nacionales como "Cirugía. Fundamentos y Terapéutica" de Joaquín Villalba y Ricardo Morales, "Temas de Semiología Quirúrgica" de Vanuno D, Machaín G y Aucejo M y "Cirugía" de Silvio Díaz Escobar (3,4,16). Creemos contribuir con la descripción de este caso a la literatura nacional e internacional con respecto al tema.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pollak R. Procedimientos auxiliares en cirugía intestinal. In: Baker RJ, Fischer JE. El Dominio de la Cirugía. 4a Edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2004. p.1677-85
2. Pozo C, Enriquez M, Pratz R, Domínguez C. Hernia de Littre. Reporte de un caso. Revista Chilena de Cirugía 2007; 59(4): 302-304
3. Aucejo M, Rodríguez C, Villalba JC, Barrientos B, Cuenca O. Semiología de las hernias y las eventraciones. In: Vanuno D, Machaín G, Aucejo M. Temas de Semiología Quirúrgica. II Edición. EFACIM. Paraguay; 2009. p. 150.
4. Morales R, Cuenca OM, Villalba J. Hernias estranguladas. In: Villalba J, Morales R. Cirugía. Fundamentos y Terapéutica. EFACIM. Paraguay; 2001. p. 263
5. Merello JM. Pared abdominal. Hernias y eventraciones. In: Ferraina P, Oria A. Cirugía de Michans. Quinta Edición. El Ateneo. Buenos Aires; 2001. p. 421
6. Alarcón JR. Hernia de Littre. Colomb Med 2005; 36: 263-265
7. Crawford JM. Cavidad bucal y tubo digestivo. In: Kumar V, Cotran RS, Robbins SL. Patología humana. Sexta Edición. McGraw- Hill Interamericana. México; 1998. p. 534
8. Langman J. Embriología médica con orientación clínica. 9ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2004. p. 265-268.
9. Liu C, Crawford JM. Tracto gastrointestinal. In: Kumar V, Abbas AK, Fausto N. Robbins y Cotran. Patología estructural y funcional. Séptima Edición. Madrid; 2007. p. 834
10. Ahmad K, Shaikh FM, Ng SC, Grace PA. Laparoscopic port Littre's hernia: a rare complication of Meckel's diverticulum. Am J Surg. 2006 Jan;191(1):124-5
11. Medrano J, Dávila D, Narbona B, Zaragoza C, Del Rosal R, Molina E, et al. Hernial strangulation of Meckel's diverticulum: Littre's hernia. Apropos of 4 cases. Rev Esp Enferm Apar Dig. 1989 Nov;76(5):443-6.

12. Intestino delgado. In: Skandalakis JE, Skandalakis PN, Skandalakis LJ. Anatomía y Técnica Quirúrgicas. Segunda Edición. México: McGraw-Hill Interamericana; 2004. p. 389-402.
13. Lámina LVII. Diverticulectomía de Meckel. In: Zollinger RM, Zollinger RM. Zollinger Atlas de Cirugía. Octava Edición. México: McGraw-Hill Interamericana; 2003. p. 130-131.
14. Gómez Cárdenas X, Decanini Terán C, Belmonte Montes C, Hagerman Ruiz-Galindo G, Galeazzi Martínez V. Enfoque laparoscópico en síndrome doloroso abdominal por divertículo de Meckel. Anales Médicos de la Asociación Médica del Hospital ABC 2000; 45 (4): 188-192
15. Comman A, Brunner SM, Gaetzschmann P, Kipf B, Baierl W, Behrend M. Incarcerated femoral Littre's hernia-transperitoneal preperitoneal hernia repair (TAPP) and laparoscopic resection of the necrotic diverticulum. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2008 Aug;18(4):409-13.
16. Jou Ontano A. Hernias en general. In: Díaz Escobar S. Cirugía. EFACIM. Paraguay; 1989. p. 253