

Hernia de Littre estrangulada en un adulto

Littre strangulated hernia in an adult

Dr. Hernán Oliu Lambert, Dra. Natalia Altagracia de la Cruz Castillo y Dr. Joel Pineda Chacón

Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se describe el caso clínico de un adulto de 47 años de edad, quien acudió al cuerpo de guardia del Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba por presentar, desde hacía 3 días, dolor en epigastrio, de comienzo insidioso, que desapareció en las últimas 24 horas, y apareció nuevamente en la fosa ilíaca derecha y mesogastrio, pero esta vez se transformó en fijo, punzante, de moderada intensidad, que no se aliviaba con analgésicos, y asociado a náuseas; igualmente, refirió y se corroboró al examen físico la presencia de una hernia umbilical que no lograba reducirse. El paciente fue operado y se encontró una hernia de Littre umbilical estrangulada. Se le realizó resección y anastomosis del íleon a nivel del divertículo de Meckel, así como herniorrafia umbilical. La evolución fue favorable y egresó sin complicaciones.

Palabras clave: hernia de Littre, hernia umbilical, divertículo de Meckel.

ABSTRACT

The case report of a 47 years adult is described who went to the emergency room of "Saturnino Lora Torres" Teaching Clinical Surgical Provincial Hospital in Santiago de Cuba due to epigastric distress of insidious beginning for 3 days that disappeared in the last 24 hours, appearing again in the right iliac cavity and mesogastrium, but this time it was transformed in a fixed, sharp, of moderate intensity pain that was not relieved with analgesics, and associated with nausea; equally, he referred the presence of an umbilical hernia that was not able to decrease and it was corroborated in the physical exam. The patient was operated on and a strangulated umbilical Littre hernia was found. A resection and anastomosis of ileum at the Meckel diverticulum level was carried out, as well as umbilical hernia repair. There was a favorable clinical course and he was discharged without complications.

Key words: Littre hernia, umbilical hernia, Meckel diverticulum.

INTRODUCCIÓN

El divertículo de Meckel es la malformación gastrointestinal congénita más frecuente, con una incidencia de 2-3 %. Suele ser asintomático o solo manifestarse en presencia de complicaciones.¹ Las presentaciones clínicas en orden decreciente incluyen: obstrucción intestinal, sangrado digestivo alto, diverticulitis aguda, anomalías umbilicales y hernia de Littre.²

La hernia de Littre se define como la protrusión de un divertículo de Meckel a través de un defecto anatómico de la pared abdominal.³ Estas tiene lugar en 1-3 % de los pacientes con divertículos de Meckel y pueden aparecer en las regiones inguinal (50 %), femoral (20 %), umbilical (20 %) y otras localizaciones abdominales (10 %), como el hiato de Winslow.⁴

La detección de un divertículo de Meckel es menos frecuente en la adultez, así como la frecuencia de complicaciones. A continuación se describe el caso clínico de una hernia de Littre estrangulada en un adulto para compartir estos hallazgos con la comunidad médica en general.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de un adulto de 47 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial primaria, para lo cual llevaba tratamiento regular (enalapril, una tableta cada 8 horas por vía oral y clortalidona, una tableta diaria por vía oral), además de diabetes *mellitus* de tipo 2, con tratamiento higiénico-dietético y medicamentoso (2 tabletas de glibenclamida cada 8 horas, por vía oral), que en esta ocasión acudió al cuerpo de guardia del Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba por presentar, desde hacía 3 días, dolor en epigastrio, de comienzo insidioso, que desapareció en las últimas 24 horas, y apareció nuevamente en la fosa ilíaca derecha y mesogastrio, pero esta vez se transformó en fijo, punzante, de moderada intensidad, que no se aliviaba con analgésicos, y asociado a náuseas; igualmente, refirió que tenía una hernia umbilical que no lograba reducirse.

- Examen físico
 - Sistema cardiovascular: Frecuencia cardíaca en 112 latidos por minuto.
 - Abdomen: Globuloso, que seguía los movimientos respiratorios, simétrico, depresible, doloroso a la palpación profunda en la región del mesogastrio y fosa ilíaca derecha, sin reacción peritoneal evidente, pero sí defensa muscular discreta en dicha fosa. Se observó aumento de volumen en la región umbilical, sin cambios de coloración, que protruía con los golpes de tos y esfuerzos físicos; asimismo, se comprobó la presencia de anillo herniario de 3 cm en la región umbilical, reductible, muy doloroso a la palpación. No se palparon tumores. Ruidos hidroaéreos disminuidos en intensidad y frecuencia.
- Exámenes complementarios
 - Hemograma completo: leucocitos: $1,6 \times 10^9/L$; polimorfonucleares: 84 %.
 - Se efectuaron otros estudios que resultaron normales. Finalmente, teniendo en cuenta las dudas diagnósticas que ofrecía el cuadro clínico (aumento de la vascularización en el peritoneo parietal y visceral de la fosa ilíaca derecha, con

escaso líquido seroso) se decidió indicar una laparoscopia. Pese a las maniobras, no se logró visualizar el apéndice cecal.

- Se realizó una laparotomía exploradora y se encontraron 200 mm de líquido seroso (que se aspiró), además de anillo herniario umbilical con cambios inflamatorios agudos del peritoneo parietal, sin contenido en su interior (figura 1).

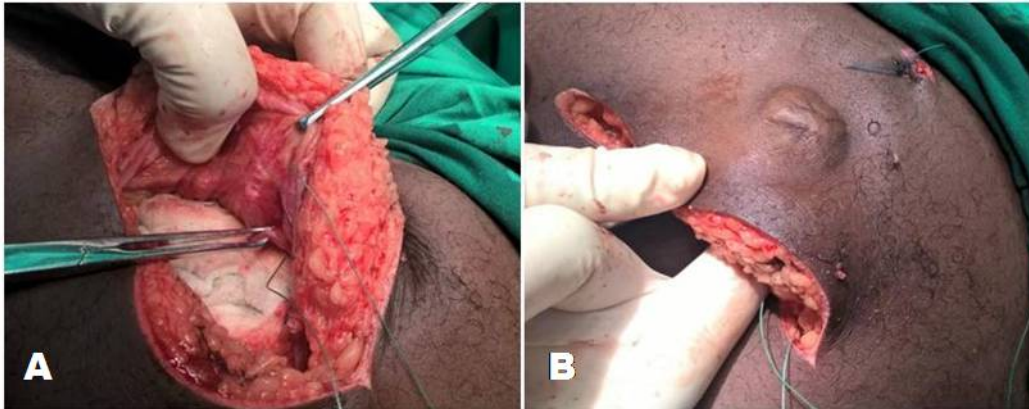


Fig.1. A) Anillo herniario sujeto con pinza de Allys; B) Defecto anatómico en el ombligo

A 42 centímetros de la válvula íleo-cecal hacia el íleon se observa divertículo de Meckel de base ancha, con extremo distal necrosado y signos de compresión, dado por la impresión anular en la superficie del tercio medio (figura 2). Se procedió a realizar una resección intestinal con anastomosis término terminal del íleon y herniorrafia umbilical.



Fig. 2. Observe el divertículo de Meckel con el tercio distal, que era el contenido del saco herniario necrosado.

COMENTARIOS

Las hernias umbilicales pueden aparecer tanto en la infancia como en la adultez. La primera es el resultado de una anomalía o debilidad del anillo inguinal en una pared abdominal normal y el defecto está cubierto por piel. En la mayoría de los niños, el anillo umbilical disminuye su tamaño progresivamente y cierra eventualmente. En 95 % de los casos, los defectos menores de 1 cm de diámetro cierran de forma espontánea antes de los 5 años de edad; no así cuando es mayor de 1,5 cm. Por su parte, en el adulto las hernias umbilicales surgen a través del canal umbilical, el cual está bordeado posteriormente por la fascia umbilical, anteriormente por la línea alba y medialmente por los bordes internos de las fascias de los rectos abdominales. Por lo general, no son el resultado de la persistencia de hernias en la infancia.⁵

En el caso presentado el contenido del saco era un divertículo de Meckel, por lo que se le denomina hernia de Littre, cuyo diagnóstico raramente se realiza en el período preoperatorio, ya que las manifestaciones clínicas no difieren significativamente de las hernias con otro contenido; asimismo, en caso de producirse estrangulación la evolución suele ser más lenta que cuando afecta el intestino delgado y los signos de obstrucción intestinal aparecen tardíamente o están ausentes.⁶

A menudo, en ausencia de estrangulación, la mucosa gástrica presente en el divertículo puede ulcerarse y causar dolor, sangrado o perforación, con riesgo de fistulización. Esto puede llevar a la formación de adherencias al saco herniario y resultar así la hernia irreductible.⁷

En las hernias de Littre sintomáticas, el paciente presenta una masa palpable y su diagnóstico es difícil, inclusive, mediante el uso de la tomografía computarizada. Los síntomas principales cuando existe una oclusión intestinal son: dolor, fiebre y vómitos; mientras que el tratamiento en este tipo de hernia consiste en la escisión del divertículo. En presencia de edema o inflamación de la base del divertículo, es necesaria la resección del segmento del íleon.⁸ En este paciente se realizó la resección del segmento, pues el divertículo se encontraba necrosado.

Se presentó un caso raro de hernia de Littre estrangulada en un adulto; hallazgo que pone a prueba la preparación del cirujano, quien necesita de estudios profundos para conocer el tratamiento oportuno y evitar así complicaciones graves para el paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tomezzoli S, Fiorini S, Diaz Saubidet I. Hernia de Littre. Reporte de un caso clínico. *Rev Hosp Niños (Buenos Aires)*. 2013;55:249.
2. Ruscher KA, Fisher JN, Hughes CD, Neff S, Lerer TJ, Hight DW, *et al*. National trends in the surgical management of Meckel's diverticulum. *J Pediatr Surg*. 2011;46(5):893-6.
3. Charles D. Littre's hernia: report of two cases. *Ann Surg*. 1954;139(3):370-3.
4. Yanagisawa S, Morikawa Y, Kato M. An unusual case in which a perforated Meckel's diverticulum became trapped in a pericecal hernia: a rare complication of Meckel's diverticulum. *J Ped Surg Case Reports*. 2015;3(5):185-9.

5. Salameh JR. Primary and Unusual Abdominal Wall Hernias. Surg Clin North Am. 2008; 88(1): 45–60.
6. Muhammad S. Mirza. Incarcerated Littre´s femoral hernia: case report and review of the literature. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2007; 19(2):60.
7. Messina M, Ferrucci E, Meucc D, Di Maggio G, Molinaro F, Buonocore G. Littre´s hernia in newborn infants: report of two cases. Pediatr Surg Internat. 2005; 21(6): 485-7.
8. Al Mogrampi S, Krexi A, Verroiotou M, Papoulidis N, Michalakis D, Polyzos A. Inguinal Abscess in a Strangulated Littre´s Hernia. Surg Infect Case Reports. 2016; 1(1): 13-15.

Recibido: 7 de agosto de 2017.

Aprobado: 10 de noviembre de 2017.

Dr. Hernán Olliv Lambert. Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", avenida de los Libertadores s/n, entre calles 4ta y 6ta, reparto Sueño, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: holiul@live.com