

HERNIA DE LITTRE

PRESENTACION DE UN CASO

Dr. Eduardo Amaya Rocha
 Dr. Benedicto Vargas Garcia
 Dr. Carlos Hugo Dorado Ferrufino
 Int. Sergio Rocabado4

RESUMEN

La Hernia de Littre se define como la presencia de un Divertículo de Meckel, se trata de la persistencia del extremo intestinal del conducto onfalomesentérico o vitelino que comunica la vesícula umbilical con el intestino primitivo medio.

Se presenta un caso clínico de una paciente de sexo femenino de 47 años de edad, que acude al servicio de Emergencias del Hospital Viedma con una masa en región epigástrica, dolor abdominal, estado nauseoso que llegó al vómito en varias oportunidades. La paciente es intervenida quirúrgicamente y evoluciona favorablemente. Lo llamativo del presente caso fue la ubicación de la hernia de Littre en región epigástrica.

Palabras claves: Hernia de Littre, Divertículo de Meckel

ABSTRACT

The Littre hernia is defined as the presence of Meckel Diverticle consists in the persistence of the intestinal extreme of omphalomesenteric duct.

We present a case, a 47 years old, female, who consulted in Emergency Room of Hospital Viedma, with the presence of epigastric protution, abdominal pain, nauseas, and vomits in many opportunities. The patient was operated and the evolution was satisfactory. The hernia location in the epigastric region was interesting.

INTRODUCCION

La Hernia de Littre se puede localizar entre los 10 a 150 centímetros de la válvula ileocecal. Desde el punto de vista histo-patológico, es un verdadero «divertículo» por que contiene todas las capas de la pared intestinal^{1,2}.

El conducto onfalomesentérico (vitelino) se encuentra conectado con el intestino primitivo en el saco amniótico. En el desarrollo embriológico normal, el conducto onfalomesentérico involuciona entre las 5a y 7a semanas de vida intrauterina^{1,2,3}. Un fracaso en la regresión produce varias anomalías, que pueden incluir el divertículo de Meckel. Según que en la regresión esta falla se localice en el lado umbilical o intestinal, las otras anomalías son: pólipo umbilical, fístula onfalomesentérica, seno umbilical, quiste y una banda fibrosa persistente (brida alantoidea)^{2,3,4}.

Los primeros casos fueron descritos por Alexis Littre, un cirujano francés que en 1700 hizo publicaciones donde describió a pesar de que Hildamus en 1598 hizo el primer informe sobre este divertículo. El primer cirujano que clasificó las primeras variedades fue Friederich Meckel en 1809. El describió una obliteración incompleta del conducto onfalomesentérico, la cual en su honor fue denominada como divertículo de Meckel^{3,4}.

CASO CLINICO

Se trata de una paciente de sexo femenino de 47



Cochabamba, que acude al Servicio de Emergencias del Hospital Viedma, Cuadro clínico de más o menos 24 horas de evolución, caracterizado por presentar dolor abdominal en región epigástrica de tipo espasmódico, que incrementa de intensidad, acompaña estado nauseoso que llegó al vómito en varias oportunidades de características alimentarias, motivo por el cual acudió a un centro de salud de la periferia donde le administraron un antiespasmódico sin mejoría del cuadro.

Antecedentes Patológicos:

Refiere hospitalizaciones previas por patología pulmonar (Neumonía). Además llama la atención que se trata de una gran múltipara (7 partos).

Al examen físico las mucosas rosadas ligeramente deshidratadas. A nivel abdominal, en región epigástrica se observa masa de mas o menos 3x3 cm. de consistencia blanda, dolor a la manipulación, no adherida a planos profundos y no se logra reducir. El resto del abdomen está blando, depresible, doloroso a la palpación profunda de forma difusa. Ruidos hidroaereos positivos aumentados de intensidad. Blumberg negativo.

Los signos vitales son normales y el resto del examen físico no demuestra alteraciones. Se solicita exámenes de Laboratorio: Leucocitosis (21.700) con desviación a la izquierda (Seg 82%, Cay 13%) y el Tiempo de Protrombina prolongado (13.9'' 70.6%)

Además se realizo Rayos x de Abdomen: Se observan niveles hidroaéreos.

Se decide intervención quirúrgica con diagnóstico preoperatorio: Obstrucción intestinal alta - Hernia en línea blanca.

omentectomía parcial.

Diagnóstico post-operatorio: Obstrucción intestinal alta, Hernia en línea blanca, Hernia de Littre.

Hallazgos: Presencia de exudado seropurulento en cavidad, +/- 100cc. Divertículo de Meckel necrosado y a tensión (a 60cm de la válvula ileocecal). Dolicomegasigma, resto de estructuras anatómicas sin lesión.

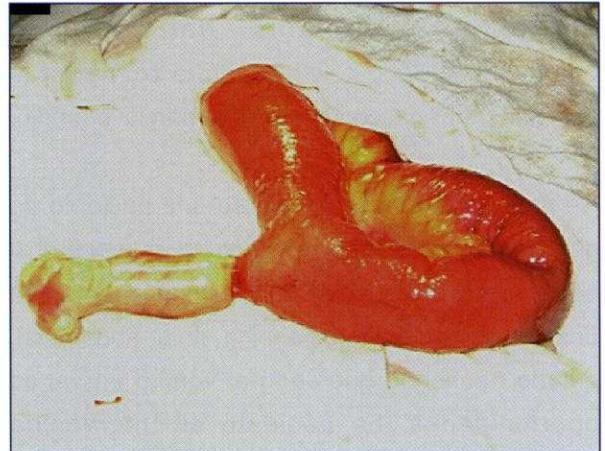


Gráfico 1: Se observa el divertículo de Meckel

Informe de anatomía patológica:

Espécimen remitido: Saco herniario, epiplón, divertículo de Meckel.

Dx Patológico: Diverticulitis, Peridiverticulitis crónica y aguda activa, Paniculitis piógena

Microscopia: Cortes correspondientes a formación sacular cuyas paredes están conformadas por músculo liso con áreas extensas de necrosis, en la parte interna correspondiente a la mucosa infiltrado inflamatorio agudo difuso con formación de microabscesos, por separado se identifican cortes de tejido adiposo y fibroconectivo con áreas de necrosis, formación de microabscesos e infiltrado inflamatorio agudo difuso.

La macrosocopia reporta existencia de formación sacular de 8 x 2 cm. paredes delgadas friables en el fondo de aspecto sacular. Por separado se observan fragmentos de tejido adiposo y fibroconectivo que miden 9 x 5 cm. y otras de aspecto sacular.

Discusión:

Existen muchas características especiales que distinguen al divertículo de Meckel, que han llevado a algunos autores a exponer una regla, que según informes pueden orientar el diagnóstico. En algunos sitios del mundo refiriéndose al divertículo se describe una casualidad: se trata de la siguiente regla.

«Regla del 2»^{5,6}

- Su incidencia es 2%.
- Se localiza a 2 pies de la válvula íleo-cecal (60 cm.).
- Tiene 2 pulgadas de largo (5cm).
- Tiene 2 cm. de diámetro.
- Se vuelve sintomático antes de los 2 años de edad.
- Contiene comúnmente, 2 tipos de tejidos heterotópicos sobre todo (gástrico y pancreático).
- Es 2 veces más común en hombres que en mujeres.

Igual que otras formaciones intra-abdominales de origen embrionario, el divertículo de Meckel puede permanecer asintomático durante toda la vida.

La forma de presentación es el dolor abdominal, las náuseas, los vómitos, el sangrado rectal (enterorragia) y la distensión del abdomen son los síntomas más comunes^{6,7}. Aunque, esos síntomas se relacionan con la edad del paciente, la obstrucción intestinal, comúnmente bajo la forma

de vólvulo o de invaginación, es la presentación típica en el recién nacido. En infantes y niños pequeños, lo más común es el sangrado intestinal bajo no doloroso. En cambio, en los niños más grandes y en los adultos, la presentación común es la inflamación, que simula clínicamente una apendicitis^{10,11}.

La incidencia de Hernia de Littre es desconocida, se presenta más frecuentemente como hallazgo en las hernias inguinales que requieren intervención quirúrgica^{7,8,9}.

En la literatura no se encontró la revisión de algún caso de la presencia de divertículo de Meckel en una hernia de línea Blanca (epigástrica) es por esta razón que se considero la importancia de publicar un caso como este.

BIBLIOGRAFIA

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 Médica 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.
9. Edmonson J. Johann Friedrich Meckel the younger: Meckel's diverticulum. *Gastrointestinal Endoscopy* 2001; 54: 19A-20A.
10. Yahchouchy E, Marano A, Etienne J, Fingerhut A. Meckel's Diverticulum. *J Am Coll Surg* 2001;192: 658-662.
11. Bemelman W, Hugenholtz E, Heij H, Wiersma P, Obertop H. Meckel's Diverticulum in Amsterdam: Experience in 136 Patients. *World J Surg* 1995;19: 734-737.