

Hernia de Littre

Julio Roberto Alarcón, M.D.*

RESUMEN

Artículo que tiene como base fundamental, dar a conocer el hallazgo durante una herniorrafia inguinal de un divertículo de Meckel en un niño de cuatro años. Se menciona el procedimiento hecho y se actualiza desde el punto de vista histórico, embriológico, médico y patológico lo referente al divertículo. La consulta de la bibliografía nacional es negativa al respecto, de la internacional, fundamentalmente en los institutos de la hernia se cataloga este tipo de hernias como una curiosidad, siempre se menciona en las clasificaciones.

Palabras clave: Hernia; Divertículo de Meckel; Conducto onfalomesentérico; Conducto vitelino.

Littre's hernia

SUMMARY

This article reports the discovery during an inguinal herniorraphy in a four years old patient of a Meckel's diverticulum (this entity depends on the vitelin duct persistence, also known as the omphalomesenteric duct). It mentions the procedure followed, and updates historical, embryological, medical and pathological data related to Meckel's diverticulum. The national bibliographical research is negative about this item; the international one specifically in the institutes of the hernia lists this type of findings as simple curiosities being always mentioned in the classifications.

Key words: Hernia; Meckel's diverticulum; Omphalomesenteric duct; Vitelin duct.

DESCRIPCIÓN DE UN CASO

Hernia, palabra que se puede tomar del griego o del latín. Del griego procede del vocablo «epivos» que significa brote o excrecencia, y de «hira» que significa intestino. En latín, proviene de un antiguo vocablo que significa rotura¹.

La hernia de Littre, además de ser considerada en la actualidad sólo como una curiosidad en los diferentes institutos de la hernia del mundo, con el paso del tiempo, ha cambiado la concepción de tratarse específicamente de una hernia inguinal indirecta, cuyo contenido está representado por la presencia de un divertículo de Meckel.

A la fecha, se considera que es la presencia del divertículo en cualquier hernia, ya sea inguinal, crural, umbilical, diafragmática y aun en la de Spiegel. Las diferentes consultas no arrojan informes de su descripción reciente en Colombia.

Se trata de un niño de 4 años de edad, sin antecedentes patológicos personales ni familiares, que llega al servicio de cirugía del Hospital de Bosa, nivel II Empresa Social del

Estado (ESE). Es remitido por la consulta de Pediatría, por masa inguinal derecha y testículo de difícil localización al examen. Este cuadro apareció a los pocos meses de edad y ha aumentado paulatinamente de tamaño, según informa la madre, sin que haya reducción total o parcial hacia el abdomen durante el reposo.

La evaluación muestra un niño en buenas condiciones generales, eutrófico, que presenta una masa compatible con hernia inguinal derecha crónicamente encarcerada; el testículo esta incluido en el saco. El resto del examen es normal.

Se le lleva a cirugía donde se encuentra un trayecto inguinal con una dilatación aproximada de 2.5 centímetros de diámetro del anillo profundo, un saco herniario indirecto de 5.5 centímetros de longitud, cierre distal y sobre el fondo adherencias firmes al vértice de un divertículo de Meckel que tiene una base amplia en su emergencia y una longitud de 3.5 centímetros, pedículo vascular con su rama dependiente de la arteria mesentérica superior, a cuyo delgado meso también se encontraban adherencias al

* Profesor Asociado, Facultad de Medicina, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Instituto de Ciencias Básicas, Sección de Morfología, Bogotá, Colombia. e-mail: jalarco@urosario.edu.co
Recibido para publicación abril 9, 2005 Aprobado para publicación octubre 26, 2005

fondo de saco herniario. El testículo está incluido en el saco herniario, con adherencias de su vaginal al divertículo.

Se practicó la liberación, se resecó el divertículo en cuña, se hizo anastomosis del íleon en dos planos, reducción de la hernia con ligadura alta del saco y herniectomía –según la técnica de Fergusson, a la que se decide complementar con una V rafia para calibrar el orificio profundo. Se le hace orquidopexia complementaria. Las evoluciones post operatoria inmediata y mediata fueron satisfactorias (Fotografía 1).



Fotografía 1. Se observa el testículo traccionado por la pinza, arriba y a la izquierda, el divertículo de Meckel adherido en la parte inferior y central.

HISTORIA

En 1598 Fabricius Hildanus hizo el primer informe sobre este divertículo. Alexis Littre describió la presencia de un divertículo en una hernia en 1745 (de ahí el término hernia de Littre)². Fue un anatomista y cirujano francés, nacido el día 21 de julio de 1658 en Cordes, y fallecido el 3 de febrero de 1726³. Estudió en Montpellier y Paris, fue como muchos insignes de la anatomía, lector de anatomía por un lapso de 15 años. Se licenció en medicina en 1690, recibió su doctorado en 1691, e ingresó a la Academie des Sciences en 1699.

Autor de múltiples investigaciones anatómicas, se afirma que en 1684 disecó más de doscientos cadáveres en La Salpêtrière, después de lo cual publicó más de 30 trabajos, entre los que se pueden mencionar los siguientes:

- Observations sur les ovaires. 1701.
- Observation d'un foetus humain trouvé dans la trompe gauche de la matrice. 1702.
- Observations sur les planes de ventre. 1705.
- Diverses observations anatomiques. 1732.

En 1809, Johann Friederich Meckel fue el primero en describir la embriología y la relación entre el divertículo y

el conducto onfalomesentérico. El Dr. Charles Mayo en 1933, afirmó refiriéndose al divertículo de Meckel: «Con frecuencia se sospecha que existe, a menudo se lo trata de descubrir, pero rara vez se lo encuentra»².

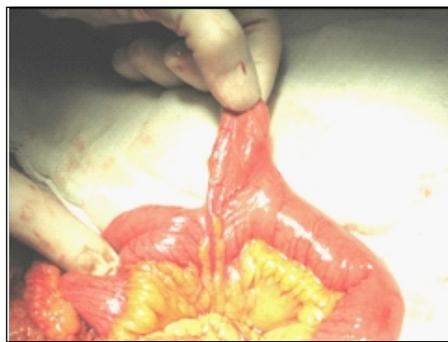
EMBRIOLOGÍA

Se trata de la persistencia del extremo intestinal del conducto onfalomesentérico o vitelino⁴ que comunica la vesícula umbilical con el intestino primitivo medio. 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.

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. 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).

Las anomalías asociadas incluyen: defectos cardíacos, hernia diafragmática congénita, atresia duodenal, atresia del esófago, ano imperforado, gastrosquisis, malrotación intestinal, onfalocelo, enfermedad de Hirschsprung y síndrome de Down^{3,4} (Fotografía 2).

El suministro de sangre al divertículo en el embrión, lo dan las arterias vitelinas derecha e izquierda, que se originan desde la aorta. La arteria vitelina izquierda comúnmente involuciona. La porción proximal de la arteria



Fotografía 2. Se muestra un divertículo de Meckel. Hallazgo durante una laparotomía en un adulto, su arteria independiente.

vitelina derecha es la arteria mesentérica superior, y la porción distal es una arteria terminal que suministra sangre al divertículo de Meckel. Éste se halla siempre del lado antimesentérico del intestino delgado, a su mucosa la tapiza mucosa gástrica heterotópica en la gran mayoría de los casos, también se describe mucosa duodenal, islotes pancreáticos ectópicos, o colónicos, entre 6% y 17% de los casos de divertículo de Meckel, con gran evidencia de la existencia de nodularidad y adherencias inflamatorias⁵. Estas adherencias se encuentran entre el divertículo y el saco herniario y son las que impiden la reducción de la masa herniaria hacia el abdomen y constituyen el caso de una hernia crónicamente encarcerada.

INCIDENCIA

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»³

- 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. Pero, puede ocasionar trastornos patológicos severos, sobre todo en los niños. Los síntomas son más frecuentes en este grupo etario (infantes y niños pequeños) que en los adultos. El riesgo de desarrollar síntomas durante la vida es de 4% a 6% y disminuye con la edad. La incidencia de la hernia de Littre en niños es desconocida, en la mayoría de los casos. Tanto el divertículo de Meckel como la hernia de Littre son hallazgos incidentales en el curso de procedimientos quirúrgicos o post mortem, durante autopsias. Sin embargo, la hernia de Littre se puede sospechar en niños con sangrado rectal, hernia irreducible (crónicamente encarcerada) o fístula fecal por el ombligo.

El dolor abdominal, las náuseas, los vómitos, el sangrado rectal (enterorragia) y la distensión del abdomen son los síntomas más comunes. 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.

Suk Kang *et al.*⁷ informan un divertículo gigante asociado con una hernia diafragmática congénita del tipo posterior, en un recién nacido, caso no conocido en la literatura.

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^{8,9}.

REFERENCIAS

1. Mishalany HG, Pereyra R, Longerbean JK. Littre's hernia in infancy presenting as undescended testicle. *J Paed Surg* 1982; 17: 67-69.
2. Penman JA, Hoover HC, Safer PK. Femoral hernia with strangulated Meckel's diverticulum (Littre's hernia) case report, review of the literature. *Anger J Surg* 1980; 139: 286-289.
3. Álvarez PC, Mederos O, Trujillo ME. Morbilidad por divertículo de Meckel en adultos. *Rev Cubana Cir* 1987; 26: 199-205.
4. Langman J. *Embriología médica con orientación clínica*. 9ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2004. p. 265-268.
5. Ravikumar KK, Khope SS, Ganapathi BP. Meckel's diverticulum, diverticulosis of the small intestine; umbilical fistulae and tumor. *J Postgrad Med* 1989; 35: 112-113.
6. Leslie MD, Slater ND, Small-Wood CJ. Small bowel fistula from a Littre's hernia. *Br J Surg* 1983; 70: 244-245.
7. Suk Kang, Soo Min Ahn, Airi Hang. Giant Meckel's diverticulum associated with a congenital diaphragmatic hernia. *Yonsei Med J* 2004; 45: 177-179.
8. Ellis H. Meckel's diverticulum; diverticulosis of small intestine; umbilical fistule and tumours. *En: Maingot's abdominal operations*. Vol 11. 8ª ed. Shwartz SI, Ellis H (ed.). Norwalk: Appleton-Century-Crofts; 1985. p. 1085-1104.
9. Mohammad Haleem Taj, Din Mohammad, Shoaib Ahmed Qureshi. Management of the symptomatic Meckel's diverticulum. *J Surg Pakistan Int* [en línea] 2003 [fecha de acceso enero 8 de 2005]; 8. URL disponible en: <http://jsp.org.pk/JSP-Jul-Sep%202003/JSP%20a5.htm>