

Hernia de Littré estrangulada. Estudio de caso

Edena Amaro Arias¹  

¹Doctora en Medicina. Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Auxiliar. Hospital General Héroes del Baire. Isla de la Juventud. Cuba. Correo electrónico: amaroedena1972@gmail.com

Ivan Baigorria Ortega² 

²Doctor en Medicina. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Especialista de 1er Grado en Cirugía General. Hospital General Héroes del Baire. Isla de la Juventud. Cuba. Correo electrónico: ivanbo1972@gmail.com

Citar como: Amaro-Arias E, Baigorria-Ortega I. Hernia de Littré estrangulada. Estudio de caso. Rev. Conex. Cienc. Neuroarte Bienest. 2025;1:e0009.

Recibido: 18/10/2025

Aceptado: 01/11/2025

Publicado: 03/11/2025

Palabras clave:

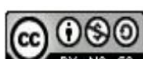
Hernia De Littré;
Divertículo; Saco
Herniario

RESUMEN

La hernia de Littré se define como la presencia de un divertículo de Meckel en cualquier saco herniario; constituye una rara complicación del mismo. Su incidencia es desconocida y en la literatura internacional se reportan pocos casos. La mayoría de ellos constituyen hallazgos al abrir el saco en la reparación herniaria de forma electiva. Lo significativo de la paciente actual es que se presentó de urgencia, con estrangulación del divertículo y en la región inguinal izquierda. Sin antecedentes de publicaciones en el Hospital General Docente "Héroes del Baire" del Municipio Isla de la Juventud y muy pocas en Cuba. Se trata de una paciente femenina de 79 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, Enfermedad de Parkinson y hernia inguinal izquierda de varios años de evolución; que acudió al cuerpo de guardia con aumento de volumen irreductible, doloroso y cambio de coloración de la hernia de 20 horas de evolución; acompañado de vómitos abundantes y fétidos. Se le diagnostica hernia inguinal estrangulada y se lleva al quirófano para ser intervenida quirúrgicamente. En el transoperatorio, al abrir el saco herniario sale líquido oscuro y se observa asa delgada con divertículo necrosado. Se le realiza resección intestinal y anastomosis; evoluciona de manera satisfactoria y se egresa al octavo día del postoperatorio. En las consultas postquirúrgicas a los 15 días, 1 mes y 3 meses de operada, mantiene evolución satisfactoria sin complicaciones, dándose el alta médica a los 3 meses del postoperatorio.



Contenido de
acceso abierto



Este artículo está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial Compartir Igual 4.0

Strangulated Littré hernia. Case study

ABSTRACT

A Littré hernia is defined as the presence of a Meckel's diverticulum in any hernial sac; it is a rare complication. Its incidence is unknown, and few cases are reported in the international literature. Most are discovered incidentally during elective hernia repair. The significant aspect of this patient is that she presented as an emergency case with strangulation of the diverticulum in the left inguinal region. There are no prior publications at the "Héroes del Baire" General Teaching Hospital in Isla de la Juventud and very few in Cuba. The patient is a 79-year-old woman with a history of hypertension, Parkinson's disease, and a left inguinal hernia of several years' duration. She presented to the emergency department with an irreducible, painful swelling and discoloration of the hernia, which had been present for 20 hours, accompanied by copious, foul-smelling vomiting. She was diagnosed with a strangulated inguinal hernia and taken to the operating room for surgery. During the procedure, upon opening the hernial sac, dark fluid was released, and a small loop of bowel with a necrotic diverticulum was observed. Intestinal resection and anastomosis were performed; she recovered satisfactorily and was discharged on the eleventh postoperative day. At postoperative visits at 15 days, 1 month, and 3 months, she continued to recover satisfactorily without complications, and was discharged three months postoperatively.

Keywords: Littré's Hernia; Diverticulum; Hernial Sac

Hérnia de Littré estrangulada. Estudo de caso

RESUMO

A hérnia de Littré é definida como a presença de um divertículo de Meckel em qualquer saco herniário; trata-se de uma complicação rara. Sua incidência é desconhecida e poucos casos são relatados na literatura internacional. A maioria é descoberta incidentalmente durante a correção eletiva de hérnia. O aspecto significativo deste caso é que a paciente se apresentou em caráter de emergência com estrangulamento do divertículo na região inguinal esquerda. Não há publicações anteriores no Hospital Geral Universitário "Héroes del Baire" em Isla de la Juventud e muito poucas em Cuba. A paciente é uma mulher de 79 anos com histórico de hipertensão, doença de Parkinson e hérnia inguinal esquerda de longa duração. Ela compareceu ao pronto-socorro com um inchaço doloroso e irreduzível e alteração da coloração da hérnia, presente há 20 horas, acompanhado de vômitos abundantes e fétidos. Foi diagnosticada com hérnia inguinal estrangulada e encaminhada ao centro cirúrgico. Durante o procedimento, ao abrir o saco herniário, foi liberado líquido escuro e observou-se uma pequena alça intestinal com um divertículo necrótico. Realizou-se ressecção e anastomose intestinal; a paciente recuperou-se satisfatoriamente e recebeu alta no décimo primeiro dia pós-operatório. Nas consultas de acompanhamento pós-operatório aos 15 dias, 1 mês e 3 meses, a recuperação continuou satisfatória, sem complicações, e a paciente recebeu alta três meses após a cirurgia.

Palavras-chave: Hérnia de Littré; Divertículo; Saco Herniário

INTRODUCCIÓN

El divertículo de Meckel fue descrito por primera vez en 1598 por Fabricius Hildanus, sin embargo, se considera que Johann Friedrich Meckel fue el primero en describir la anatomía macroscópica de este trastorno en 1809.¹ Meckel lo describió como una obliteración incompleta del conducto onfalomesentérico, por eso este divertículo lleva su nombre.² Este se halla en el borde antimesentérico del asa intestinal, a nivel de íleon, generalmente entre 30 a 90 cm de la válvula ileocecal. Suele medir de 4 a 6 cm de longitud y 2 cm de diámetro.^{3,4} Es una afección rara en extremo y en su mayoría transcurre de forma asintomática.

Skandalakis y otros autores definieron la hernia de Littré como un divertículo de Meckel en el interior de cualquier orificio herniario (inguinal, crural, diafragmático). Sostuvieron que el primero en describirla fue Alexis Littré en el año 1700.⁵ La localización de esta hernia es inguinal en el 50% de los casos, seguida del 20% con la localización umbilical y femoral. El 10% restante corresponde a localizaciones poco frecuentes.^{1,3,6} El diagnóstico preoperatorio de una hernia de Littré es raro y difícil; la mayoría son encontrados en el transoperatorio. La hernia de Littré es una afección infrecuente con muy pocos reportes en la literatura internacional y en los referentes revisados solo se encontraron dos reportes en Cuba.

La detección precoz de la hernia de Littré es de suma importancia debido a los graves riesgos asociados con su contenido, que es un divertículo de Meckel. Este divertículo, que está presente en la hernia, tiene una alta propensión a albergar tejido gástrico ectópico, lo que puede provocar ulceración, perforación, hemorragia o inflamación (diverticulitis de Meckel). De ahí que puede conducir a un cuadro de abdomen agudo. Un diagnóstico temprano permite una intervención quirúrgica oportuna antes de que se presenten estas complicaciones potencialmente mortales, como gangrena o peritonitis, asegurándose un mejor pronóstico al reducir de manera significativa la morbilidad y mortalidad asociadas a esta rara forma de hernia.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Información del paciente

Se trata de una paciente femenina, mestiza, anciana, jubilada, con antecedentes de: Enfermedad de Parkinson avanzada que es controla con Parkisonil y Carbidopa, Hipertensión Arterial que se controla con Enalapril y hernia inguinal izquierda de más de 20 años de evolución.

Hallazgos clínicos

Mucosas secas y ligeramente pálidas.

Sistema Respiratorio: murmullo vesicular audible, se auscultan ruidos transmitidos; frecuencia respiratoria de 22 por minutos

Sistema Cardiovascular: ruidos cardíacos taquicárdicos, no soplos. Frecuencia cardíaca: 110 por minutos. Tensión Arterial: 160/90

Abdomen: Globuloso, depresible, doloroso a la maniobra de Valsalva, doloroso de forma difusa a la palpación, peritonismo a la percusión, ruidos hidroáereos disminuidos.

Región inguinal izquierda: Aumento de volumen de más o menos 10 cm, duro, doloroso a la palpación, irreducible, con aumento de temperatura de la zona y enrojecimiento de la misma.

Tejido Celular subcutáneo: Gradiente término distal en la punta de los dedos de las manos y los pies. Pliegue cutáneo que demora más de dos segundos en desaparecer.

Evaluación diagnóstica

La paciente se diagnostica con hernia inguinal izquierda complicada, con signos de deshidratación moderados.

Intervención terapéutica

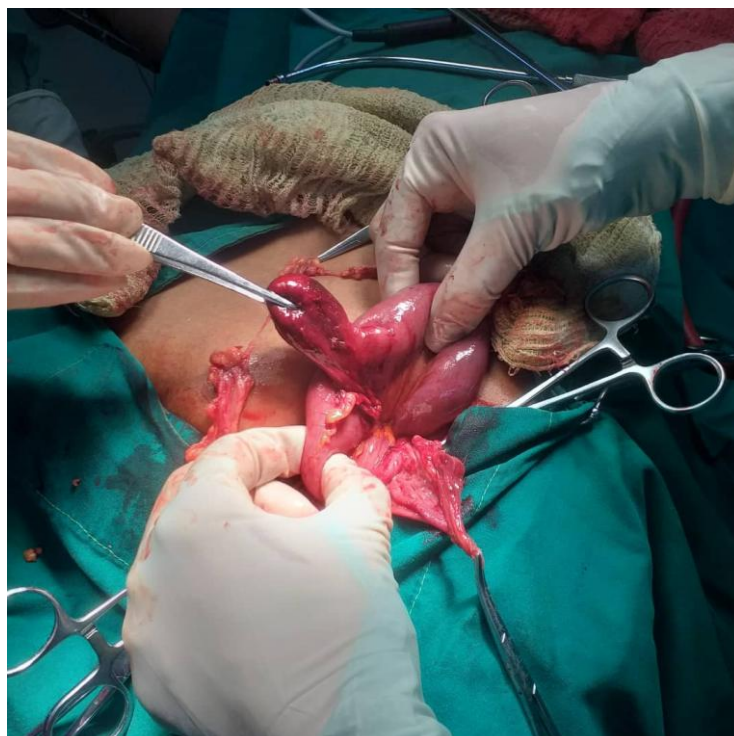
Se le canaliza vena periférica, se extrae sangre para complementarios de urgencia, se comienza la hidratación correctiva de su estado de deshidratación con solución Ringer Lactato. Se le administra antibiótico profiláctico con cefazolina 1 gramo y se programa la cirugía de urgencia como hernia inguinal izquierda estrangulada.

Se lleva al quirófano, se aborda por inguinotomía y luego de abrir el saco se observa la salida de líquido oscuro, algo fétido y se visualiza asa delgada con compromiso vascular y divertículo de Meckel necrosado. Luego de la queilotomía se libera el asa proximal y distal, se le realiza resección y anastomosis termino terminal en un plano de sutura discontinua de polyester 2/0; se realiza *toilette* de la zona y cierre con reparación facial de la hernia. A continuación, se presentan las imágenes 1 y 2 donde se puede apreciar lo antes descrito.

Imagen 1. Cara dorsal del divertículo de Meckel



Imagen 2. Cara ventral del divertículo de Meckel donde se aprecia su vascularización



Seguimiento y resultados

La paciente evoluciona favorable y se egresa al octavo día sin complicaciones. Días después el Departamento de Anatomía patológica confirma el diagnóstico en la biopsia que informa Divertículo de Meckel con necrosis isquémica intramural.

DISCUSIÓN

El divertículo de Meckel es la malformación gastrointestinal congénita más frecuente, con una incidencia del 2-3% de la población mundial. Es consecuencia de la falta de regresión completa del conducto onfalomesentérico, que en condiciones normales ocurre entre la quinta y séptima semana de gestación.^{8,9} Es conocida en el argot médico como la enfermedad de los "siete dos" (se observa en el 2% de la población; más frecuente en el hombre que en la mujer en relación 2-1. Se localiza a dos pies de la válvula íleo cecal es decir a 60 cm; tiene 2 pulgadas de ancho, o sea 5cm; tiene 2 cm de largo; en la mayoría de los casos los síntomas aparecen después de los 2 años de edad. En su composición tiene dos tipos de tejido heterotópico que son el gástrico y el pancreático.^{1,2,10,11,12}

Es considerado un divertículo verdadero, por lo que contiene todas las capas del intestino. La mayoría de los pacientes portadores son asintomáticos y se diagnostican de manera incidental durante alguna evaluación radiológica del intestino delgado, en procedimientos quirúrgicos realizados por patologías no relacionadas o durante la realización de la necropsia.⁸⁻¹⁰ Estos portadores presentan un riesgo de por vida de 4 a 6% de desarrollar complicaciones clínicas, aunque la presentación de estas ocurre con mayor frecuencia en niños. Se describen varias complicaciones del divertículo: oclusión intestinal, sangrado, inflamación, perforación, vólvulo y Hernia de Littré.^{1,2,6,13,14}

Contrario al divertículo de Meckel, es muy poca la información recogida en la literatura sobre la hernia de Littré. En un artículo publicado en 2016 por Luengas JC, Sacristán P, Sáenz K y Sanabria I, se realizó una revisión de los casos de hernia de Littré reportados desde el 2004 hasta el 2015, donde se recogieron solo siete casos y en ninguno de ellos se describe la estrangulación de la hernia.¹⁵ El diagnóstico preoperatorio de una hernia de Littré es raro y difícil; la mayoría es diagnosticada de manera intraoperatoria.^{1-4,6-10,14,15} En el caso presentado, a pesar de estar localizado en la región más frecuente, lo llamativo es que fue en una paciente femenina, de tipo indirecto y estrangulada.

La Tomografía Computarizada se ha considerado una prueba de imagen de elección para el diagnóstico del divertículo de Meckel, pero con una menor sensibilidad y especificidad para la Hernia de Littré. Otras ayudas diagnósticas son inespecíficas para la hernia de Littré, como el caso de la radiografía de abdomen simple, en donde se puede evidenciar un cuadro de obstrucción intestinal. Se concluye entonces que el diagnóstico de la hernia de Littré sólo se establece cuando se produce una complicación del divertículo presente en su interior o en forma incidental cuando se encuentra durante una laparotomía realizada por otra indicación.¹⁰⁻¹⁵ La cirugía es el tratamiento tanto del divertículo de Meckel como de la hernia de Littré de forma urgente o electiva, donde se hace imprescindible realizar la terapéutica del primero.¹²⁻¹⁷

El desafío diagnóstico en la hernia de Littré radica en que su identificación preoperatoria es notoriamente baja, siendo la mayoría de los casos detectados incidentalmente durante una laparotomía o secundariamente a la manifestación de una complicación aguda del divertículo de Meckel (DM) contenido. Si bien la imagenología transversal, como la tomografía computarizada (TC), no ofrece un diagnóstico definitivo de un DM no complicado, su utilidad reside en la detección de signos indirectos de morbilidad asociada, como engrosamiento parietal, inflamación o signos de perforación que sugieran diverticulitis de Meckel o absceso. La discusión clínica se centra, por lo tanto, en establecer umbrales de sospecha elevados ante la presentación atípica de una hernia, sopesando la indicación de estudios complementarios como la gammagrafía con Tecnecio-99m, cuyo valor se limita a la identificación de mucosa gástrica ectópica, generalmente ante la sospecha de hemorragia digestiva, y rara vez se utiliza en la evaluación electiva de una hernia asintomática.

La reparación de la hernia de Littré consiste, en un principio, en la resección del divertículo. Ésta deberá realizarse en cuña en caso de hallazgo incidental y segmentaria si es urgente; puesto que el sangrado (principal urgencia) con la hipertrofia de la mucosa gástrica en el divertículo puede hallarse en el borde mesentérico del íleon. Es importante poner especial énfasis en evitar la contaminación del campo

quirúrgico. Con posterioridad se realiza hernioplastia o rafia según criterio. En la actualidad se han descrito casos de diagnóstico y tratamiento de la hernia de Littré mediante laparoscopia. Con un abordaje transabdominal (TAPP) es factible realizar la disección y resección del divertículo de Meckel y proseguir con la reparación.^{16,17}

COSIDERACIONES FINALES

El caso subraya la rareza del diagnóstico preoperatorio de la hernia de Littré, confirmándose solo en la urgencia por estrangulación y necrosis de un Divertículo de Meckel. La gestión quirúrgica exitosa implicó la resección del divertículo complicado y anastomosis, asegurando una evolución favorable pese a la alta morbilidad esperada.

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 Littré. Reporte de un caso. Revista Chilena de Cirugía 2007; 59(4): 302-304.
3. Aláez-Chillarón AB, Ramiro-Pérez C, Rodríguez Velazco G, Calero-Amaro A, Latorre-Fragua R, Díez-Tabernilla M. Hernia de Littré, una causa poco frecuente de obstrucción intestinal. Cirugía y Cirujanos 2012; 80:186-8.
4. Amaya RE, Vargas GB. Hernia de littré presentación de un caso. RMHV[Internet]. 2008 [citado 26 jul 2014]; 1(1):19-22. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932016000300008
5. Skandalakis PN, Zoras O, Skandalakis JE, Mirilas P. Littré Hernia: Surgical Anatomy, Embryology, and Technique of Repair. Am Surg 2006;72(3):238-43.
6. Motta GA, Reyes E, Campos J, García A, Rivera VM, García JA, et al. El divertículo de Meckel en adultos. Anales de Radiología México. 2015; 14:20-30.
7. Biel A, Vilallonga R, López I, Rodríguez N, Armengo M. Hernia de Littré: Hallazgo inusitado en la reparación de una hernia inguino-escrotal. Revista Española de Enfermedades Digestivas. 2010; 102(8):506-507.
8. Akin M, Kurukahvecioglu O, Tezcaner T, Ziya Anadol A. Acute hemiscrotum due to inguinoscrotal Littré hernia: a case report. Am J Emerg Med 2008; 26(973):e3-973.
9. Messina M, Ferrucci E, Meucci D, Di Maggio G, Molinaro F, Buonocore G. Littré's hernia in new born infants: report of two cases. Pediatr Surg Int. 2005;21:485-7.
10. Pollak R. Procedimientos auxiliares en cirugía intestinal. En: Nyhus L, Baker RJ, Fischer JE, editores. El dominio de la cirugía. Buenos aires: Editorial Médica Panamericana; 1999. p. 1459-66.
11. Alarcón J. Hernia de Littré. Colombia Médica. 2005; 36(4):263-265.
12. Jacob T, Gaikwad P, Tirkey A, Raj J. Perforated obturator Littré hernia. Canadian Medical Association. 2009; 52(3):77-78.
13. Evola G, Caramma S, Caruso G, Schillaci R, Reina C, Reina GA. Intestinal obstruction and ischemia by necrotic annular Meckel's diverticulum: case report and review of the literature. Int J Surg Case Rep 2021; 82:105897. doi: 10.1016/j.ijscr.2021.105897.

14. Schizas D, Katsaros I, Tsapralis D, Moris D, Michalinos A, Tsilimigras DI, et al. Littre's hernia: a systematic review of the literature. *Hernia* 2019; 23(1):125-130. <https://doi.org/10.1007/s10029-018-1867-0>
 15. Luengas JC, Sacristán P, Sáenz K y Sanabria I. Hernia de Littré estrangulada, a proposito de un caso. *Revista Med* 24(2): 2016.
 16. Usman A, Rashid M, Ghafar U, Farooque U, Shabbir A. Littre's hernia: a rare intraoperative finding. *Cureus* 2020; 12(10):e11065. <https://doi.org/10.7759/cureus.11065>
 17. Kuru S, Kismet K. Meckel's diverticulum: clinical features, diagnosis and management. *Rev Esp Enferm Dig* 2018; 110(11):726-732. doi: <https://doi.org/10.17235/reed.2018.5628/2018>
-

FINANCIACIÓN

No se recibió financiación para el desarrollo del presente estudio.

CONFLICTOS DE INTERESES

No se declaran conflictos de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORIA

Conceptualización: Edena Amaro Arias, Ivan Baigorria Ortega.

Metodología: Edena Amaro Arias, Ivan Baigorria Ortega.

Análisis formal: Edena Amaro Arias, Ivan Baigorria Ortega.

Redacción-borrador original: Edena Amaro Arias, Ivan Baigorria Ortega.

Redacción-revisión y edición: Edena Amaro Arias, Ivan Baigorria Ortega.