

Hernia de Littré encarcelada: reporte de caso

Incarcerated Littre's Hernia: A Case Report

Álvaro Flechas,^{1*}  Carlos Moya-Ortiz,¹  Paulo Cabrera-Rivera,²  Alejandro González,²  Natalia Quintana-Montejo.³ 

ACCESO ABIERTO

Citación:

Flechas A, Moya-Ortiz C, Cabrera-Rivera P, González A, Quintana-Montejo N. Hernia de Littré encarcelada: reporte de caso. *Revista. colomb. Gastroenterol.* 2025;40(3):352-356.
<https://doi.org/10.22516/25007440.1274>

¹ Grupo de Investigación en Cirugía General GRINCIR, Fundación Cardioinfantil - La Cardio. Universidad del Rosario, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Bogotá, Colombia.

² Grupo de Investigación en Cirugía General GRINCIR, Departamento de Cirugía General, Fundación Cardioinfantil - La Cardio. Bogotá, Colombia.

³ Grupo de Investigación en Cirugía General GRINCIR, Fundación Cardioinfantil - La Cardio. Bogotá, Colombia.

*Correspondencia: Álvaro Flechas.
alvaro.flechas08@hotmail.com

Fecha recibido: 20/08/2024
Fecha aceptado: 21/10/2024



Resumen

Introducción: el divertículo de Meckel es una anomalía congénita del tracto gastrointestinal. Suele ser asintomático y se presenta en aproximadamente un 0,6% a 4%. Una Hernia de Littré se define como la presencia de un divertículo de Meckel dentro del saco herniario. Las hernias de Littré pueden variar de sitio anatómico, incluyendo la presentación inguinal, femoral y umbilical. **Caso clínico:** se trata de una paciente femenina de 80 años que acudió al servicio de urgencias de un centro de cuarto nivel, con un cuadro clínico de 14 horas de evolución, compatible con hernia de inguinal derecha (indirecta) encarcelada NYHUS IIIB, que incluía un divertículo de Meckel de boca angosta, lo que constituye una hernia de Littré mixta. **Resultados:** en la literatura se han reportado pocos casos de hernias de Littré, con una incidencia aproximada de 1% en pacientes con presencia de un divertículo de Meckel. El diagnóstico de una hernia de Littré es intraoperatorio, con manifestaciones clínicas como dolor abdominal y distensión. Las complicaciones, como obstrucción y encarcelamiento, se presentan de forma similar a otras hernias de la pared abdominal. Su manejo se fundamenta en el reparo tanto de la hernia como de la resección del divertículo. **Conclusiones:** hasta la fecha no existe un consenso estandarizado sobre el abordaje quirúrgico de dicha patología, particularmente cuando se trata de un hallazgo incidental. La técnica quirúrgica se puede basar en distintos factores, por lo que el conocimiento de la anatomía, la clínica y las imágenes diagnósticas es crucial para el diagnóstico y tratamiento oportuno de la hernia de Littré.

Palabras clave

Hernia inguinal, divertículo ileal, canal inguinal, abdomen agudo, hernia inguinal indirecta.

Abstract

Introduction: Meckel's diverticulum is a congenital anomaly of the gastrointestinal tract. It is usually asymptomatic and occurs in approximately 0.6% to 4% of individuals. A Littre's hernia is defined as the presence of a Meckel's diverticulum within a hernia sac. Littre's hernias can occur at various anatomical sites, including inguinal, femoral, and umbilical locations. **Clinical Case:** An 80-year-old female presented to the emergency department of a quaternary care center with a 14-hour history of symptoms compatible with a right inguinal hernia (indirect) incarcerated NYHUS IIIB, containing a narrow-necked Meckel's diverticulum, constituting a mixed Littre's hernia. **Results:** Few cases of Littre's hernias have been reported in the literature, with an approximate incidence of 1% among patients with a Meckel's diverticulum. Diagnosis is typically intraoperative, with clinical manifestations including abdominal pain and distension. Complications such as obstruction and incarceration occur similarly to other abdominal wall hernias. Management is based on both hernia repair and resection of the diverticulum. **Conclusions:** To date, no standardized consensus exists regarding the surgical approach for this condition, particularly when it is an incidental finding. Surgical technique may depend on multiple factors, making knowledge of anatomy, clinical presentation, and diagnostic imaging crucial for timely diagnosis and treatment of Littre's hernia.

Keywords

Inguinal hernia, ileal diverticulum, inguinal canal, acute abdomen, indirect inguinal hernia.

INTRODUCCIÓN

El divertículo de Meckel es la anomalía congénita del tracto gastrointestinal más común, con una incidencia reportada de aproximadamente 0,6%-4%⁽¹⁾. Es un divertículo verdadero, que contiene las tres capas de la pared intestinal, y se atribuye a una falla en el cierre del conducto onfalomesentérico en la quinta semana de gestación, que suele reabsorberse entre la quinta y novena semanas de gestación^(1,2). El divertículo de Meckel suele ser asintomático y en la mayoría de los casos es un hallazgo incidental en procedimientos laparoscópicos, o se puede evidenciar en estudios imagenológicos⁽³⁾. Cuenta además con una incidencia de complicaciones a largo plazo del 4,2%, que disminuye con la edad; dentro de las complicaciones se incluyen la obstrucción intestinal, sangrado, intususcepción, perforación, entre otras⁽²⁾. Una de las complicaciones más raras y poco comunes sucede cuando el divertículo de Meckel entra en el saco herniario, condición conocida como *hernia de Littré*.

Las hernias de Littré se consideran una patología relativamente poco común. de acuerdo con Mallin y colaboradores, para 2020, solo se habían reportado 50 casos en los últimos 300 años en la literatura⁽⁴⁾. Una hernia de Littré puede presentarse de varias formas y su sitio anatómico es variable; pueden presentarse como femorales, inguinales o umbilicales con sintomatología y complicaciones parecidas a cualquier otra hernia que en su contenido contenga intestino delgado⁽³⁾. La hernia de Littré se puede obstruir, encarcelar o estrangular, como las complicaciones de cualquier hernia de la pared abdominal. En este reporte de caso se presenta a una paciente con una hernia de Littré encar-

celada a expensas de la herniación de un divertículo de Meckel hallado intraoperatoriamente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente femenina de 80 años con antecedentes de hipertensión arterial e hipotiroidismo en suplen- cia, sin antecedentes de intervención quirúrgica abdominal, quien acudió al servicio de urgencias en un hospital de Bogotá por cuadro clínico de 14 (catorce) horas de evolución consistente en dolor abdominal generalizado, de intensidad moderada, asociado a dos episodios diarreicos. No tenía síntomas sugestivos de obstrucción intestinal. Fue valorada por el servicio de cirugía general con un resultado de tomografía computarizada contrastada de abdomen solicitada por el servicio de urgencias.

En el examen físico se observó el abdomen no distendido, con defecto herniario inguinal derecho doloroso a la palpación, no reductible, sin signos de estrangulación ni de irritación peritoneal. El cuadro hemático y la gasometría arterial evidenciaron leucocitosis a expensas de neutrófilos e hiperlactatemia.

El reporte de tomografía de abdomen reveló una hernia inguinal indirecta derecha con protrusión parcial de la porción distal del íleon, leve engrosamiento regular concéntrico de sus paredes, de aspecto inflamatorio y discreta cantidad de líquido periférico, de aspecto inflamatorio reactivo. No hubo un patrón obstructivo intestinal (**Figura 1**).

Considerando lo anterior, se decidió llevarla a un procedimiento quirúrgico urgente bajo anestesia general. Se realizó una herniorrafia inguinal vía abierta con abordaje posterior preperitoneal (técnica de Nyhus). Se encontraron hallazgos

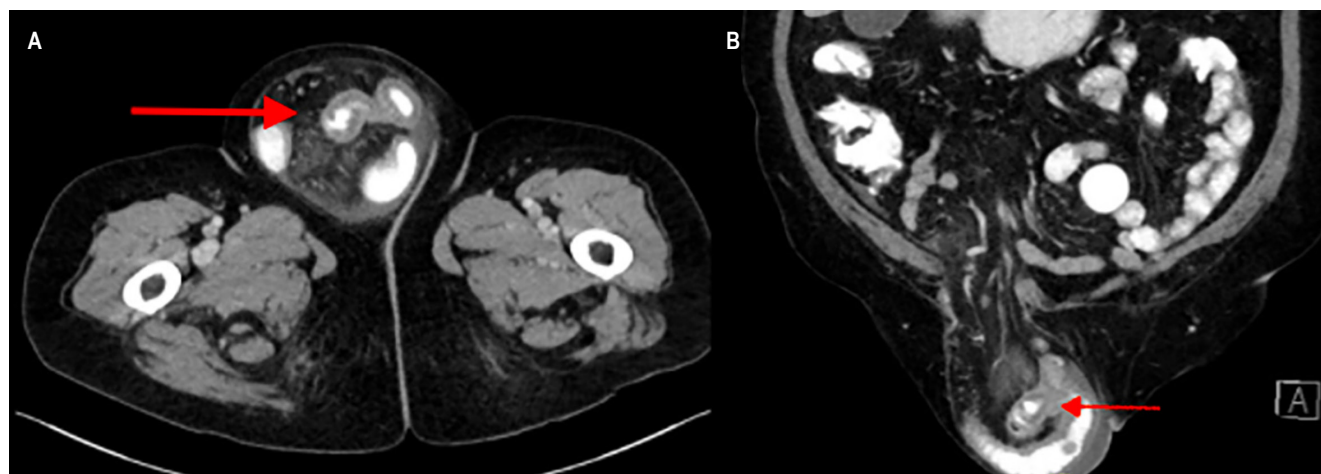


Figura 1. Tomografía axial computarizada de abdomen. **A.** Corte axial. **B.** Corte coronal. Defecto herniario señalado con línea roja. Imágenes propiedad de los autores.

de hernia inguinal derecha encarcelada Nyhus IIIB (compromiso de la pared posterior del canal inguinal y anillo inguinal profundo dilatado) y saco herniario con asas de íleon edematizadas y congestivas. Como hallazgo incidental, se encontró un divertículo de Meckel de base angosta de aproximadamente 1,5 cm y 5 cm de longitud dependiente del segmento de íleon encarcelado (**Figura 2**).

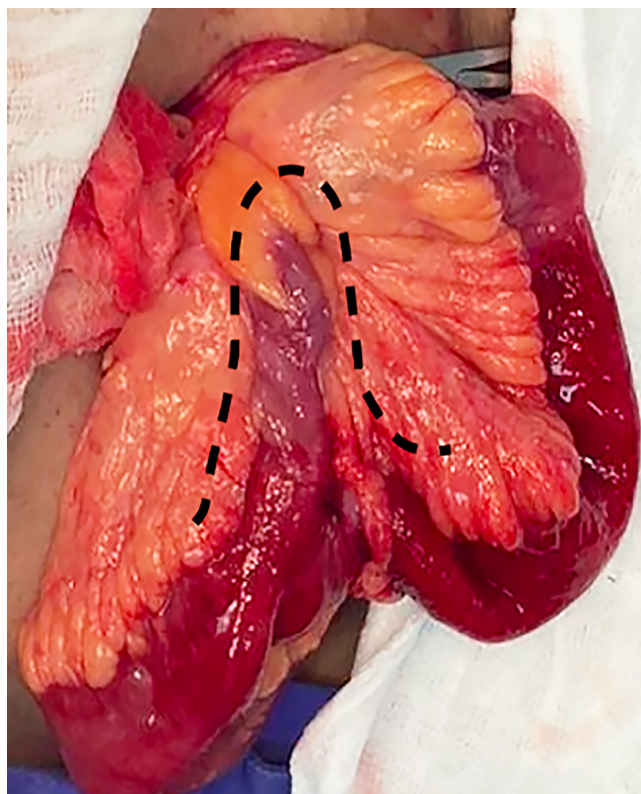


Figura 2. Hallazgos intraoperatorios de asas intestinales congestivas, edematizadas, con divertículo de Meckel delimitado en la imagen por la línea punteada. Imágenes propiedad de los autores.

Se realizó una reducción de asas intestinales, diverticulectomía con sutura mecánica lineal, ligadura alta de saco herniario y corrección del defecto con técnica sin tensión con malla de polipropileno. Durante el posoperatorio inmediato, el paciente se encontraba en buenas condiciones generales, con una adecuada modulación de dolor y tolerancia a la vía oral, con presencia de signos de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), dados por leucocitosis con neutrofilia (13.100 WBC, PMN 80%) y taquicardia >90 latidos por minuto (lpm) esperados para el posoperatorio. En el examen físico abdominal tenía una herida quirúrgica en buen estado, con equimosis perilesional, sin signos de infección o estigmas de sangrado activo, por lo que se decidió darle egreso por el servicio junto con indicaciones de seguimiento durante los próximos seis meses. En la con-

sulta posquirúrgica realizada un mes después presentó una adecuada evolución clínica. El resultado de la patología confirmó la presencia del divertículo de Meckel con inflamación crónica moderada y presencia de mucosa gástrica heterotópica sin ulceración ni perforación.

DISCUSIÓN

Una hernia de Littré se define como la presencia de un divertículo de Meckel dentro del saco herniario, y en 1700 se reportó el primer caso por el cirujano francés Alexis Littré^(5,6). Aunque no existe un consenso sobre la incidencia actual de esta complicación, se estima que aproximadamente el 1% de los pacientes con divertículo de Meckel van a desarrollar una hernia de Littré⁽⁶⁾. En un reporte de M. Racy se mencionó que una de cada 680 hernias femorales estranguladas y cuatro de cada 654 hernias inguinales estranguladas contienen un divertículo de Meckel⁽⁷⁾.

Es importante hacer la distinción morfológica y anatómica del divertículo de Meckel, con el objetivo de identificar oportunamente esta variación del defecto herniario. Este se define como el defecto del tracto gastrointestinal congénito más común, que consta de una bolsa con todas las capas intestinales, y está presente en 0,3%-3% de la población adulta⁽⁶⁾. Es un remanente embriológico del conducto onfalomesentérico y surge de su obliteración incompleta durante la quinta semana de gestación⁽⁸⁾.

Los divertículos del intestino delgado se pueden clasificar como falsos o verdaderos. Los divertículos falsos son adquiridos y se caracterizan por comprometer solo dos capas del intestino: la mucosa y la submucosa, la cuales se hernian a través de la capa muscular del intestino en puntos de debilidad, generalmente donde los *vasa vasorum* penetran la pared intestinal. En consecuencia, se encuentran en el borde mesentérico del intestino delgado. La pared delgada y la morfología del cuello del divertículo impiden que el líquido escape libremente, lo cual resulta en la presencia de niveles de líquido dentro del divertículo. En contraste, los divertículos verdaderos contienen todas las capas del intestino; mucosa, submucosa y capa muscular. No presentan niveles hídricos y suelen ocurrir en el borde antimesentérico del intestino, y el divertículo de Meckel es el único ejemplo⁽⁸⁾.

Generalmente, el divertículo de Meckel cursa como asintomático, y su diagnóstico puede ser incidental por imagen, o intraoperatorio. No obstante, los pacientes pueden presentar hemorragia de vías digestivas bajas (hematoquecia), obstrucción intestinal aguda, infección (diverticulitis) y, en casos puntuales, peritonitis por la perforación del divertículo⁽⁹⁾. Edad menor de 50 años, sexo masculino, longitud del divertículo >2 cm y presencia de tejido histológicamente anormal constituyen los principales factores de riesgo para un divertículo de Meckel sintomático en adultos⁽⁶⁾.

El diagnóstico de la hernia de Littré suele ser intraoperatorio y, aunque se pueden utilizar métodos de imágenes como tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen simple y ultrasonografía abdominal, estas no llevan al diagnóstico definitivo⁽⁹⁾. Las hernias de Littré pueden presentarse como hernias inguinales, femorales y umbilicales. Un metaanálisis realizado por Schizas y Katsaros en 2018 menciona que, de 53 hernias que cumplieron los criterios de inclusión, las femorales e inguinales correspondían al 39,6% y 34% de los casos, respectivamente⁽⁶⁾. Dentro de las hernias inguinales, el 98% son derechas, como en el caso reportado.

Por otro lado, el estudio explica que, si bien el divertículo de Meckel es más común en hombres, las hernias de Littré se presentan con mayor frecuencia en las mujeres, principalmente por la alta incidencia de hernias femorales y del obturador⁽⁶⁾. La hernia de Littré se ha clasificado en la literatura como verdadera cuando el saco herniario contiene únicamente el divertículo de Meckel, o mixta (7 veces menos común), cuando el divertículo de Meckel está acompañado por asas ileales u otros órganos intraabdominales.

Las hernias de Littré se presentan con manifestaciones atípicas como dolor abdominal, distensión y náuseas con o sin episodios eméticos, y es un cuadro clínico gradual en comparación con otros defectos herniarios. Al examen físico se evidencia una reducción incompleta de la hernia o una fístula enterocutánea a través del saco herniario⁽⁹⁾.

Se estima que los pacientes acuden al servicio de urgencias entre 5 horas y 11 días después de la aparición de los síntomas, tal como en el caso expuesto, en el que la paciente presentaba un cuadro clínico insidioso que la llevó a consultar 14 horas después de su aparición. Algunas de las complicaciones incluyen encarcelación, estrangulación y perforación, esta última como resultado de un compromiso vascular, o de ulceración péptica relacionada con ácido gástrico^(5,6).

La reparación de una hernia de Littré se basa en el reparo del defecto herniario junto con la resección del divertículo de Meckel (diverticulectomía). El tratamiento quirúrgico del divertículo de Meckel depende de la ubicación del divertículo y de la progresión y gravedad de la enfermedad⁽⁹⁾. Siempre se recomienda realizar una resección completa, incluyendo todo el tejido ectópico para así prevenir hemorragias. Sin embargo, hasta la fecha no existe un plan de manejo estandarizado para el manejo del divertículo como hallazgo incidental y asintomático; algunos autores sugieren no reseccionar divertículos de boca ancha, paredes delgadas y sin adherencias⁽²⁾. En caso de optar por el manejo quirúrgico, existen tres abordajes descritos: resección y anastomosis segmentaria, resección en cuña y sutura mecánica de manera tangencial para la realización de diverticulectomía.

La resección en T con anastomosis primaria está indicada ante el hallazgo de inflamación e isquemia del ileon,

perforación, úlcera hemorrágica o cuando se identifica la base con lesión macroscópica, edematosa, inflamada o perforada^(7,9,10). En divertículos largos se sugiere realizar exclusivamente la diverticulectomía, pues los divertículos con tasas longitud/diámetro >2 cm suelen tener el tejido ectópico en el cuerpo y la punta, mientras que los divertículos anchos suelen tenerlo en la base⁽⁹⁾.

No obstante, hasta la fecha no existe un consenso universal sobre las indicaciones absolutas para realizar la diverticulectomía. En 2005, un grupo de Mayo Clinic publicó los resultados de un estudio retrospectivo con 1476 pacientes que fueron llevados a diverticulectomía, con edad menor de 50 años, sexo masculino, divertículo >2 cm de longitud y hallazgos macroscópicos que sugieran la presencia de mucosa ectópica aumentan hasta el 70% el riesgo de complicaciones cuando todos los criterios están presentes (criterios de Park y colaboradores)⁽¹¹⁾.

CONCLUSIÓN

Es importante el conocimiento anatómico, clínico e imagenológico de la hernia de Littré, con el objetivo de realizar un diagnóstico y tratamientos oportunos, con la consecuente prevención de algunas de las complicaciones mencionadas. En el caso presentado, la instauración rápida del cuadro clínico, junto con los signos de encarcelamiento del defecto herniario, fueron las consideraciones principales para la realización de herniorrafia inguinal urgente, además de la diverticulectomía completa por divertículo largo y alta sospecha de tejido ectópico en aras de prevenir complicaciones por la presencia de tejido ectópico, como hemorragia de vías digestivas u obstrucción intestinal. Sin embargo, este aún se considera un escenario demandante para el cirujano, especialmente por la falta de evidencia científica y estudios con alto peso epidemiológico que perfilen criterios objetivos para tomar la decisión de realizar la diverticulectomía.

Consideraciones éticas y consentimiento para participar

Este estudio se llevó a cabo de acuerdo con los estándares éticos y fue aprobado por la Fundación Cardioinfantil (La Cardio) en Bogotá, Colombia. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito del paciente para su participación en este estudio.

Consentimiento para publicación

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito del paciente para la publicación de este informe de caso y cualquier imagen acompañante de acuerdo con los protocolos

institucionales. Una copia del consentimiento por escrito está disponible para su revisión por parte del editor en jefe de esta revista.

Disponibilidad de datos de apoyo

Todos los datos relevantes que respaldan los hallazgos de este estudio se incluyen en el artículo. Datos adicionales pueden estar disponibles bajo solicitud del autor correspondiente.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses.

Fuentes de financiación

No se contó con ningún tipo de financiación para el desarrollo del artículo.

Contribuciones de los autores

Álvaro Flechas, Carlos Moya, Paulo Cabrera, Alejandro González y Natalia Quintana participaron en el diseño y concepción del estudio, la adquisición de datos y el análisis e interpretación de datos. La revisión crítica estuvo a cargo de Paulo Cabrera, Alejandro González y Natalia Quintana. Finalmente, la redacción del manuscrito la realizaron Álvaro Flechas y Carlos Moya.

Uso de inteligencia artificial

No se utilizaron herramientas de inteligencia artificial para el desarrollo del artículo.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer a la Fundación Cardioinfantil (LaCardio) en Bogotá, Colombia, por sus contribuciones a este estudio.

REFERENCIAS

1. Usman A, Rashid MH, Ghaffar U, Farooque U, Shabbir A. Littre's Hernia: A Rare Intraoperative Finding. *Cureus*. 2020;12(10):e11065. <https://doi.org/10.7759/cureus.11065>
2. Puentes JA, Salcedo JD, Luna DR. Divertículo de Meckel en el adulto mayor: una causa de sangrado digestivo revisión de la literatura y reporte de un caso. *Rev Colomb Cir*. 2015;30(2):151-5. <https://doi.org/10.30944/20117582.325>
3. Sánchez-Castellanos ME, Sandoval-Tress C, Hernández-Torres M. Persistencia del conducto onfalomesentérico. Diagnóstico diferencial de granuloma umbilical en la infancia. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2006;97(6):404-5. [https://doi.org/10.1016/S0001-7310\(06\)73429-9](https://doi.org/10.1016/S0001-7310(06)73429-9)
4. Malling B, Karlsen AA, Hern J. Littre Hernia: A Rare Case of an Incarcerated Meckel's Diverticulum. *Ultrasound Int Open*. 2017;3(2):E91-E92. <https://doi.org/10.1055/s-0043-102179>
5. Bains HK, Agostinho N, Hamilton AE, Byrne C. What is in the sac? Littre hernia. *ANZ J Surg*. 2020;90(5):896-8. <https://doi.org/10.1111/ans.15353>
6. 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):125-30. <https://doi.org/10.1007/s10029-018-1867-0>
7. Racy M, Ramesh S. Littre meets de garengéot: meckel's diverticulum and appendix in a femoral hernia. *Ann R Coll Surg Engl*. 2013;95(6):e97-8. <https://doi.org/10.1308/003588413X13629960047399>
8. Lamb R, Kahlon A, Sukumar S, Layton B. Small bowel diverticulosis: imaging appearances, complications, and pitfalls. *Clin Radiol*. 2022;77(4):264-273. <https://doi.org/10.1016/j.crad.2021.12.003>
9. Essobiyou TB, Pali E, Keheou AP, Issa M, Dosseh ED. Unusual form of inguinal hernia: A case report of Littre's hernia strangled. *Int J Surg Case Rep*. 2022;98:107570. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2022.107570>
10. Keese D, Rolle U, Gfroerer S, Fiegel H. Symptomatic Meckel's Diverticulum in Pediatric Patients—Case Reports and Systematic Review of the Literature. *Front Pediatr*. 2019;7:267. <https://doi.org/10.3389/fped.2019.00267>
11. Park JJ, Wolff BG, Tollefson MK, Walsh EE, Larson DR. Meckel Diverticulum: The Mayo Clinic Experience With 1476 Patients (1950–2002). *Ann Surg*. 2005;241(3):529-33. <https://doi.org/10.1097/01.sla.0000154270.14308.5f>