

Hernia inguinal de contenido inusual: divertículo de Meckel. Reporte de caso

Ana Araujo Daza¹  · Juan Bautista Rolla¹  · Diana Marcela Rodríguez De La Hoz¹  · Martín Canavesi²  · Mateo Santillán²  · Víctor Nebil Larrañaga¹ 

¹ Departamento de Imágenes.

² Servicio de Cirugía General.

Hospital Universitario CEMIC, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Acta Gastroenterol Latinoam 2024;54(2):192-195

Recibido: 22/11/2023 / Aceptado: 07/06/2024 / Publicado online: 30/06/2024 / <https://doi.org/10.52787/agl.v54i2.370>

Resumen

La hernia de Littre se define como la protrusión del divertículo de Meckel a través de cualquier potencial apertura de la pared abdominal. Es una complicación infrecuente (1% de los divertículos existentes), con pocos casos registrados en la literatura médica. Se presenta el caso clínico de un paciente de sexo masculino de 78 años con dolor abdominal en hipogastrio y en fosa iliaca derecha, asociado a una formación inguinal palpable que se diagnosticó como hernia de Littre.

Palabras clave. Divertículo de Meckel, hernia inguinal, hernia de Littre, dolor abdominal.

Inguinal Hernia with Unusual Content: Meckel's Diverticulum. A Case Report

Summary

Littre's hernia is defined as the protrusion of Meckel's diverticulum through any potential opening in the abdominal wall. It is an infrequent complication (1% of existing diverticula), with few cases reported in the medical literature. We present the clinical case of a 78-year-old male patient with abdominal pain in the hypogastrium and right iliac fossa, associated with a palpable inguinal formation that was diagnosed as Littre's hernia.

Keywords. Meckel's diverticulum, inguinal hernia, Littre's hernia, abdominal pain.

Introducción

El divertículo de Meckel (DM) constituye la malformación congénita gastrointestinal más frecuente, con

Correspondencia: Ana Araujo Daza
Correo electrónico: araujodaza.ana@gmail.com

una prevalencia del 2% en la población mundial. Se debe a un defecto en el cierre del conducto onfalomesentérico.¹ Puede presentarse en forma aislada o asociado a otras patologías como atresia de esófago, ano imperforado y onfalocele. En la gran mayoría de los casos se mantiene asintomático durante toda la vida, estimándose la aparición de síntomas en aproximadamente 1% de los portadores.²

Caso clínico

Se trata de un paciente de sexo masculino de 78 años de edad que acudió a urgencias por un episodio de dolor abdominal de varias horas de evolución, asociado a dolor al iniciar la micción y náuseas, refiriendo catarsis positiva y ausencia de fiebre. Presentaba antecedentes de hernia inguinal derecha y apendicectomía. Se realizaron estudios de laboratorio, radiografía y ecografía abdominal. En la ecografía se evidenció una hernia inguinal voluminosa irreductible, lateral a los vasos epigástricos. En su interior presentaba un asa intestinal ciega con engrosamiento parietal circunferencial, esca-

sa señal Doppler color y leve disminución del peristaltismo. Se observaron signos inflamatorios asociados, como rarefacción de la grasa pericólica y líquido laminar adyacente (Figura 1 D-F). Se realizó una evaluación complementaria con un estudio tomográfico para la correcta valoración del contenido y las complicaciones concomitantes. En dicho estudio se observó un saco herniario con presencia de una imagen de aspecto diverticular, que ocupaba parcialmente su luz, dependiente de un asa de íleon distal (Figura 1 A-C).

El paciente fue remitido a cirugía debido a la presencia de una hernia inguinal derecha no reductible complicada. En el acto quirúrgico se redujo el contenido del saco herniario preservando su indemnidad. Se observó un divertículo compatible con DM de aproximadamente 3 cm, con cuello indemne y signos claros de necrosis diverticular, sin compromiso intestinal. A continuación, se seccionó dicho divertículo (Figura 2). La evolución postoperatoria fue favorable y el paciente fue dado de alta sin recurrencia de los síntomas. El informe anatomopatológico confirmó la existencia de un DM herniado.

Figura 1. Tomografía computada coronal (A), axial (B), sagital (C) y ecografía (D, E y F). Herniación inguinal con asa ciega dependiente del íleon distal con signos inflamatorios

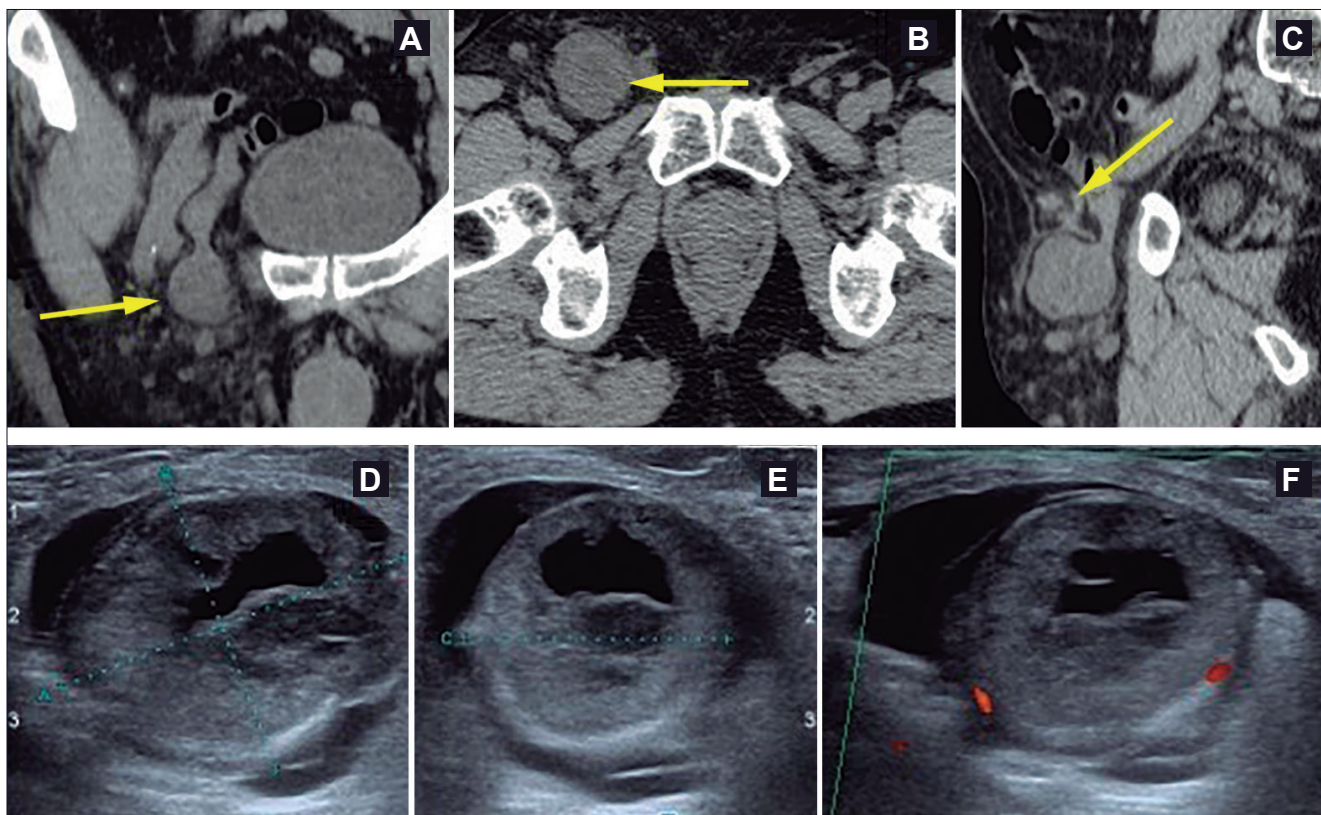


Figura 2. Pieza quirúrgica donde se observa el divertículo de Meckel dependiente del íleon



Discusión

El DM se produce por una regresión incompleta del conducto onfalomesentérico, estructura embrionaria que comunica el intestino medio con el saco vitelino.⁵ Clínicamente se puede presentar como obstrucción intestinal, sangrado gastrointestinal o con signos clínicos de inflamación. El síntoma más frecuente del DM es la enterorragia. Se pueden observar heces de color ladrillo y consistencia gelatinosa. Es infrecuente que se presente con dolor abdominal, excepto en algunos niños.³

La mayoría de los pacientes con DM son asintomáticos. Aproximadamente un 19% de los pacientes con DM desarrolla complicaciones como la formación de litos, hernia interna entre el mesenterio y el meso diverticular, hernia inguinal o femoral, obstrucción por adherencias, obstrucción por bezoar, obstrucción por parásitos, invaginación intestinal, perforación, hemorragia gastrointestinal, ileítis del DM, neoplasias intra diverticulares, ulceración e inflamación aguda con o sin perforación.³

La herniación del DM es una complicación poco frecuente (1% de todos los divertículos), por lo que consi-

deramos relevante la presentación de este caso clínico. La hernia de Littre se define como la protrusión del DM a través de cualquier potencial apertura de la pared abdominal,³ siendo su presentación en orden de frecuencia: hernia inguinal usualmente del lado derecho (50%), femoral (20%), umbilical (20%) y en otras localizaciones (10%).⁴ En 1943 *Bird* reportó 182 casos de DM encontrados dentro de sacos herniarios, donde el mayor número de pacientes estaban afectados por hernia inguinal, seguidos por las de localización umbilical y femoral. En una revisión realizada por *Watson* de 259 casos de hernia de Littre, 143 fueron inguinales, 54 femorales y 32 umbilicales.⁵ El caso descrito se encuentra, por lo tanto, dentro de la localización más frecuente. Los diagnósticos diferenciales se plantean en relación a la hernia inguinal (adenopatía, quiste de cordón, torsión testicular intrainguinal, etc.), responsable de los signos y síntomas presentes.³

Nuestro paciente consultó por dolor abdominal asociado a dolor al inicio miccional y náuseas, refiriendo catarsis positiva y ausencia de fiebre. Los síntomas coinciden con los descriptos en otras publicaciones.²

El tratamiento de la hernia de Littre es quirúrgico. Consiste en la reducción del contenido herniario y la resección del divertículo, la cual puede hacerse en cuña en caso de hallazgo accidental o de forma segmentaria si es de urgencia, la anastomosis del íleon y la hernioplastia.

Conclusión

El DM es una variante constitucional dada por la persistencia del conducto onfalomesentérico. En la mayoría de los pacientes es asintomático, pero puede cursar con hemorragia, infección y obstrucción intestinal ocasionada por adherencias o por situarse en un saco herniario. Para el adecuado diagnóstico y tratamiento de la hernia de Littre, es de gran importancia tener un elevado índice de sospecha clínica.

Consentimiento para la publicación. Para la confección de este manuscrito, se utilizaron datos anonimizados que no han distorsionado su significado científico.

Propiedad intelectual. Los autores declaran que los datos y las figuras presentes en el manuscrito son originales y se realizaron en sus instituciones pertenecientes.

Financiamiento. Los autores declaran que no hubo fuentes de financiación externas.

Conflictos de interés. Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con este artículo.

Aviso de derechos de autor



© 2024 Acta Gastroenterológica Latinoamericana. Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo los términos de la Licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC-SA 4.0), la cual permite el uso, la distribución y la reproducción de forma no comercial, siempre que se cite al autor y la fuente original.

Cite este artículo como: Araujo Daza A, Rolla J B, Rodríguez De La Hoz D M, Canavesi M y col. Hernia inguinal de contenido inusual: divertículo de Meckel. Reporte de caso. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2024;54(2):192-195. <https://doi.org/10.52787/agl.v54i2.370>

Referencias

1. Moya Meneses M, Castaño Díaz M, Sáez Moreno M, López-Torres J. Divertículo de Meckel como causa de dolor abdominal recurrente. *Rev Clin Med Fam* vol.12 no.3 Barcelona oct. 2019 Epub 21-Oct-2019. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2019000300151#B2
2. Tosellia L, Lobosa P. Descripción del caso presentado en el número anterior: Divertículo de Meckel. *Arch Argent Pediatr* 2009; 107(4):374-375. <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2009/v107n4a16.pdf>
3. Motta-Ramírez GA1 Reyes-Méndez E2 Campos-Torres J2 García-Ruiz A3 Rivera-Méndez VM4 García-Castellanos JA5 Aragón-Flores M6. El divertículo de Meckel en adultos. *Anales de Radiología México* 2015;14:20-30. https://www.webcir.org/revistavirtual/articulos/2016/4_noviembre/mx/diverticulo_esp.pdf
4. Tomezzoli S, Fiorini S, Diaz Saubidet I. A propósito de un caso Hernia de Littre. Reporte de un caso clínico. *Rev Hosp Niños Baires* Junio 2013;vol 55,número 249. <http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2013/07/121-123-Hernia-Tomezoli.pdf>
5. Parra R, Parra D, García C, Rojas R. Diagnóstico por imágenes de diverticulitis de Meckel: presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. *Revista Chilena de Radiología*. Vol. 9 N° 1, año 2003;10-12. [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082003000100004#:text=El%20divert%C3%ADculo%20de%20Meckel%20es%20un%20saco%20ciego%20que%20se,saco%20vitelino%20\(Figura%204\)](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082003000100004#:text=El%20divert%C3%ADculo%20de%20Meckel%20es%20un%20saco%20ciego%20que%20se,saco%20vitelino%20(Figura%204))