



CASO CLÍNICO

Hernia femoral de Littré estrangulada. Reporte de caso clínico



Marco Núñez Cámara^{a,*} y Hemberly Núñez Monar^b

^a Servicio de Cirugía, Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile

^b Servicio de Urgencia, Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile

Recibido el 20 de junio de 2016; aceptado el 9 de noviembre de 2016

Disponible en Internet el 27 de diciembre de 2016

PALABRAS CLAVE

Hernia de Littré;
Hernia femoral;
Hernioplastia
preperitoneal

KEYWORDS

Littré Hernia;
Femoral hernia;
Preperitoneal hernia
repair

Resumen

Objetivo: Presentar un caso de hernia femoral de Littré estrangulada.

Caso clínico: Hombre de 86 años, que consultó por cuadro de dolor abdominal periumbilical postraumático de 4 días de evolución que se acompañaba de vómitos y ausencia de deposiciones con tránsito de gases conservado. Destacaba al examen masa dolorosa e indurada de 3 cm de diámetro no reductible bajo arcada inguinal derecha. Se realizó una herniorrafia femoral con abordaje preperitoneal, identificando una hernia de Littré estrangulada y realizándose una resección intestinal más reparación tisular del defecto herniario.

Conclusión: Las hernias de Littré femorales son una entidad extremadamente rara y el manejo quirúrgico óptimo no está establecido.

© 2016 Sociedad de Cirujanos de Chile. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Strangulated Littré femoral hernia. Case report

Abstract

Objective: To present a case of strangulated Littré femoral hernia.

Clinical case: 86 years old man with 4 days of post-traumatic periumbilical abdominal pain accompanied by vomiting and absence of stools with gas transit preserved. Examination highlighted a painful and indurated mass of 3 cm in diameter that it was not reducible below right inguinal arch. A femoral hernia repair with preperitoneal approach was performed by identifying a strangulated Littré hernia performing bowel resection and tissue repair of the hernia defect.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marco_ufc@msn.com (M. Núñez Cámara).

Conclusion: Littré femoral hernias are an extremely rare entity and optimal surgical management is not established.

© 2016 Sociedad de Cirujanos de Chile. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Las hernias femorales se presentan como un aumento de volumen bajo la altura de la arcada inguinal y generalmente su tamaño no supera los 5 cm de diámetro. Representan un 7% de las hernias de la pared abdominal y un 3% de las hernias de la región inguinofemoral, siendo más frecuentes en mujeres y adultos mayores^{1,2}. La estrechez y rigidez del canal femoral hacen que la complicación de las hernias en este alcance cifras de hasta un 60%, por lo que su tratamiento no debe ser retardado³. Se define a la hernia de Littré como la presencia de un divertículo de Meckel dentro de cualquier saco herniario⁴. La estrangulación de un divertículo de Meckel en una hernia femoral es una entidad extremadamente rara con menos de 100 casos clínicos reportados desde que Alexis Littré, cirujano francés, reportara los primeros casos en la revista *Mémoires de l'Académie Royale des Sciences* en 1700. De todas las hernias de Littré, la femoral constituye el 20% de los casos⁵. El divertículo de Meckel corresponde a un remanente del conducto onfalomesentérico descrito en 1809 por Johann Friedrich Meckel, que tiene una incidencia del 0,2-2%⁶.

Caso clínico

Hombre de 86 años con antecedentes de HTA y resección transuretral por adenoma prostático. Consulta en el servicio de urgencias del Hospital Gustavo Frické por cuadro de 4 días de evolución de dolor cólico periumbilical tras sufrir un golpe en la región abdominal que se acompañaba de vómitos biliosos y ausencia de eliminación de deposiciones por el ano, con tránsito de gases positivo.

Al examen físico destacaban signos de déficit de VEC leve, con frecuencia cardíaca de 91 lpm y presión arterial media de 77, abdomen levemente distendido, no doloroso, con RHA disminuidos, y masa dolorosa e indurada no reductible de aproximadamente 3 cm de diámetro ubicada por debajo de la arcada inguinal derecha. La exploración por sistemas no objetivó otras alteraciones.

Los resultados de laboratorio al ingreso fueron:

Hematocrito: 43,9%.
 Hemoglobina: 14,5 g/dl.
 Recuento de leucocitos: 11.100 con 93,1% de neutrófilos y sin desviación a la izquierda.
 Plaquetas: 340.000.
 PCR: 25,8 mg/dl.
 Electrolitos plasmáticos: normales.
 Amilasa: 185 U/l (VN: 30-110).
 Lipasa: 85 U/l (VN: 23-300).
 Creatinina: 2,7 mg/dl; BUN/Crea: 32,7.

Hallazgos quirúrgicos: hernia femoral con saco herniario de aproximadamente 3 × 3 cm, con contenido de divertículo de Meckel estrangulado con pequeña perforación en relación con tejido desvitalizado a aproximadamente 50 cm de la válvula ileocecal (figs. 1 y 2). Líquido de aspecto intestinal no purulento adyacente a la zona de perforación de aproximadamente 20 cc.

Técnica quirúrgica: abordaje preperitoneal de Nyhus, disección por planos con toma, sección y ligadura de vasos epigástricos inferiores. Disección roma en espacio preperitoneal identificando defecto herniario. Pequeña sección de ligamento lacunar para reducción del saco herniario. Instalación de retractor elástico abdominal de Pelosi y apertura de peritoneo. Sección de 10 cm de íleon que incluyen divertículo de Meckel. Anastomosis L-L isoperistáltica con poliglecaprone 3-0 en 2 planos. Cierre del canal femoral afrontando cintilla iliopubiana al ligamento de Cooper con polipropileno 2-0. Aseo con abundante solución fisiológica y cierre de pared por planos.

Anatomía patológica: segmento de intestino delgado que en su centro medio presenta dilatación de 2,9 cm de base con 2,9 cm de altura necrosada y perforada con solución de continuidad en su vértice. Diagnóstico: divertículo de Meckel complicado, inflamado, hemorrágico y necrosado. No se describe metaplasia gástrica ni pancreática.

Evolución: el paciente evoluciona con íleo adinámico en el postoperatorio inmediato, con tránsito intestinal y realimentación al tercer día postoperatorio. Fue dado de alta al séptimo día postoperatorio, sin dolor, con buena tolerancia

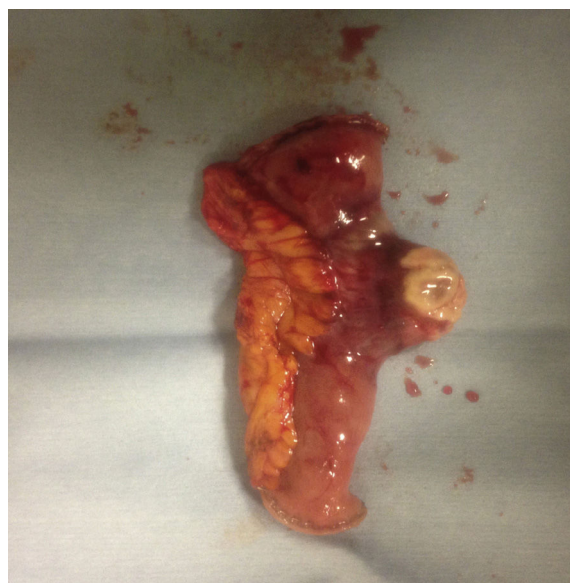


Figura 1 Pieza quirúrgica.

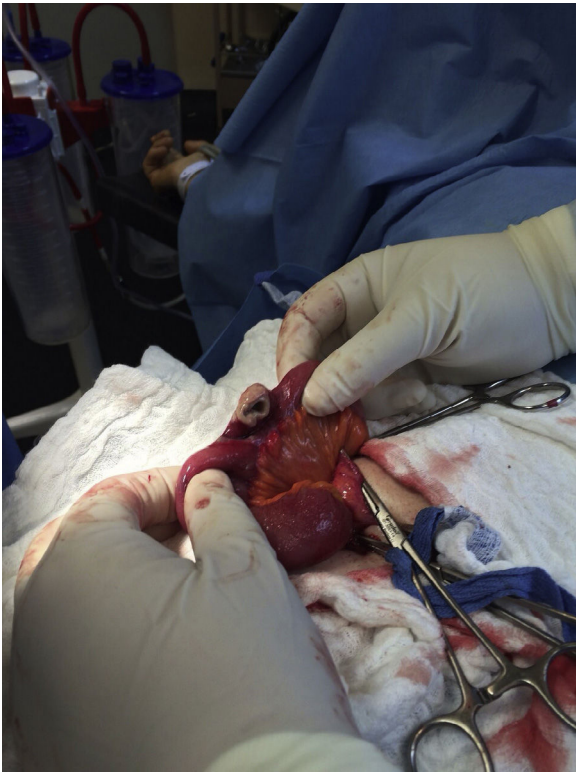


Figura 2 Hallazgo intraoperatorio.

oral y con tránsito intestinal regular. Se realiza un control 7 días después, en el cual no se objetivan complicaciones locales de la herida y se retiran los puntos. En el control postoperatorio a los 6 meses no presenta signos de recidiva herniaria.

Discusión

El conducto onfalomesentérico tiene una función nutricional para el embrión y normalmente involuciona en la séptima semana de gestación. La falla en la involución del conducto onfalomesentérico puede generar un divertículo de Meckel en el 2% de la población¹. Los divertículos de Meckel generalmente están revestidos por mucosa ileal, pero en un 20% de los casos pueden estar revestidos por mucosa gástrica, colónica o pancreática heterotópica⁷.

La reparación de este tipo de hernia no está bien definida en la literatura, pero debe cumplir con los principios básicos de toda reparación herniaria. El cierre del defecto herniario con material protésico es aconsejable pero no siempre aplicable en todos los casos, ya que en algunos de ellos —como el presentado— el riesgo de infección aumenta.

Conclusión

La hernia femoral de Littré es una entidad extremadamente rara con muy pocos casos reportados en la literatura. Lo más frecuente es que se presente como una obstrucción intestinal parcial, lo que genera un desafío diagnóstico. Es necesaria una intervención precoz por su elevado riesgo de complicaciones. El abordaje preperitoneal en este tipo de hernias podría reducir el tiempo quirúrgico facilitando las resecciones intestinales por un solo abordaje. La reparación tisular del anillo crural aumentaría las recidivas, lo que haría cuestionable este abordaje en pacientes jóvenes.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Hospital Gustavo Fricke, Universidad de Valparaíso.

Bibliografía

1. Allan S, Haddle R. Prolene plug repair for femoral hernia. *Ann R Coll Surg Engl.* 1989;71:220–1.
2. Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Sabiston textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice. Chapter: Hernias. Elsevier. 2016;44:1092–119. ISBN 978-0-323-29987-9.
3. Davies M, Davies C, Morris-Stiff G, Shute K. Emergency presentation of abdominal hernias: outcome and reasons for delay in treatment—a prospective study. *Ann R Coll Surg Engl.* 2007;89:47–50.
4. Sneierson H. Littre's hernia. *Am J Surg.* 1957;94:676–7.
5. Trupo FJ, Aburahma A. Meckel's diverticulum in a femoral hernia: A Littre's hernia. *South Med J.* 1987;80:655–6.
6. Baum RK, Olch IY. Meckel's diverticulum incarcerated in a femoral hernia. *Calif Med.* 1958;88:386–8.
7. Pollak R. Procedimientos auxiliares en cirugía intestinal. En: Nyhus L, Baker RJ, Fischer JE, editores. *El dominio de la cirugía.* España: Editorial Médica Panamericana; 1999. p. 1459–66.