



## P-526 - HERNIA DE LITTRÉ INCARCERADA EN ORIFICIO CRURAL

Blanco Elena, Juan Antonio<sup>1</sup>; Alberca Páramo, Ana<sup>1</sup>; Robles Quesada, Teresa<sup>1</sup>; Granados García, José<sup>1</sup>; Estaire Gómez, Mercedes<sup>2</sup>; Pérez López, María Encarnación<sup>3</sup>; Plata Rosales, José<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Infanta Margarita, Cibra; <sup>2</sup>Hospital General, Ciudad Real; <sup>3</sup>Hospital de Navarra, Pamplona.

### Resumen

**Introducción:** La hernia de Littré se define como la presencia de un divertículo de Meckel dentro de cualquier saco herniario. La estrangulación del mismo en una hernia femoral es una entidad muy infrecuente.

**Caso clínico:** Mujer de 51 años con hipertensión y hernia de hiato. Acudió a urgencias por tumoración en región inguinal derecha de inicio brusco, dolorosa e irreductible de 4 horas de evolución. Presentó náuseas sin vómitos. A la palpación se objetivó hernia crural derecha dura, indurada, irreductible sin cambios tróficos de la piel. La analítica no mostró alteraciones. Ante los hallazgos de hernia crural incarcerada se decidió realizar tratamiento quirúrgico urgente. Durante la cirugía se objetivó una hernia crural con saco herniario de 3 × 3 cm en cuyo interior se encontró un segmento de intestino delgado que incluía el divertículo de Meckel estrangulado con coloración violácea, sin objetivar perforación del mismo. Tras reintroducción de dicho segmento en cavidad abdominal se determinó la viabilidad del segmento intestinal y se reintrodujo el paquete intestinal en cavidad abdominal. Se realizó cierre de saco herniario y reintroducción del mismo con colocación de *plug* de polipropileno según la técnica de Gilbert. La evolución del paciente fue satisfactoria, iniciando tolerancia oral a las 6 horas de la cirugía, con tránsito intestinal positivo. Fue dada de alta a las 48 horas de la cirugía sin complicaciones.



**Discusión:** La ausencia de involución del conducto onfalomesentérico, que suele acontecer hacia la 5-7ª semana de gestación, ocurre en el 2% de la población y recibe el nombre de divertículo de Meckel. Estos divertículos son verdaderos (presentan todas las capas intestinales) y se localizan en el borde antimesentérico. Suelen estar recubiertos de mucosa ileal, gástrica, colónica o pancreática y suelen ser asintomáticos. Cuando producen síntomas suele ser por sangrado, obstrucción intestinal o infección que simula un cuadro de apendicitis. La literatura aboga acerca de las hernias incarceradas por un cierre del defecto herniario con material protésico, aunque depende de la viabilidad de las asas intestinales y de la posibilidad de infección del sitio quirúrgico. En cuanto a la resección de dicho divertículo no existe un consenso al respecto, pero parece que si causa sintomatología la extirpación en cuña sería el tratamiento definitivo y ante hallazgos incidentales no debería realizarse la resección del mismo. En nuestro caso, dicho divertículo no era la causa de la incarceración, sino que se encontraba englobado en el contenido del saco herniario incarcerado, y al objetivar buena revascularización de las asas intestinales tras reintroducción de cavidad se decidió no realizar resección del mismo. El divertículo de Meckel es una persistencia del conducto onfalomesentérico generalmente asintomático. Es infrecuente encontrarlo en una hernia crural.