

Hérnia de Littrè – Relato de caso e revisão da literatura

Littrè's hernia: a case report

Pedro Muñoz Fernandez*, Luiz Antônio Galvão Lúcio**,
José Luiz Ferreira Dias***, Fabíola Pollachi****

Resumo

A hérnia de Littrè é uma doença rara em crianças e adultos. Definida como o encontro de um divertículo de Meckel em um saco herniário, seu diagnóstico na maioria das vezes faz-se no intra-operatório, uma vez que 90% dos divertículos de Meckel são assintomáticos. Os autores relatam um caso de hérnia de Littrè em uma criança do sexo masculino de dois anos de idade e fazem uma revisão da literatura.

Unitermos

Hérnia de Littrè; hérnia Congênita; divertículo de Meckel.

Abstract

Littrè's hernia is unusual in children and adults. Defined as the meeting of a Meckel's diverticulum found in a herniarium sac, the diagnosis is usually done during the surgery. Once 90% of Meckel's diverticulum has no symptoms. The authors report a case of Littrè's hernia that was found in a male with two years old and do a literature revision.

Keywords

Littrè's hernia; Congenital's hernia; Meckel's Diverticulum.

Introdução

O divertículo de Meckel, embora assintomático na maioria dos casos, é a afecção congênita mais comum do intestino delgado, com incidência de aproximadamente 3% da população geral¹. O encontro de um divertículo de Meckel, fazendo parte do saco herniário é definido como hérnia de Littrè^{3,4,5}, embora originalmente a hérnia de Littrè tenha sido descrita como sendo a presença de um divertículo de Meckel no saco herniário de uma hérnia femoral⁶.

Os autores relatam um caso de hérnia de Littrè operada no Serviço de Cirurgia Pediátrica da Faculdade de Medicina do ABC, Hospital de Ensino de São Bernardo do Campo, e fazem uma revisão da literatura.

Relato de caso

Paciente do sexo masculino, com dois anos de idade e queixa de abaulamento em região inguinal à direita desde o nascimento, negando sangramento digestivo ou quadros anteriores sugestivos de obstrução. A mãe negava doenças associadas. Ao exame físico apresentava volumosa hérnia inguino-escrotal à direita (Figuras 1 e 2), indolor e irredutível às manobras usuais, além de espessamento do cordão espermático contralateral, sem outros sinais associados.



Figura 1 – Fotografia da hérnia inguino-escrotal gigante.

* Professor Adjunto da Disciplina de Pediatria e Puericultura e Responsável pelo Serviço de Cirurgia Pediátrica da FMABC.

** Assistente do Serviço de Cirurgia Pediátrica da FMABC.

*** Assistente do Serviço de Cirurgia Pediátrica da FMABC.

**** Residente de Cirurgia Pediátrica da FMABC.

Endereço para correspondência:

Pedro Muñoz Fernandez

Rua Silva Jardim, 470 – São Bernardo do Campo, SP

CEP 09715-090

Telefax: (11) 4345-4011

E-mail: pemunozfernandez@hotmail.com



Figura 2 – Fotografia da hérnia após sua redução, com a criança sob anestesia geral.

A criança foi submetida a inguilotomia transversa direita, identificando-se divertículo de Meckel aderido ao saco herniário, e no ápice do divertículo uma trave fibrosa (brida congênita), unindo-o à cicatriz umbilical (Figuras 3 e 4).



Figura 3 – Fotografia de divertículo de Meckel dentro do saco herniário (seta amarela), e elementos do cordão espermático reparados (seta preta).



Figura 4 – Fotografia do divertículo de Meckel e da correspondente trave fibrosa (seta).

Realizou-se lise da brida, ressecção em cunha do divertículo e enterorragia em plano único seromuscular (Figuras 5 e 6). Ligadura e ressecção do saco herniário. Na exploração do lado contralateral, encontrou-se a presença de saco herniário, o qual foi tratado cirurgicamente (Figura 7).

A análise anátomo-patológica da peça operatória revelou presença de mucosa gástrica ectópica, em fragmento de intestino delgado, compatível com divertículo de Meckel.

O paciente segue em acompanhamento ambulatorial há dois anos, estando assintomático.



Figura 5 – Fotografia do divertículo de Meckel após secção da banda fibrosa.



Figura 6 – Aspecto final da enteroanastomose (seta).



Figura 7 – Fotografia do aspecto final imediatamente após a cirurgia.

Discussão

A primeira descrição de um divertículo presente no intestino delgado foi feita por Fabricius Hildanus em 1598⁷. Em 1742, um pequeno divertículo de intestino delgado estrangulado em uma hérnia femoral foi descrito por um cirurgião francês, Alex Littre⁸. Em 1809, um anatomista alemão de nome Johan Frederich Meckel publicou a anatomia e a embriologia do divertículo que mais tarde receberia seu nome⁹. A presença de mucosa gástrica ectópica no divertículo de Meckel foi descrita por Salzer e Gramen em 1900².

O divertículo de Meckel representa a persistência de parte do ducto onfalomesentérico, sendo geralmente encontrado entre 50 cm e 100 cm da válvula íleo cecal no adulto, na borda contramesenterial do intestino delgado (íleo). Este ducto é uma comunicação do intestino do embrião ao saco vitelínico, que se oblitera entre a sexta e a sétima semana da embriogênese^{3,6,10}. A persistência total ou parcial deste ducto pode resultar em divertículo na borda contramesenterial, caracterizando o divertículo de Meckel (82%), a fistula enterocutânea umbilical (6%), o cisto ou sinus umbilical (0,5%) e a banda fibrosa ou brida congênita (10%)^{3,8}.

Sendo a anomalia congênita mais comum do intestino delgado, o divertículo de Meckel geralmente é assintomático, e a sua complicação mais freqüente é o sangramento (30%). Pode ocorrer também obstrução intestinal (23%), inflamação (15%), perfuração (13%) e transformação maligna (0,5-1%)^{1,2,9,10,11}.

Dos casos de divertículo de Meckel sintomáticos, 10% ocorrem como hérnia de Littre^{4,10}. Apesar de originalmente a hérnia de Littre ter sido descrita como a presença de um divertículo de Meckel no saco herniário de uma hérnia femoral, ela pode aparecer como hérnias inguinais (50%), umbilicais (20%), femorais (20%) ou outros tipos de hérnias (10%)^{1,4,11}. O diagnóstico da hérnia de Littre geralmente faz-se no intra-operatório, e sua complicação mais freqüente é o estrangulamento⁶.

Alguns autores discutem os riscos e os benefícios da retirada de um divertículo de Meckel em achados ocasionais durante laparotomias. Essa conduta poderia levar a um aumento das chances de complicações pós-operatórias, aumentando assim a morbi-mortalidade de um determinado procedimento. O que se sabe é que divertículos sintomáticos devem ser retirados, e que sua manipulação deve ser evitada em pacientes portadores de doença de Crohn, pelo grande risco de formação de fistulas enterocutâneas. Outro dado relevante, é que as chances de complicações diminuem conforme avança a idade do paciente^{7,8}.

Discute-se também a forma de retirada do divertículo. Alguns autores preconizam a retirada em cunha do mesmo, preservando a borda mesenterial. A literatura descreve que a incidência de mucosa ectópica chega a 75%⁹. Quando existir uma úlcera péptica em borda mesenterial, a retirada em cunha manterá essa úlcera, podendo persistir sangramentos gastrointestinais no pós-operatório⁸. A enterectomia segmentar, por sua vez, previne esse tipo de complicação, sendo então indicada nos casos de sangramentos e perfurações intestinais.

Por esse motivo, é padronizado no Serviço de Cirurgia Pediátrica da FMABC a realização da secção em cunha para a retirada do divertículo de Meckel nos casos assintomáticos, em achados intra-operatório, como no caso relatado pelos autores.

Conclusão

A hérnia de Littre é uma afecção cirúrgica rara, cujo diagnóstico é feito geralmente no intra-operatório. Os autores concluem que uma vez diagnosticada a hérnia de Littre, e por sua vez o divertículo de Meckel, este deve ser retirado por ressecção em cunha e enterorrafia, seguida da correção do saco herniário, evitando assim complicações futuras relacionadas ao divertículo de Meckel.

Referências bibliográficas

1. Perez ME, Arjona MR, Garcia AP. Leiomyosarcoma in a Littre's hernia. *Eur J Surg* 159: 445-446, 1993.
2. Yachouchy EK, Marano AF, Etienne JC, Fingerhut AL. Meckel's Diverticulum. *J Am Coll Surg* 192(5): 658-62, 2001.
3. Moore KL. Sistema Digestivo In: Embriologia clínica, 5.ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988, p. 224-248.
4. Nyhus LM, Bmbeck CT, Klein MS. In: Sabiston, Tratado de Cirurgia, 15 ed. Guanabara Koogan, 1988, p. 1074-80.
5. Braz A. Divertículo de Meckel. *Pediatria Moderna* 21(4):225-226, 1986, Maio.
6. Ravikumar K.; Khope, S.; Ganapathi BP. Littre's hernia in a child- an operative surprise (a case report). *J Postgard Med* 35(2): 112-3, 1989.
7. Arnold JF, Pellicane JV. Meckel's Diverticulum: a ten years experience. *Am J Surg* 63(4):354-5, 1997.
8. Tupo FJ, Aburahma A. Meckel's Diverticulum in a femoral hernia: a Littre's hernia. *South Med J* 80(5): 655-6, 1987.
9. Das PC, Rao PL, Radhakrishna K. Meckel's Diverticulum In Children. *J Postgard Med*, 38(1): 19-20, 1992.
10. Cirillo F, Troiano L, Mortini B, Agarossi M, Riboldi O. Ernia inguinal con diverticolo di meckel strozzato (ernia del Littre). Osservazione di un caos e revisione della letteratura. *Minerva Chir* 46(11): 627-30, 1991.
11. Medrano J, Dávila D, Narbona B, et al. Estrangulacion herniaria Del divertículo de meckel: hérnia de Littre. Apreposito de cuatro casos. *Rev Esp Enferm Apar Dig* 76(5): 443-6, 1989.