

# HÉRNIA DE PETERSEN RECIDIVADA APÓS BYPASS GÁSTRICO EM Y-DE-ROUX: RELATO DE CASO

## RECURRENT PETERSEN'S HERNIA AFTER ROUX-EM-Y GASTRIC BYPASS: CASE REPORT

### Autores

Régis Vilela Leal<sup>1</sup>  
Jurandir Marcondes Ribas Filho<sup>2</sup>  
Samuel Rabello<sup>1</sup>  
Isabela Prado Domingos<sup>3</sup>  
Fábio Yonamine<sup>1</sup>  
Rodrigo Francisco Pintel Cruz

1. Professor do Departamento de Medicina do UNIVAG

2. Professor Titular da FEPAR, Membro Titular do CBCD

3. Departamento de Nutrição da UNIC

### RESUMO

**Introdução:** A obesidade tem crescido em todo o mundo, e consequentemente o número de cirurgias bariátricas vem acompanhando esse crescimento. O bypass gástrico é considerado o padrão ouro, e traz consigo uma complicação relativamente comum que é a Hérnia de Petersen, devido à dificuldade técnica e falta de um padrão para o fechamento do espaço de Petersen. **Relato de caso:** Trata-se de uma paciente com diagnóstico de hérnia de Petersen recidivada, submetida a laparoscopia para redução da hérnia e fechamento do espaço de Petersen.

**Palavras-chave:** Obesidade. Cirurgia Bariátrica. Bypass Gástrico. Hérnia de Petersen Recidivada.

### ABSTRACT

**Introduction:** Obesity has grown all over the world, and consequently the number of bariatric surgeries has been accompanying this growth. Gastric bypass is considered the gold standard, and brings with it a relatively common complication that is Petersen's Hernia, because technical difficulty and lack of a standard for the closure of Petersen space. **Case Report:** The patient diagnosed with recurrent Petersen hernia, submitted to laparoscopy to reduce the hernia and close the Petersen space.

**Keywords:** Obesity. Bariatric Surgery. Gastric Bypass. Recurrent Petersen's Hernia.

### INTRODUÇÃO

---

É notório o significativo crescimento da obesidade configurando-

1. Sjöström L, Lindroos AK, Petlonen M, Torgerson J, Boucharde C, Carlsson B et al. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *N Engl J Med* 2004;351:2683–2693.

2. Buchwald H, Oien DM. Metabolic/bariatric surgery worldwide 2011. *Obes Surg* 2013; 23: 427–436.

3. Petersen W. Ueberdarmveschlingung nach der gastro-enterostomie. *Arch Klin Chir* 1900;62:94–114.

4. Rodríguez A, Mosti M, Sierra M, Pérez-Johnson R, Flores S, Dominguez G et al. Small bowel obstruction after antecolic and antegastric laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: could the incidence be reduced? *Obes Surg* 2010;20:1380–1384.

5. Geubbels N, Lijftogt N, Fiocco M, Van Leersum NJ, Wouters MWJM, de Brauw LM. Meta-analysis of internal herniation after gastric bypass surgery. *Br J Surg* 2015; 102(5):451–60.

9. Obeid A, McNeal S, Breland M, Stahl R, Clements RH, Grams J. Internal hernia after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *J Gastro intest Surg* 2014;18(2):250–5.

se ultimamente como uma pandemia, ocasionando o aumento da prevalência de doenças crônicas associadas; a cirurgia bariátrica é o tratamento mais eficaz na redução de peso e resolução de comorbidades na população obesa mórbida<sup>1</sup>, porém é a forma mais invasiva para alcançar esse resultado; dessa forma expõe o paciente a uma maior taxa de complicações. Dentre as diferentes técnicas operatórias o bypass gástrico em Y de Roux é considerado o padrão ouro, correspondendo a aproximadamente 45% das operações para tratamento da obesidade mórbida realizadas no mundo<sup>2</sup>. A hérnia de Petersen, é uma complicação possível em pacientes submetidos ao bypass gástrico; é um tipo específico de hérnia interna, no qual o intestino delgado migra entre o mesocólon transversal e o mesentério da alça alimentar, anastomosada ao pouch gástrico<sup>3</sup>, essa migração da alça intestinal pelo espaço de Petersen, que pode chegar a 14% dos pacientes operados<sup>4</sup>, pode evoluir com obstrução do trânsito intestinal alto, diminuição da irrigação vascular da alça, podendo apresentar sofrimento de alça, isquemia e necrose da alça intestinal. A apresentação clínica é caracterizada por sintomas inespecíficos de obstrução como náuseas, vômitos logo após alimentação<sup>9</sup>, inapetência, odinofagia, dor abdominal em andar superior irradiada para dorso que leva a um retardo no diagnóstico, com possibilidade de uma lesão intestinal evoluindo inclusive com óbito<sup>5</sup>.

## RELATO DE CASO

Paciente E.R.S. feminina, 38 anos em pós-operatório tardio de bypass gástrico para tratamento de obesidade mórbida, deu entrada no pronto atendimento com quadro clínico de dor abdominal difusa, tipo cólica há 72 horas de caráter progressivo, mais intensa em região mesogástrica, irradiada para dorso, associada a náuseas e vômitos, com piora após alimentação e tendo como fator de melhora posição de decúbito dorsal. Ao exame físico estava em regular estado geral, lúcida e orientada no tempo e espaço, eupneica, normocorada, desidratada +++/4, FC: 98bpm, FR: 18irpm; abdome timpânico, flácido, doloroso a palpação profunda difusamente, sem sinais de irritação peritoneal, RHA diminuídos, sem vísceromegalias.



Figura1: Tomografia de Abdome evidenciando presença de Hérnia de Petersen com rotação dos vasos mesentéricos.

Logo após a admissão, a paciente foi submetida a estabilização clínica com sintomáticos para analgesia, pró-cinéticos, protetor gástrico e hidratação venosa. Foi realizado exame de tomografia computadorizada de abdome total (figura1) sugerindo hérnia de Petersen. A paciente foi submetida ao procedimento videolaparoscópico, sendo evidenciado presença de hérnia de Petersen recidivada, com sofrimento de alça jejunal em terço proximal (figura2).

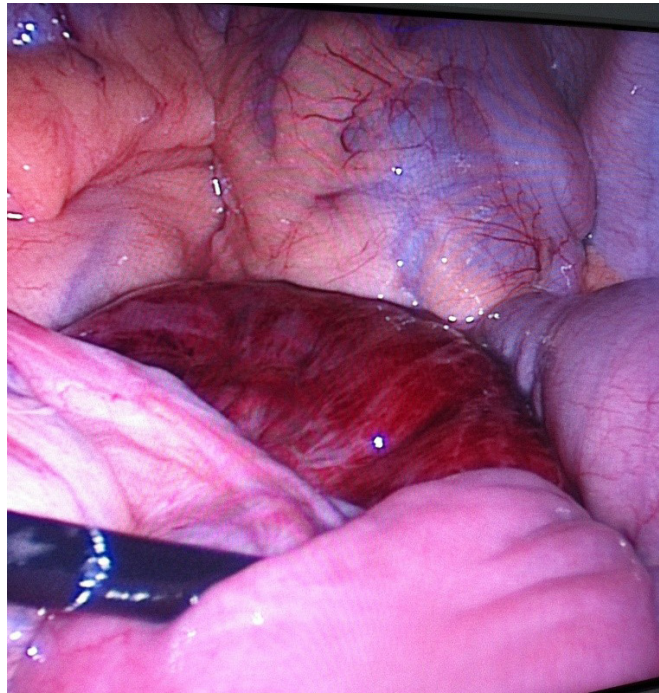


Figura2 - Mostrando alça jejunal com sofrimento devido isquemia.

Sendo realizada a redução do conteúdo herniário (figura3) e posterior fechamento do espaço de Petersen com sutura contínua com fio inabsorvível, sem necessidade de enterectomia. A paciente recebeu alta hospitalar 24 horas após o procedimento cirúrgico.

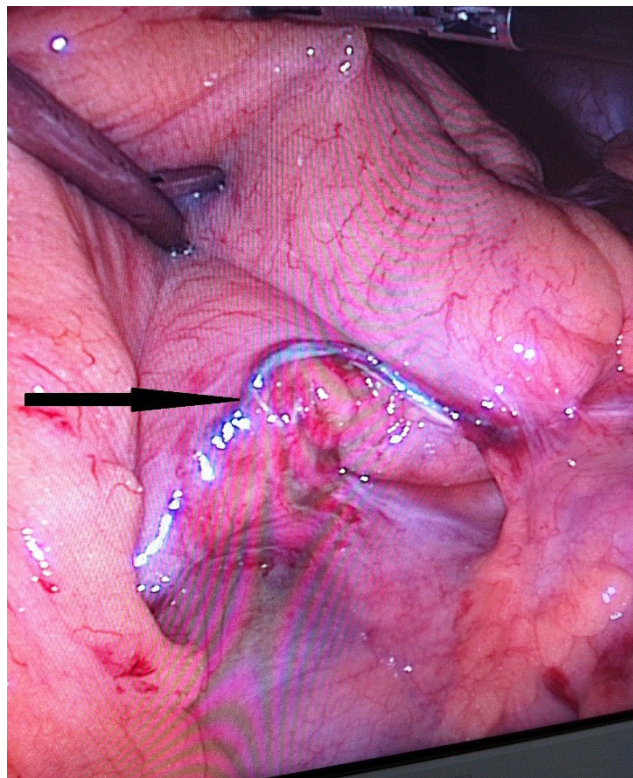


Figura3 - Espaço de Petersen aberto, com a presença de fio de sutura inabsorvível da cirurgia prévia.

6. Chaim EA, Ramos AC, Cazzo E. Mini-gastric bypass: description of the technique and preliminary results. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2017;30(4):264-266.

7. Hope WW, Sing RF, Chen AY, Lincourt AE, Gersin KS, Kuwada TS et al. Failure of mesenteric defect closure after Roux-en-Y gastric bypass. *JSL* 2010;14:213-216.

8. Murad-Junior AJ, Scheibe CL, Campelo GP, Lima RC, Murad LMMRP, Santos EPR et al. Fixing jejunal maneuver to prevent petersen hernia in gastric bypass. *ABCD Arq Bras Cir Dig* 2015;28(Supl.1):69-72.

9. Obeid A, McNeal S, Breland M, Stahl R, Clements RH, Grams J. Internal hernia after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *J Gastro Intest Surg* 2014;18(2):250-5.

10. Ramos AC, Silva ACS, Ramos MG, Canseco EGC, Galvão-Neto MP, Menezes MA et al. Simplified gastric bypass: 13 years of experience and 12.000 patients operated. *ABCD Arq Bras Cir Dig* 2014;27(Supl.1):2-8.

## DISCUSSÃO

A melhor forma de prevenção da ocorrência de hérnia interna é o fechamento efetivo do espaço de Petersen; no entanto, este fechamento é tecnicamente difícil de ser executado, promovendo resistência entre os cirurgiões quanto ao seu emprego rotineiro, apesar da curva de aprendizado ter melhorado visto que o número de cirurgias bariátricas têm aumentado. Não há consenso a respeito da técnica a ser empregada para o fechamento do espaço de Petersen, como por exemplo, sobre extensão da sutura entre os mesentérios, quanto ao tipo de sutura, contínua ou separada, se procede com a fixação do jejuno proximal no mesentério<sup>6</sup>. Além disso o fechamento do espaço de Petersen durante o ato operatório, não garante a resolução do defeito, por toda a vida do paciente<sup>7</sup>.

A recidiva da Hérnia de Petersen que pode chegar a 3,8% dos pacientes<sup>8,9</sup> apresenta um potencial de complicação aumentado, quando comparada com a Hérnia de Petersen de um paciente que não fora submetido ao fechamento, na ocasião da cirurgia. Uma vez que se o espaço de Petersen se mal fechado, a brecha por onde há a migração da alça jejunal é menor, aumentando as chances de lesão desta alça<sup>9,10</sup>.

Dessa forma, a apresentação da hérnia de Petersen recidivada apresenta uma morbidade e mortalidade maior, e um atraso no diagnóstico visto que cirurgião não pensará diretamente na recidiva; dando-se como diagnóstico de exclusão.

## CONCLUSÃO

Pelo presente caso e o crescente número de cirurgias bariátricas evidencia-se a necessidade de uma definição e padronização de um método mais eficaz para fechamento de defeitos mesentéricos após cirurgia de bypass gastrointestinal, visando minimizar os riscos para o paciente.

## REFERÊNCIAS

---

1. Sjöström L, Lindroos AK, Petlonen M, Torgerson J, Bouchard C, Carlsson B et al. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *N Engl J Med* 2004;351:2683–2693.
2. Buchwald H, Oien DM. Metabolic/bariatric surgery worldwide 2011. *Obes Surg* 2013; 23: 427–436.
3. Petersen W. Ueberdarmveschlingung nach der gastro-enterostomie. *Arch Klin Chir* 1900;62:94–114.
4. Rodríguez A, Mosti M, Sierra M, Pérez-Johnson R, Flores S, Dominguez G et al. Small bowel obstruction after antecolic and antegastric laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: could the incidence be reduced? *Obes Surg* 2010;20:1380–1384.
5. Geubbels N, Lijftogt N, Fiocco M, Van Leersum NJ, Wouters MWJM, de Brauw LM. Meta-analysis of internal herniation after gastric bypass surgery. *Br J Surg* 2015; 102(5):451–60.
6. Chaim EA, Ramos AC, Cazzo E. Mini-gastric bypass: description of the technique and preliminary results. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2017;30(4):264-266.
7. Hope WW, Sing RF, Chen AY, Lincourt AE, Gersin KS, Kuwada TS et al. Failure of mesenteric defect closure after Roux-en-Y gastric bypass. *JSLS* 2010;14:213–216.
8. Murad-Junior AJ, Scheibe CL, Campelo GP, Lima RC, Murad LMMRP, Santos EPR et al. Fixing jejunal maneuver to prevent petersen hernia in gastric bypass. *ABCD Arq Bras Cir Dig* 2015;28(Supl.1):69-72.
9. Obeid A, McNeal S, Breland M, Stahl R, Clements RH, Grams J. Internal hernia after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass. *J Gastro intest Surg* 2014;18(2):250-5.
10. Ramos AC, Silva ACS, Ramos MG, Canseco EGC, Galvão-Neto MP, Menezes MA et al. Simplified gastric bypass: 13 years of experience and 12.000 patients operated. *ABCD Arq Bras Cir Dig* 2014;27(Supl.1):2-8.