

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

*PETERSEN'S HERNIA AFTER GASTRIC BYPASS IN ROUX-IN-Y*

Régis Vilela **LEAL**<sup>1</sup>, Samuel **RABELLO**<sup>1</sup>, Isabela Prado **DOMINGOS**<sup>1</sup>, Fábio **YONAMINE**<sup>1</sup>, Fernanda Marcondes **RIBAS**<sup>2</sup>, Rodrigo Francisco Pintel **CRUZ**<sup>1</sup>, Guilherme Andrade **COELHO**<sup>2</sup>, Flavia Vernizi **ADACHI**<sup>2</sup>, Mariane Wehmuth Furlan **EULALIO**<sup>2</sup>, Paulo Afonso Nunes **NASSIF**<sup>1,2</sup>

REV. MÉD. PARANÁ 1671

## INTRODUÇÃO

É notório o significativo crescimento da obesidade configurando-se ultimamente como uma pandemia. Ocasionalmente 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 expondo o paciente à 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 complicação possível em pacientes submetidos a ele. É um tipo específico de hérnia interna, na qual o intestino delgado migra entre o mesocólon transverso e o mesentério da alça alimentar, anastomosada na bolsa gástrica<sup>3</sup>. Essa migração, que pode chegar a 14% dos pacientes operados<sup>4</sup>, tem potencial para evoluir com obstrução do trânsito intestinal alto, diminuição da irrigação vascular da alça, sofrimento dela, isquemia e necrose.

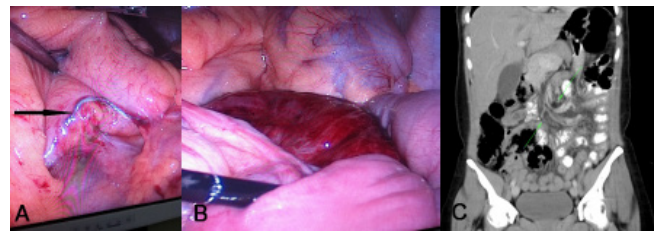
A apresentação clínica é caracterizada por sintomas inespecíficos de obstrução como náuseas, vômitos logo após alimentação<sup>9</sup>, inapetência, odinofagia, dor abdominal em andar superior irradiada para dorso que leva ao retardo no diagnóstico, com possibilidade de lesão intestinal evoluindo inclusive com óbito<sup>5</sup>.

## RELATO DO CASO

Mulher de 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 h 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, 98 batimentos por minuto, 18 movimentos respiratórios, abdome timpânico, flácido, doloroso à palpação profunda difusamente, sem sinais de irritação peritoneal, RHA diminuídos, sem visceromegalias.

Logo após a admissão, ela foi submetida à estabilização clínica com sintomáticos para analgesia, pró-cinéticos, pro-

tetor gástrico e hidratação venosa. Foi realizada tomografia computadorizada de abdome total (Figura A) sugerindo hérnia de Petersen. Ela foi submetida a procedimento videolaparoscópico, sendo evidenciada hérnia de Petersen recidivada, com sofrimento de alça jejunal em terço proximal (Figura B), e realizada redução do conteúdo herniário (Figura C) e posterior fechamento do espaço de Petersen com sutura contínua com fio inabsorvível, sem necessidade de enterectomia. Recebeu alta hospitalar 24 h após o procedimento cirúrgico.



**FIGURA - A) TOMOGRAFIA DE ABDOME EVIDENCIANDO PRESENÇA DE HÉRNIA DE PETERSEN COM ROTAÇÃO DOS VASOS MESENTÉRICOS; B) ALÇA JEJUNAL COM SOFRIMENTO DEVIDO À ISQUEMIA; C) ESPAÇO DE PETERSEN ABERTO, COM A PRESENÇA DE FIO DE SUTURA INABSORVÍVEL DA OPERAÇÃO ANTERIOR.**

## 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 operações bariátrica tem 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<sup>6</sup> ou separada, ou se procede com a fixação do jejuno proximal no mesentério. Além disso o fechamento do espaço de Petersen durante o ato operatório, não garante a resolução do defeito<sup>7</sup>. A recidiva da hérnia de Petersen pode chegar a 3,8% dos pacientes<sup>8,9</sup>; apresenta potencial de complicação aumentado, quando comparada com a hérnia de Petersen de paciente que não fora submetido ao fechamento, na ocasião da operação. Esse espaço tendo sido

Trabalho realizado no<sup>1</sup> Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva, São Paulo, SP, Brasil; <sup>2</sup> Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

**DESCRITORES** - Obesidade. Cirurgia bariátrica. Bypass gástrico. Hérnia de Petersen recidivada.

**HEADINGS** - Obesity. Bariatric surgery. Gastric bypass. Recurrent Petersen's hernia

Endereço para correspondência: Régis Vilela Leal  
Endereço eletrônico: regisvleal@hotmail.com

mal fechado, na brecha por onde ocorre a migração é menor, aumentando as chances de lesão da alça<sup>9,10</sup>. Dessa forma, a apresentação da hérnia de Petersen recidivada apresenta morbidade e mortalidade maior e atraso no diagnóstico, visto que cirurgia não pensará diretamente na recidiva.

Assim, o crescente número de operações bariátricas evidencia a necessidade de padronização a método mais eficaz para fechamento de defeitos mesentéricos após 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. Ueberdamveschlingung 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. *JLS* 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 Gastrointest 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.
-