

Hernia de Petersen en paciente con antecedente de bypass gastroileal por obesidad. A propósito de un caso.

María del Carmen Azorín, José Carlos Vaqué, María Jesús Segura, Matías Gómez, Rodolfo Rodríguez, Andrés Frangi, Félix Checa.

Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo. Hospital de Sagunto, Valencia, España.

E-mail: mcazosam16@gmail.com

Recepción (primera versión): 23-Enero-2020

Aceptación: 4-Febrero-2020

Publicación online: N^o Octubre 2020

Resumen:

La cirugía bariátrica es una disciplina en auge por la elevada incidencia de obesidad mórbida. Para su tratamiento se emplean técnicas como el bypass gástrico laparoscópico y otras técnicas bariátricas con anastomosis gastrointestinales. La incidencia de aparición de hernias internas en el postoperatorio tardío tras la cirugía bariátrica oscila entre 0,4 y el 8,8 %. La hernia de Petersen es infrecuente, pero suele manifestarse más allá del primer año de la intervención de cirugía bariátrica, la tomografía computerizada (TC) es el gold estándar para el diagnóstico radiológico y supone una urgencia quirúrgica porque puede comprometer la vida del paciente. Se presenta el caso clínico de una paciente con una hernia de Petersen tras bypass gastroileal.

Palabras clave:

- Obesidad mórbida
- Cirugía Bariátrica
- Hernia de Petersen

Petersen's hernia in a patient with a gastroileal bypass due to obesity. A case report.

Summary:

Bariatric surgery is of great importance due to the high incidence of morbid obesity. Techniques such as gastric bypass laparoscopic and other bariatric techniques with gastrointestinal anastomosis are used for its treatment. The incidence of internal hernias in the late postoperative period after bariatric surgery ranges from 0.4 to 8.8%. Petersen's hernia is rare, but usually manifests itself beyond the first year of bariatric surgery, TC is the gold standard for radiological diagnosis and it's a surgical emergency because it can compromise the patient's life. We describe a case of a patient with a Petersen hernia after gastroileal bypass. An entity that alerts the anesthesiologist to the possibility of being in the presence of a patient with a possible difficult.

Keywords:

- Obesity morbid
- Bariatric Surgery
- Petersen's hernia

Introducción

La cirugía de la obesidad ha tomado una gran importancia en las últimas décadas debido al aumento de la incidencia de la obesidad mórbida a nivel mundial. El bypass gástrico laparoscópico y otras técnicas bariátricas con anastomosis gastrointestinales son técnicas muy empleadas para el tratamiento de la obesidad mórbida. El abordaje laparoscópico disminuye la morbimortalidad de esta cirugía y permite una recuperación clínica e incorporación a la vida laboral más rápida. Sin embargo, una de las posibles complicaciones en el postoperatorio tardío tras bypass gástrico y otras técnicas bariátricas con anastomosis gastrointestinales son la aparición de hernias internas (1,2). La hernia de Petersen se produce por la protusión de las asas intestinales a través del defecto que se origina entre el asa alimentaria ascendida y el mesocolon transversal, cuando se realiza una reconstrucción en Y de Roux. Es una complicación silente,

con una presentación clínica insidiosa y subaguda que, si no es diagnosticada a tiempo, puede comprometer la vida del paciente.

Presentamos el caso clínico de una paciente con antecedente de bypass gastroileal que presentó como complicación tardía una hernia interna de Petersen.

Caso clínico

Presentamos a una mujer de 31 años con antecedente de obesidad mórbida intervenida en otro centro hospitalario hacía 4 años realizándose un bypass gastroileal de una sola anastomosis, tipo Billroth 2. Tras la cirugía hubo una pérdida ponderal de peso importante de 55 kg presentando un IMC de 30,4.

La paciente acudió al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por un cuadro de dolor abdominal localizado en mesogastrio, fosa iliaca derecha (FID) y en ambas fosas



lumbares de 48 h de evolución. Se encontraba afebril, sin náuseas ni vómitos y con tránsito intestinal mantenido.

A la exploración la paciente presentaba buen estado general, se encontraba afebril, hemodinámicamente estable y consciente y orientada. El abdomen era blando y depresible, se palpaba una masa de unos 5 cm en mesogastrio y en FID, dolorosa a la palpación.

En las pruebas complementarias se identificó mediante ecografía abdominal una sospecha de invaginación ileoileal (Figura 1), apreciando una agrupación de adenopatías que juntas sumaban 42 x 8 mm en mesogastrio, que conformaba la cabeza de la invaginación, con una lámina de líquido libre en proximidad y no se evidenciaron signos de obstrucción intestinal.

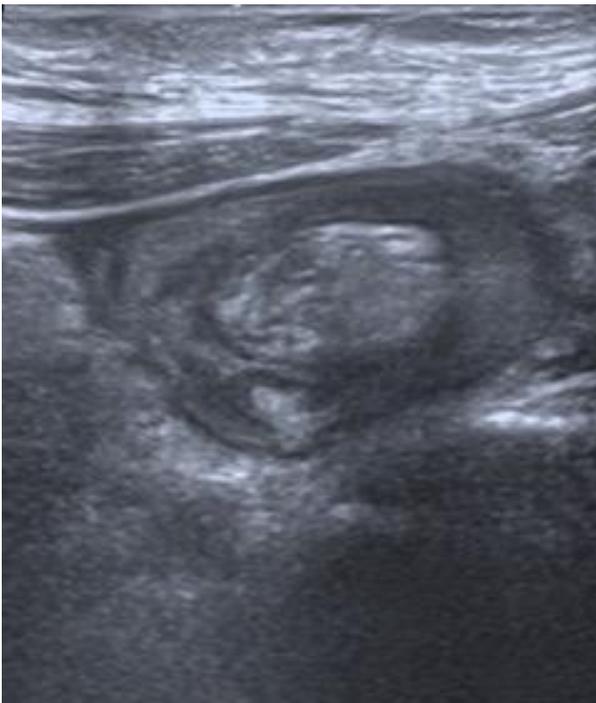


Figura 1

Ante la sospecha diagnóstica de una invaginación ileoileal, la paciente fue intervenida de forma urgente. Se realizó una laparoscopia diagnóstica en la que se identificó una hernia interna por el espacio de Petersen por debajo del mesenterio del asa eferente con herniación casi completa del asa eferente y aferente, junto a escasa cantidad de líquido libre quiloso a nivel subdiafragmático y en gotiera paracólica derecha. Se redujo completamente las asas de intestino delgado que producían la hernia interna por espacio de Petersen (figura 2), las cuales se encontraban con signos congestivos, pero sin signos de sufrimiento intestinal, por lo que no fue preciso realizar resección intestinal. Se procedió al cierre completo del orificio de Petersen con sutura continua de monofilamento (figura 3).



Figura 2



Figura 3

Tras la intervención la paciente presentó una evolución clínica favorable, con buena tolerancia a la dieta oral, por lo que al tercer día postoperatorio fue alta domiciliaria.

La paciente siguió controles clínicos en consulta externa de Cirugía encontrándose asintomática.

Discusión

La hernia del espacio de Petersen fue descrita por primera vez en 1900 por Walther Petersen (3). Su presentación clínica era muy frecuente en la era de la cirugía de la úlcera péptica, sin embargo, con el ocaso de ésta, su incidencia también disminuyó. Actualmente ha retomado importancia por la mayor incidencia de bypass gástrico laparoscópico y otras técnicas bariátricas (4).

La incidencia de aparición de hernias internas en el postoperatorio tardío tras la cirugía bariátrica oscila entre 0,4 y el 8,8 % (1,2). La aparición de una hernia de Petersen es infrecuente, pero suele manifestarse más allá del primer año de la intervención de cirugía bariátrica y tras un importante descenso de peso, siendo ésta la principal causa que se estipula.

La presentación clínica es variable e insidiosa, en general los pacientes refieren episodios de dolor abdominal difuso o localizado (principalmente en el hemiabdomen izquierdo), constante o intermitente, asociado o no a vómitos. También puede manifestarse como un dolor

crónico recurrente, pospandrial, que requiere múltiples consultas médicas y realización de pruebas complementarias no concluyentes.

En este contexto clínico, se debe recurrir a pruebas complementarias radiológicas, siendo la tomografía computerizada (TC) abdominopélvica con contraste oral e intravenoso, la principal prueba que permite realizar el diagnóstico precozmente. Los hallazgos tomográficos más característicos son rarefacción de la grasa mesentérica, signo del remolino (arremolinamiento de los vasos mesentéricos), distensión de asas de intestino delgado en el hipocondrio izquierdo, desplazamiento anterior y a la derecha del ángulo de Treitz, asas intestinales agrupadas en contacto con la pared abdominal anterior, morfología en "hongo" del mesenterio, agrandamiento de ganglios linfáticos, asas de intestino delgado por encima del nivel gástrico o por detrás de la arteria mesentérica superior y la anastomosis distal yeyuno-yeyunal de disposición derecha (5-7).

Cuando existe esta sospecha clínica es importante realizar una exploración quirúrgica de urgencia. Siempre que sea posible se debería realizar una laparoscopia diagnóstico-terapéutica, siendo posible la conversión a cirugía abierta si el equipo quirúrgico no cuenta con la experiencia laparoscópica o si por esta vía no es posible corregir el defecto (8).

En esta cirugía se debe realizar: 1) La correcta identificación de las brechas mesentéricas, por lo que es imprescindible conocer la anatomía de los defectos del mesenterio postoperatorio. 2) La reducción no traumática del intestino herniado y la identificación del ciego e ileon distal para proseguir con la visualización del resto del intestino a nivel proximal y evaluando su viabilidad. 3) El cierre completo de todos los defectos mesentéricos con sutura continua de material irreabsorbible (5,6).

Existe controversia sobre el cierre primario de los orificios herniarios durante la cirugía bariátrica. Muchos autores afirman que el cierre primario de los defectos mesentéricos generados durante el bypass gástrico y otras técnicas bariátricas con anastomosis gastrointestinales presentan un descenso de la aparición de hernias internas en el postoperatorio (9-11). Sin embargo, otros autores no encuentran diferencias estadísticamente significativas entre realizar y no realizar la sutura de los orificios herniarios. En el caso de cierre de los defectos algunos autores sugieren realizarlos con sutura irreabsorbibles, ya que puede ayudar a disminuir la incidencia de hernias internas (12-14).

En nuestra paciente se realizó únicamente ecografía abdominal, a pesar de que la TC abdominopélvica es la prueba de elección para la identificación de hernias internas en el paciente con antecedente de cirugía bariátrica. Se presentó la sospecha diagnóstica de invaginación ileoileal, siendo ésta una de los posibles diagnósticos diferenciales a plantear frente a las hernias internas en el paciente bariátrico.

Esta sospecha diagnóstica fue suficiente para indicar cirugía urgente, practicándose una laparoscopia diagnóstico-terapéutica y evidenciando durante la misma la hernia de Petersen.

Conclusión

La hernia del espacio de Petersen es una entidad que todos los cirujanos, y especialmente los especialistas en cirugía bariátrica, deben conocer y saber identificar la posible aparición tardía de este fenómeno tras el bypass gástrico laparoscópico u otras técnicas bariátricas con anastomosis gastrointestinales. Es importante su sospecha clínica cuando se presenta con dolor abdominal inespecífico, siendo el TC abdominal la prueba ideal para su diagnóstico. Es una patología que puede comprometer la vida del paciente, por lo que requiere la realización de una laparoscopia diagnóstico-terapéutica urgente.

Fuentes de financiación

El presente caso clínico no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés

Bibliografía

1. Higa K, Boone K, Arteaga González I, López-Tomasetti Fernández E. Cierre mesentérico en el bypass gástrico laparoscópico: técnica quirúrgica y revisión de la literatura. *Cir Esp*. 2007; 82(2): 77-88. DOI: 10.1016/S0009-739X(07)71673-1.
2. Al Harakeh AB, Kallies KJ, Borgert AJ, Kothari SN. Bowel obstruction rates in antecolic/antegastric versus retrocolic/retrogastric Roux limb gastric bypass: A meta-analysis. *Surg Obes Relat Dis*. 2016; 12: 194-8. DOI: 10.1016/j.soard.2015.02.004.
3. Petersen W. Ueber darmveschlingung nach der gastroenterostomie. *Arch Klin Chir*. 1900; 62:94-114.
4. Higa D, Ho T, Boone Kb. Internal hernias after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: incidence, treatment and prevention. *Obesity Surgery*. 2003; 13: 350-4
5. Avellaneda NL, Marchese MF, Oliva MR, Rovegno FA, Espil G y cols. Hernia de Petersen después de bypass gástrico. *Rev Argent Cirug*. 2017; 109 (2): 73-78.
6. J. Zamarin M, I Court R, J Bravo L, JE Contreras P. Hernia del Espacio de Petersen: complicación tardía del bypass gástrico laparoscópico. *Rev Chil. Cir*. 2014; 66 (6): 536-42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262014000600005>
7. Carrera C, De Luca S, Andraca F, Muscillo L, Andrés S, Eyheremendy E. Hernia de Petersen. Complicación del bypass gástrico: hallazgos tomográficos. *Rev. Argent. Radiol*. 2012; 76 (3): 241-44.
8. Faria G, Preto J, Pimenta T. Petersen space Hernia: a rare but expanding diagnosis. *Int J Surg Case Rep*. 2011; 2:140-3.
9. Hara K, Hayashi T, Nakazono M, et al. An easy and reliable method to close Petersen's defect using barbed suture to prevent internal hernia from developing after gastrectomy with Roux-en-Y reconstruction. *Asian J Endosc Surg*. 2019;1-4.
10. Blockhuy M, Gypen B, Heyman S, Valk J, van Sprundel F, Hendrickx L. Internal hernia after laparoscopic gastric bypass: Effect of closure of the Petersen defect- single-

center study. *Obes Surg.* 2019; 29 (1): 70-75. DOI: 10.1007/s11695-018-3472-9.

11. Delko T, Kraljević M, Köstler T, Rothwell L, Droeser R, Potthast S, et al. Primary non-closure of mesenteric defects in laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: reoperations and intraoperative findings in 146 patients. *Surg Endosc.* 2016; 30:2367-737. DOI: 10.1007/s00464-015-4486-1.

12. Rosas U, Ahmed S, Leva N, Garg T, Rivas H, Lau J, et al. Mesenteric defect closure in laparoscopic Roux-en-Y gastric

bypass: a randomized controlled trial. *Surg Endosc.* 2015;29:2486-90. DOI: 10.1007/s00464-014-3970-3.

13. Al-Mansour MR, Mundy R2, Canoy JM3, Dulaimy K4, Kuhn JN5, Romanelli J. Internal hernia after laparoscopic antecolic Roux-en-Y gastric bypass. *Obes Surg.* 2015;25(11):2106-11. DOI: 10.1007/s11695-015-1672-0.

14. Clapp B. Small bowel obstruction after laparoscopic gastric bypass with nonclosure of mesenteric defects. *JSLs.* 2015;19(1):e2014.00257. DOI: 10.4293/JSLs.2014.00257..

© 2020 seco-seedo. Publicado por bmi-journal. Todos los derechos reservados.