

MÉTODO SIMPLES PARA DIAGNOSTICAR HÉRNIA DE PETERSEN COMPROMETENDO A ALÇA BILIOPANCREÁTICA

A simple method for the diagnosis of Petersen's hernia compromising the biliopancreatic limb

Carlos Alberto PERIM¹, Marcelo Arimatéia Esteves GUEDES¹,
Marcus Flávio Carvalho e CARVALHO¹, Políbio Guedes
Ferreira LOPES¹, Romeo Lages SIMÕES¹

Como citar este artigo: Perim CA, Guedes MAE, Carvalho MFC, Lopes PGF, Simões RL. Método simples para diagnosticar hérnia de Petersen comprometendo a alça biliopancreática. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2019;32(1):e1429. DOI: /10.1590/0102-672020180001e1429

Trabalho realizado no ¹Hospital São Lucas, Governador Valadares, MG, Brasil

Correspondência:

Carlos Alberto Perim
E-mail: carlosalbertoperim@yahoo.com.br

DESCRIPTORIOS – Obesidade. Cirurgia bariátrica. Técnica cirúrgica. Bypass gástrico laparoscópico. Hérnia de Petersen.

HEADINGS - Obesity. Bariatric surgery. Surgical technique. Laparoscopic gastric bypass. Petersen's hernia.

Fonte de financiamento: não há

Conflito de interesse: não há

Recebido para publicação: 17/01/2017

Aceito para publicação: 22/11/2018

INTRODUÇÃO

A incidência das hérnias internas no bypass gástrico em Y-de-Roux laparoscópico é de 0,5-9,7%^{2,7}. O diagnóstico de obstrução intestinal deve ser sempre suscitado na presença de dor abdominal em pacientes previamente submetidos a ele por via laparoscópica. As hérnias internas são as principais causas de obstrução intestinal após esse procedimento cirúrgico¹⁴, e podem ocorrer através da brecha mesentérica ao nível da anastomose enteroenteral ou pelo espaço de Petersen, situado entre o mesocólon transverso e o mesentério da alça alimentar elevada à bolsa gástrica por via antecólica e antegástrica. A obstrução intestinal mais frequente, e também mais grave, é aquela decorrente de hérnia de Petersen envolvendo a alça biliopancreática, por ser de alça fechada.

Na hérnia de Petersen o diagnóstico pode ser dificultado por um quadro clínico inespecífico de obstrução intestinal: dor abdominal aguda e persistente ou crônica e intermitente, localizada ou difusa; é possível não haver náusea e vômitos; flatos podem continuar a ser eliminados e o abdome permanecer não distendido³. O exame do abdome geralmente não é relevante. Contudo, o diagnóstico precoce da hérnia de Petersen é fundamental para a indicação de operação de urgência, impedindo que ocorram consequências graves e até fatais^{10,11}. O estudo radiográfico simples de abdome é de pouco valor, sendo

a tomografia computadorizada o melhor método de imagem para confirmar o diagnóstico. Todavia, ela falha em 20-30% dos pacientes com hérnia de Petersen⁵. Além disso, nem sempre há a disponibilidade de um tomógrafo ou de um profissional adequadamente qualificado para a interpretação do exame, e o cirurgião permanece com a incerteza e responsabilidade de qual conduta a ser definida.

Pensando nessas dificuldades é que idealizamos um método bastante simples, na tentativa de confirmar o diagnóstico precoce da hérnia de Petersen envolvendo a alça biliopancreática:

O método tem por base a anatomia normal, em que a alça jejunal mais próxima do ângulo duodenojejunal está localizada sempre à esquerda da coluna vertebral, e após o bypass gástrico laparoscópico, a única maneira desse segmento do jejuno passar para o lado direito da coluna é através do espaço de Petersen.

MÉTODO

No bypass gástrico laparoscópico o tempo inicial consiste em inventário das alças jejunais, momento em que se aplicam dois cliques metálicos no mesentério, afastados 1 cm um do outro e à 10 cm do ângulo duodenojejunal (Figura 1).

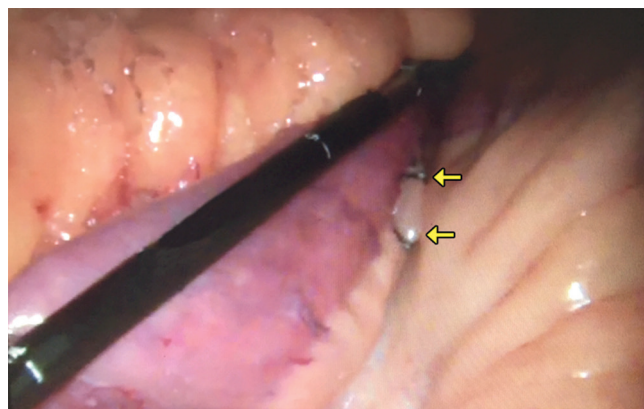


FIGURA 1 - Dois cliques fixados no mesentério da alça biliopancreática a 10 cm do ângulo duodenojejunal e à esquerda da coluna vertebral

Os cliques fixados ao mesentério estarão sempre localizados à esquerda da coluna vertebral e serão facilmente vistos em uma radiografia simples de abdome (Figura 2).



FIGURA 2 – Estudo radiográfico simples de abdome, revelando os dois cliques em posição normal, à esquerda da coluna vertebral

Nos casos de hérnia de Petersen a alça biliopancreática ao deslizar por detrás da alça alimentar leva junto os cliques, que estarão, então, posicionados à direita da coluna vertebral, e radiografia simples de abdome confirma o diagnóstico (Figura 3).



FIGURA 3 – Estudo radiográfico simples de abdome mostrando os dois cliques do lado direito da coluna vertebral. Neste caso, o diagnóstico de hérnia de Petersen foi confirmado na laparoscopia.

RELATO DO CASO

No período de fevereiro de 2016 a dezembro de 2017, 165 pacientes foram submetidos ao bypass gástrico em Y-de-Roux por via laparoscópica, nos quais aplicamos dois cliques metálicos no mesentério do jejuno, a 10 cm do ângulo duodenojejunal. O espaço de Petersen não foi fechado em 142 pacientes (86%) e fechado nos últimos 23 (13,9%).

Dentre esses 165 pacientes, em um foi reconhecido hérnia de Petersen, ou seja, cliques à direita da coluna vertebral. O diagnóstico foi feito por radiografia simples do abdome (Figuras 3). Os demais tinham os cliques sistematicamente à esquerda da coluna.

DISCUSSÃO

O método proposto tem por base a anatomia normal, em que a alça jejunal próxima do ângulo duodenojejunal está localizada sempre à esquerda da coluna vertebral (Figura 2). Após o bypass gástrico laparoscópico, a única maneira desse segmento do jejuno passar para o lado direito da coluna é através do espaço de Petersen. Ocorrendo hérnia de Petersen a alça biliopancreática, ao deslizar por detrás da alça alimentar, leva junto os cliques, que estarão, então, posicionados à direita da coluna vertebral (Figura 3).

Há o consenso atual de que todos os espaços mesentéricos devem ser fechados no bypass gástrico em Y-de-Roux laparoscópico, o que reduz a incidência de hérnias internas¹⁵. Entretanto, em inúmeros pacientes o fechamento do espaço de Petersen não foi ou ainda não é feito, devido à maior dificuldade técnica. O fechamento desse espaço não é isento de complicações e podem reabrir^{6,8}. Hérnias que ocorrem através de orifícios originados na linha de sutura para o fechamento do espaço de Petersen são mais propensas à isquemia intestinal do que as que ocorrem quando esse espaço é mais amplo ao não ser fechado. Em qualquer circunstância, ocorrendo obstrução da alça biliopancreática o quadro é potencialmente catastrófico, por ser de alça fechada, com evolução mais rápida para necrose intestinal.

A fixação da alça biliopancreática ao mesocólon transverso, com o objetivo de prevenir a ocorrência de hérnia de Petersen, é a única proposta alternativa ao fechamento do espaço de Petersen descrita na literatura¹². Todavia, que seja do nosso conhecimento, não há ainda evidência médica da eficácia dessa técnica.

Independente do fechamento ou não do espaço de Petersen, hérnias podem ocorrer através desse espaço em qualquer momento no pós-operatório do bypass gástrico laparoscópico, e o importante nessa circunstância é o diagnóstico precoce. É o que o método acima descrito pretende assegurar. Necessitando de dois cliques metálicos aplicados ao mesentério para ser executado, não causa riscos para os pacientes, praticamente não aumenta o tempo operatório e é de custo desprezível. Se a opção for a TC, a imagem dos cliques será igualmente destacada e fácil de ser visualizada, mesmo por quem não tem experiência na interpretação desse exame (Figura 4).



FIGURA 4 - TC de abdome: cliques em posição normal, à esquerda da coluna vertebral em caso de obstrução na anastomose enteroenteral, não de hérnia de Petersen, que regrediu com tratamento conservador (TC de controle revelando contraste no cólon ascendente).

No estudo radiográfico simples de abdome, os cliques estarão localizados à direita da coluna vertebral quando existe hérnia de Petersen (Figura 5).



FIGURA 5 - TC de abdome interpretada como normal. Todavia, revisão cirúrgica posterior revelou cliques à direita da coluna vertebral, sinalizando hérnia de Petersen

O método delineado será especialmente valioso na avaliação de grávidas com suspeita de hérnia de Petersen¹⁶, quando uma simples radiografia limitada ao abdome superior possibilitará o diagnóstico com muito menos carga de irradiação que a tomografia.

Na ocorrência de hérnia de Petersen em pacientes submetidos à colecistectomia laparoscópica prévia, a distinção entre os cliques fixados no ducto e artéria cística e os cliques mesentéricos se fará pela somatória e posição dos cliques, além da ausência de cliques à esquerda da coluna vertebral.

Obstruções intestinais após o bypass gástrico em Y-de-Roux laparoscópico podem decorrer, mais raramente, de várias outras causas - aderências, coágulos e intussuscepções - e comprometer outros segmentos intestinais, inclusive a alça alimentar¹⁴. Nessas eventualidades, se não houver o envolvimento concomitante da alça biliopancreática o método preconizado não permitirá o diagnóstico, porque os cliques permanecerão à esquerda da coluna vertebral. Independente de resultados de qualquer exame de imagem, o cirurgião deve manter alto grau de suspeição e não hesitar na indicação de operação de urgência em casos de dor abdominal persistente sem causa estabelecida após o bypass gástrico em Y-de-Roux laparoscópico¹³.

REFERÊNCIAS

1. Capella RF, Lanasse VA, Capella JF. Bowel obstruction after open and laparoscopic gastric surgery for morbid obesity. *J Am Coll Surg* 2006; 203(3): 328-35
2. Hwang RF, Swartz DE, Felix EL. Causes of small bowel obstruction after laparoscopic gastric by-pass. *Surg Endosc* 2004; 18 (11): 1631-35.
3. Quebbemann BB, Dallal RM. The orientation of the antecolic Roux limb markedly affects the incidence of internal hernias after laparoscopic gastric bypass. *Obes Surg* 2005; 15(6): 766-70
4. Comeau E, Gagner M, Inabnet WB, Herron DM, Quinn TM, Pomp A. Symptomatic internal hernias after laparoscopic bariatric surgery. *Surg Endosc* 2005; 19 (1): 34-9.
5. McBride CL, Petersen A, Sudan D, Thompson J. Short bowel syndrome following bariatric surgery procedures. *Am J Surg* 2011; 21: 1822-27
6. Moore KA, Oiang DW, Whang EE. Maternal and fetal deaths after gastric bypass surgery for morbid obesity. *N Engl J Med* 2004; 351: 721-22
7. Goudsmedt F, Devigat B, Coenegrachts K, Van de Mortelee K, Dillemans B. Internal hernia after laparoscopic antecolic Roux-en-Y gastric bypass: a correlation between radiological and operative findings. *Obes Surg* 2015; 25(4): 622-27.
8. Lochard ME, Tessler FN, Canon CL, Clement RH. Internal hernia after gastric bypass: sensitivity and specificity of seven CT findings with surgical correlation and control. *Am J Roentgenol* 2007; 188(3): 745-50
9. Rodrigues A, Mosti M, Sierra M. Small bowel obstruction after antecolic antegastric laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: Could the incidence be reduced? *Obes Surg* 2010; 20: 1380-84.
10. Hop WW, Sing RF, Chen AY. Failure of mesenteric defect closure after Roux-en-Y gastric bypass. *JLS* 2010; 13: 213-1.
11. Kristensen SD, Floyd AK, Naver L, Jesse P. Does closure of mesenteric defects during laparoscopic gastric bypass surgery causes complications? *Surg Obes Relat Dis* 2015; 11(2): 459-64.
12. Murad-Júnior AJ, Scheibe CL, Campelo GP, Lima RC, Murad LM, Santos EP, Ramos AC, Valadão JA. Manobra de fixação jejunal para prevenção de hérnia de Petersen em bypass gástrico. *Arq Bras Cir Dig* 2015; 28 (supl. 1): 69-72.
13. Torres-Villalobos GM, Kelloqq TA, Leslie DB, Antanavicius G, Andrade RS, Slusarek B, Prosen TL, Ikramuddin S. Small bowel obstruction and internal hernias during pregnancy after gastric bypass surgery. *Obes Surg* 2009; 19(7): 944-51
14. Baker JK, Budde van Namen YW, Bruin SC, Brawn LM. Gastric bypass and abdominal pain: think of Petersen hernia. *JLS* 2012; 16(2): 311-13.
15. Fabozzi M, Contull RB, Millo P, Allieta R. Intestinal infarction by internal hernia in Petersen's space after laparoscopic gastric bypass. *World J Gastroenterol* 2014; 20(43): 16349-54
16. Paroz A, Calmes JM, Giusti V, Suter M. Internal hernia after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass for morbid obesity: a continuous challenge in bariatric surgery. *Obe Surg* 2006; 16(11): 1482-87.