

# Hérnia de Petersen recidivada após bypass gástrico em Y de Roux: relato de caso

## *Petersen's hernia recurrent after Roux-em-Y gastric bypass: case report*

Marcos Augusto de Carvalho<sup>1</sup>, Gabriel Schiavon de Lima<sup>2</sup>, Gisele Aparecida Fófano<sup>3</sup>, Luiza Eduarda da Silva<sup>2</sup>, Mariane Santos Antonieto<sup>2</sup>, Marina Carvalho de Souza Lima<sup>4</sup>, Taynara Caroline Pereira<sup>2</sup>

### RESUMO

O *bypass* gástrico laparoscópico em Y de Roux (LRYGB) é, atualmente, um dos métodos mais utilizados nas cirurgias bariátricas. Esse procedimento possui riscos e complicações inerentes às cirurgias, porém distingue-se pela possibilidade de o paciente vir a desenvolver uma hérnia de Petersen/hérnia interna (HI). O relato de caso tem o objetivo de descrever um caso raro de HI recidivada que evoluiu após LRYGB. O caso contempla uma mulher de 38 anos, internada em um hospital da Zona da Mata Mineira, que apresentava dores abdominais difusas e distensão abdominal, semelhantes às apresentadas há dois anos, quando foi diagnosticada com HI. Em virtude da história clínica, patológica pregressa e da sintomatologia da paciente, foi indicada uma videolaparoscopia, em que foi identificada uma HI em gordura mesentérica de enteroenteroanastomose prévia, e posteriormente realizada uma nova herniorrafia.

**Palavras-chave:** Relato de caso; *Bypass* gástrico; Y de Roux; Cirurgia bariátrica; Hérnia de Petersen recidivada.

<sup>1</sup> Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais, Minas Gerais, Brasil.

<sup>2</sup> Centro Universitário Governador Ozanam Coelho, Minas Gerais, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

<sup>4</sup> Instituto Metropolitano de Ensino Superior, Minas Gerais, Brasil.

#### Editor Associado Responsável:

Dr. Claudemiro Quireze Jr.  
Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.  
Goiânia/GO, Brasil.

#### Autor Correspondente:

Taynara Caroline Pereira  
Faculdade de Medicina, Centro Universitário Governador Ozanam Coelho, Ubá, Minas Gerais.  
E-mail: taynarapereira103@gmail.com

#### Conflito de Interesse:

Os autores declaram não ter conflitos de interesse.

#### Comitê de Ética:

Número do parecer – 6.143.786.

#### Fontes apoiadoras:

Não houve fontes apoiadoras.

Recebido em: 23 Janeiro 2024.

Aprovado em: 3 Março 2024.

Data de Publicação: 19 Novembro 2024.

## ABSTRACT

Laparoscopic Roux-en-Y gastric *bypass* (LRYGB) is currently one of the most used methods in bariatric surgeries. This procedure has risks and complications inherent to surgery, however, it is distinguished by the possibility that the patient develops a Petersen hernia/internal hernia (IH). The case report aims to describe a rare case of relapsed IH that evolved after LRYGB. The case involves a 38-year-old woman, admitted to a hospital in Zona da Mata Mineira, who presented with diffuse abdominal pain and abdominal distension, similar to those presented two years ago, when she was diagnosed with IH. Due to the patient's previous clinical and pathological history and symptoms, a videolaparoscopy was indicated, in which IH was identified in mesenteric fat from a previous enteroenteroanastomosis, and a new herniorrhaphy was subsequently performed.

**Keywords:** Case report; Gastric *bypass*; Roux-en-Y; Bariatric surgery; Recurrent Petersen's hernia.

## INTRODUÇÃO

As cirurgias bariátricas têm se tornado cada vez mais frequentes, uma vez que é o método que apresenta maior eficácia para perda de peso sustentada no longo prazo. Ademais, tem como padrão-ouro o *bypass* gástrico laparoscópico em Y de Roux (LRYGB)<sup>1,2</sup>. Uma das complicações das cirurgias bariátricas que utilizam essa técnica é a hérnia interna (HI) ou hérnia de Petersen. Sua baixa incidência varia entre 0,5%-9,7%, por isso é de grande valia a discussão dessa complicação, em especial, por apresentar sintomas inespecíficos, como dor abdominal, náusea, vômitos, além da dificuldade do diagnóstico radiológico por serem intermitentes<sup>3-5</sup>.

Nesse sentido, se não abordada de forma precoce, pode evoluir com manifestações como obstrução intestinal, isquemia e perfuração intestinal, por isso o diagnóstico precoce é fundamental para a indicação de operação de urgência<sup>2,5</sup>. Dessa forma, diante da importância de se reconhecer e diagnosticar precocemente essa patologia, o presente relato tem o objetivo de descrever um caso raro de hérnia interna/hérnia de Petersen recidivada que evoluiu após cirurgia bariátrica por *bypass* gástrico laparoscópico em Y de Roux.

## MÉTODOS

Estudo descritivo do tipo relato de caso de uma paciente submetida à cirurgia videolaparoscópica em um hospital da Zona da Mata Mineira. As informações foram obtidas por meio de revisão dos prontuários médicos, laudos e registros fotográficos dos exames realizados e história clínica coletada em entrevista com a paciente. Foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

à paciente. Além disso, o presente relato foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, conforme definido na Resolução CNS 466/12 e aprovado sob o número do parecer 6.143.786, CAAE 70391023.0.0000.8108.

## RESULTADOS

Paciente feminina, 38 anos, admitida no hospital com quadro de dor abdominal difusa, associada à náusea, distensão abdominal e constipação intestinal há quatro dias. Refere episódio semelhante há dois anos, quando foi submetida à laparoscopia e visualizada hérnia de Petersen, sendo submetida à herniorrafia, sem nenhuma intercorrência no ato cirúrgico. Paciente informa eliminação de flatos e evacuações somente com uso de laxante e nega outras queixas. É alérgica à metoclopramida e nega comorbidades. Relata ter sido submetida à cirurgia bariátrica em Y de Roux há 4 anos.

Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, lúcida e orientada em tempo e espaço, anictérica, acianótica, afebril, hemodinamicamente estável, eupneica em ar ambiente, saturação 97% em ar ambiente, PA: 110/60, FR: 18 irpm, temperatura axilar: 37,5 °C, abdome plano, flácido e doloroso à palpação profunda em hipocôndrio esquerdo, sem sinais de irritação peritoneal.

Após a admissão, a paciente foi submetida à dieta zero e suporte clínico com sintomáticos para analgesia, antieméticos, protetor gástrico, hidratação venosa e insulinoaterapia, caso necessário. Foi realizado exame de tomografia computadorizada de abdome total, porém sem achados sugestivos. Devido à história clínica, à patológica progressiva da paciente e à sintomatologia associada, foi indicada a conduta

cirúrgica, sendo realizada a videolaparoscopia. Para início do processo cirúrgico, a paciente foi monitorizada, posicionada em decúbito dorsal sob anestesia geral e entubada (intubação orotraqueal - IOT). Realizou-se a assepsia do sítio cirúrgico e foi realizada punção com agulha de Veress para confecção de pneumoperitônio, criando a cavidade operatória. Foi realizada incisão supraumbilical com posterior passagem de trocater e passagem de ótica; em seguida, foram passados os demais trocateres sob visão direta. Durante avaliação da cavidade abdominal, observou-se fígado, baço, cólon, alças de delgado e bexiga de aspecto habitual; e foi identificada hérnia de Petersen localizada em gordura mesentérica de enteroenteroanastomose prévia (gastroplastia *bypass*), sucedida por herniorrafia para correção desta. Sem demais alterações, foi feita a revisão da hemostasia e a retirada dos demais trocateres sob visão direta, sucedendo o esvaziamento do pneumoperitônio e a sutura dos ferimentos em pontos de passagem de trocateres, finalizando com curativo estéril e encaminhamento da paciente à recuperação pós-anestésica.

No pós-cirúrgico, a paciente encontrava-se calma, lúcida, consciente e respirando em ar ambiente; contudo, estava pálida, alegando algia intensa em sítio cirúrgico e distensão abdominal. Foi medicada com sintomáticos para analgesia e excesso de gases, obtendo melhora no padrão da dor. No terceiro dia de pós-operatório, a paciente encontrava-se em repouso no leito, lúcida, responsiva, respirando em ar ambiente, com diurese espontânea, evacuação ausente, sem queixas algicas, recebendo, assim, alta hospitalar. Em casa, paciente relata apenas dores características do trauma transcorrido pela cirurgia, obtendo alívio após uso de sintomáticos prescritos em alta hospitalar.

## DISCUSSÃO

A paciente do relato, após dois anos da cirurgia bariátrica, foi submetida a uma primeira herniorrafia para correção de uma hérnia de Petersen diagnosticada por via laparoscópica. As hérnias internas são possíveis consequências das janelas mesentéricas formadas em decorrência do posicionamento do ramo alimentar durante a cirurgia em Y de Roux, dentre essas janelas está o espaço de Petersen<sup>6</sup>. Para prevenir a ocorrência de HI, deve-se realizar o fechamento desse espaço e de todos os defeitos criados durante a cirurgia, porém o fechamento não garante a resolução por toda a vida do paciente<sup>5</sup>. Dessa forma, mesmo após a correção, é possível que haja uma recidiva. Na história relatada, após dois anos da primeira herniorrafia, a paciente foi novamente diagnosticada com hérnia de Petersen. Nesses casos a recidiva pode chegar a 3,8% dos pacientes e apresenta um potencial de complicação aumentado e maior morbimortalidade, uma vez que se o espaço for mal fechado, a brecha por onde há a migração da alça jejunal é menor, aumentando as chances de lesão dessa alça<sup>6</sup>.

A paciente em questão apresentou quadro de dor abdominal difusa, associado à náusea, distensão abdominal e constipação intestinal, com eliminação apenas de flatos, uma sintomatologia semelhante ao episódio ocorrido após dois anos da cirurgia bariátrica, quando foi diagnosticada

a primeira hérnia de Petersen. Nos exames realizados, nada além da sintomatologia foi identificado, a tomografia computadorizada de abdome total realizada não apresentou alterações. Segundo a literatura, os sintomas da hérnia interna são inespecíficos, como dor abdominal pós-prandial, náusea e êmese e o exame do abdome geralmente não é relevante<sup>8</sup>. Os exames complementares geralmente não são específicos, o que torna o diagnóstico ainda mais desafiador. Ademais, achados tomográficos normais, mesmo com contraste nas fases iniciais, não afastam a possibilidade de HI, visto que, apesar de ser considerado o melhor método de imagem para confirmar o diagnóstico, apresenta falha em 20%-30% dos pacientes com hérnia de Petersen<sup>5</sup>. Nesse caso, a maior precisão é alcançada quando as alças intestinais já estão em estágio avançado de isquemia, e o diagnóstico só é confirmado durante a exploração cirúrgica, sendo a laparoscopia diagnóstica muito útil diante de um caso suspeito de hérnia interna<sup>6</sup>.

Portanto, diante da sintomatologia inespecífica apresentada pela paciente, acrescida da tomografia computadorizada de abdome total sem alterações, optou-se pela videolaparoscopia diagnóstica e terapêutica, pela qual identificou-se a presença da hérnia de Petersen em gordura mesentérica de enteroenteroanastomose prévia, confirmando a suspeita clínica baseada no histórico de cirurgia bariátrica em Y de Roux com episódio prévio de hérnia.

## CONCLUSÃO

A sintomatologia inespecífica associada à ausência de alterações nos exames pode dificultar o diagnóstico precoce de HI. Por isso, diante de um quadro como esse, é necessário correlacionar a clínica com a história progressiva do paciente. Ademais, nos casos suspeitos de hérnia interna, a laparoscopia torna-se um método útil para diagnóstico e tratamento. Portanto, é necessário que mais relatos de casos como esse sejam realizados para gerar conhecimento de uma patologia de baixa incidência e de difícil diagnóstico, para facilitar uma conduta mais precisa e rápida, assegurando um tratamento de melhor qualidade para o paciente e evitando possíveis complicações decorrentes de uma recidiva de hérnia interna.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

*Conceitualização, Investigação & Redação – rascunho original:* GSL; LES; MSA; TCP. *Curadoria de Dados:* MAC, GSL, MSA, MCSL. *Administração do Projeto, Supervisão, Validação:* MAC, GAF, MCSL. *Visualização:* MAC, GAF, GSL, LES, MSA, MCSL, TCP. *Análise Formal:* GAF. *Metodologia:* GAF, MSA, TCP. *Redação – revisão e edição:* GAF, GSL, LES, MSA, TCP.

## COPYRIGHT

Copyright© 2023 Carvalho et al. Este é um artigo em acesso aberto distribuído nos termos da Licença *Creative*

Commons Atribuição 4.0 Licença Internacional que permite o uso irrestrito, a distribuição e reprodução em qualquer meio desde que o artigo original seja devidamente citado.

## REFERÊNCIAS

1. Schauer PR, Bhatt DL, Kirwan J, Wolski K, Aminian A, Brethauer AS, et al. Bariatric Surgery versus Intensive Medical Therapy for Diabetes — 5-Year Outcomes. *N Engl J Med* [Internet]. 2017 Fev; [citado 2023 Mar 15]; 376(7):641-51. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5451258/>. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1600869>.
2. Santos EPR. Hérnia interna após derivação gástrica em Y de Roux por videolaparoscopia: fatores clínico preditivos para correção cirúrgica precoce [dissertação]. Pernambuco: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco; 2015; [citado 2023 Mar 15]; 49 p. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/22477>.
3. Di Capua F, Uccelli M, Cesana GC, Oldani A, Olmi S. An Unexpected High Rate of Internal Hernia in Our OAGB Experience as Revisional Surgery for Morbid Obesity. *Chirurgia (Bucur)* [Internet]. 2021 Out; [citado 2023 Mar 15]; 116(5):609-19. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34749857/>. DOI: <https://doi.org/10.21614/chirurgia.116.5.609>.
4. Ellsmere CJ. Bariatric operations: late complications with subacute presentations. *UpToDate* [Internet]. 2023; [citado 2023 Mar 15]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/bariatric-operations-late-complications-with-subacute-presentations>.
5. Perim CA, Guedes MAE, Carvalho MFC, Lopes PGF, Simões RL. A simple method for the diagnosis of Petersen's hernia compromising the biliopancreatic limb. *Arq Bras Cir Dig* [Internet]. 2019; [citado 2023 Mar 15]; 32(1):e1429. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30758477/> DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-672020180001e1429>.
6. Santos EPR, Santa Cruz F, Hinrichsen EA, Ferraz AAB, Campos JM. Internal hernia following laparoscopic roux-en-y gastric by-pass: indicative factors for early repair. *Arq Gastroenterol* [Internet]. 2019; [citado 2023 Mar 15]; 56(2):160-4. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31460580/>. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.201900000-32>.
7. Leal RV, Filho JMR, Rabello S, Domingos IP, Yonamine F, Cruz RFP. Hérnia de Petersen recidivada após by pass gástrico em Y-de-Roux: relato de caso. *COORTE* [Internet]. 2020; [citado 2023 Mar 15]; (10). Disponível em: <https://revistacoorte.com.br/index.php/coorte/article/view/149>. DOI: <https://doi.org/10.52908/coorte.v0i10.149>.
8. Baba A, Yamazoe S, Dogru M, Okuyama Y, Mogami T, Kobashi Y, et al. Petersen hernia after open gastrectomy with Roux-en-Y reconstruction: a report of two cases and literature review. *Springerplus* [Internet]. 2015; [citado 2023 Mar 15]; 4 (1):753. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4666877/>. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40064-015-1556-8>.

