



P-056 - ANÁLISIS DE LAS HERNIAS DE PETERSEN TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA LAPAROSCÓPICA

Hurtado, Andrea María; Agea, Belén; López, Pedro; Valero, María; Jiménez, Isabel María; Rodríguez, José María; Pastor, Patricia; Albarracín, Antonio

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Resumen

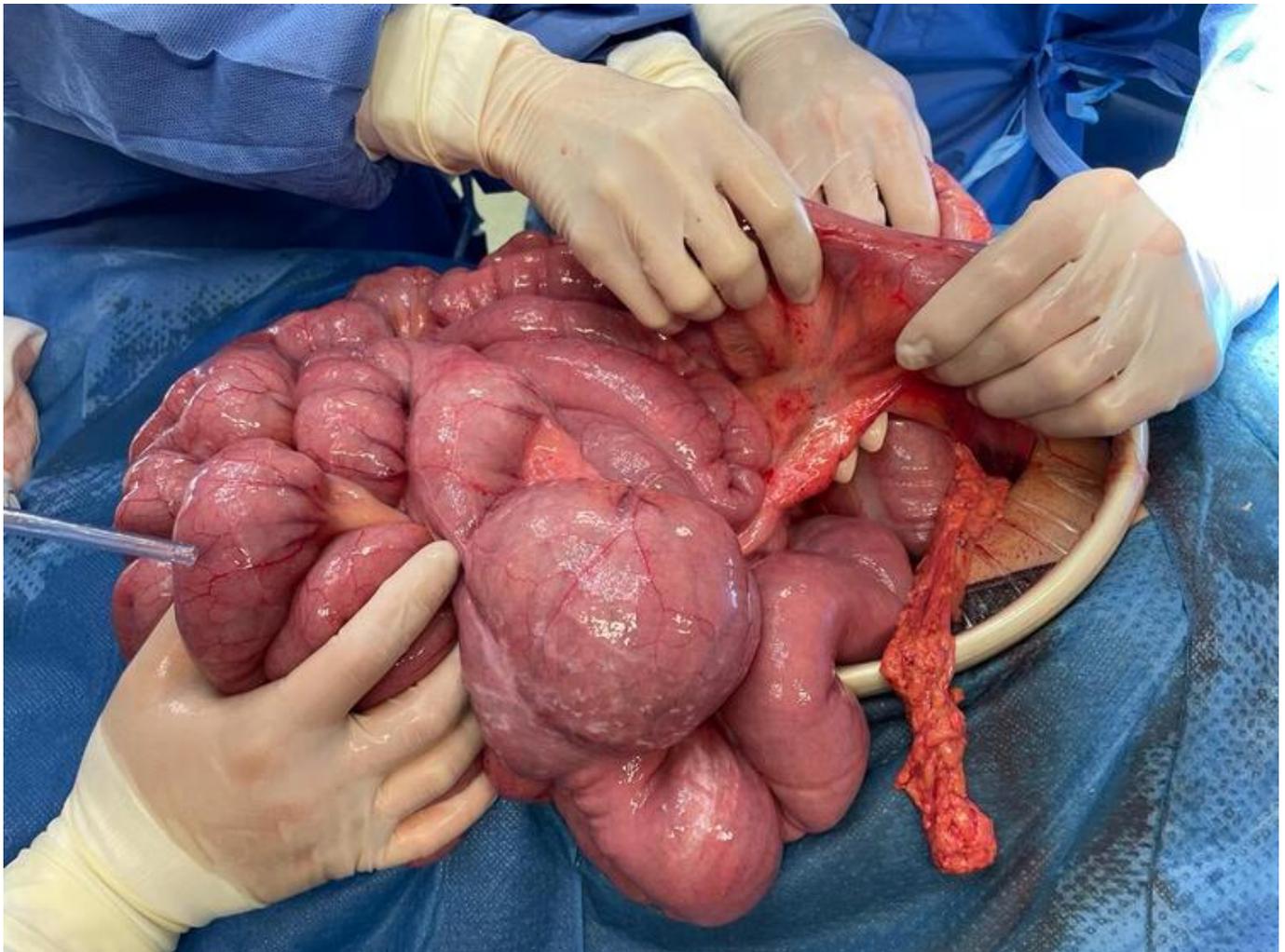
Introducción: El *bypass* gástrico laparoscópico se asocia con mayor incidencia de HI debido a la ausencia de adherencias y menor fijación del intestino delgado a estructuras adyacentes. La incidencia varía entre 0,2-9%, siendo más frecuente la HI a través del espacio de Petersen. Habitualmente se presentan en posoperatorio tardío tras la pérdida de peso y desaparición de grasa perivisceral que hace permeables pequeños defectos o espacios. El diagnóstico es un desafío ya que los síntomas son inespecíficos, generalmente presentan dolor abdominal asociado a la ingesta o persistente y se puede acompañar de vómitos. La tomografía computarizada (TC) es la técnica de elección y los hallazgos más distintivos son el “signo del remolino” e ingurgitación y edema de vasos mesentéricos, aunque en muchas ocasiones no es concluyente. Se trata de una emergencia quirúrgica, subsidiaria de laparoscopia exploradora incluso en casos de sospecha sin confirmación diagnóstica. El objetivo del presente trabajo es describir los casos de HI del espacio de Petersen valorando hallazgos radiológicos y tratamiento quirúrgico.

Métodos: Se realiza una revisión retrospectiva de los pacientes intervenidos por HI del espacio de Petersen en un hospital de segundo nivel entre enero de 2016 y diciembre de 2022.

Resultados: Se intervinieron a un total de 5 pacientes, 3 hombres (60%) y 2 mujeres (40%). Solo en uno de los casos (20%) la HI de Petersen se produjo entre el primer y segundo año tras la cirugía, en el resto de pacientes (80%) fue tras varios años posoperatorios. Tres pacientes (60%) ya habían presentado episodio anterior de obstrucción intestinal por HI. Todos los pacientes (100%) consultaron por dolor abdominal persistente que empeoraba tras la ingesta y en el 80% asociaban vómitos. A continuación se observa una tabla con los hallazgos más característicos que se hallaron en TC. La cirugía consistió en la reducción de las asas que se encontraran herniadas y el cierre del defecto mesentérico, realizando sutura continua irreabsorbible. En un caso hubo que asociar lisis de adherencias del pie de asa a peritoneo parietal y en otro se halló isquemia de asa de intestino delgado con parches de necrosis que requirió resección y anastomosis. Todos los pacientes (100%) evolucionaron favorablemente.

Hallazgos distintivos en TC	Número de pacientes
Edema mesentérico	2
Líquido libre intraperitoneal entre asa y en pelvis	2

Dilatación de asas de intestino delgado con elongación del meso	3
Ingurgitación de vasos mesentéricos	3
Signo del “remolino”	4
Signo del “hongo”	1
TC normal	1



Conclusiones: Debemos considerar la posibilidad de obstrucción intestinal por HI ante un paciente intervenido de *bypass* gástrico que consulta por dolor abdominal persistente y/o inespecífico en cualquier momento posoperatorio, ya que se trata de una emergencia quirúrgica y está indicada una laparoscopia exploradora en caso de sospecha aunque las pruebas complementarias no sean diagnósticas. Consideramos que hay que realizar el cierre de los orificios mesentéricos con sutura continua irreabsorbible.