

Hernia de Petersen

Dres. Jorge Pomi y Oscar Balboa

Presentación de un caso de hernia de Petersen en un paciente gastrectomizado Billroth II 10 años antes, con asa yeyunal necrosada. Comentario acerca de su etiopatogenia y profilaxis

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Intestinal Obstruction / Etiology.

INTRODUCCION

La cirugía gástrica ofrece una variada gama de complicaciones postoperatorias. De las originadas en errores de técnica quirúrgica, la hernia de Petersen es una complicación poco frecuente, pero de la que el cirujano debe estar alertado.

Presentamos el siguiente caso clínico.

OBSERVACION

L. R. Hombre de 58 años. H. de Clínicas. 248.215.

E. A.: comienza 48 horas antes con dolor en hipogastrio, insidioso, que luego se localiza en epigastrio. En el momento de la consulta el dolor es intenso, transfixiante, irradiado a dorso, calmado en posición fetal en los decúbitos laterales. Se provoca el vómito que no alivia el dolor. No alteraciones del tránsito intestinal ni urinario.

A. P.: gastrectomizado hace 10 años (Billroth II, transmesocólica).

Examen: intensamente dolorido, en posición fetal. Bien coloreado e hidratado.

Abdomen: cicatriz supraumbilical continente. Dolor epigástrico intenso, con contractura a ese nivel. No se palpan visceromegalias ni tumefacciones. Tacto rectal: Douglas indoloro.

Orificios herniarios y fosas lumbares normales.

El resto del examen es normal.

Rx simple de abdomen: "no hay gas subdiafragmático ni otros elementos patológicos como íleo regional".

Amilauria 512 UW. Resto de exámenes de laboratorio normales.

Ingresa con diagnóstico de: "Cuadro agudo de abdomen. Sufrimiento post-gastrectomía. Pancreatitis aguda?"

A las 24 horas de su ingreso al Hospital nos llega a Sala, donde lo vemos. Con los elementos clínicos y radiológicos de que disponemos, pensamos que se trata de una oclusión intestinal mecánica con compromiso

Clínica Quirúrgica "F" (Prof. Luis Praderi). Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Fac. Med. Montevideo, Uruguay.

vascular primario. Para ello la radiología nos resulta categórica: opacidad centroabdominal, gases en el delgado sin niveles hidroaéreos y gases y materias en el colon (Fig. 1). Estos elementos ya fueron descritos como característicos de este tipo de oclusiones (15).

Se interviene esa mañana, abordándose por una mediana supra-umbilical. Comprobamos que en el piso inframesocólico hay una brecha entre el mesocolon y el asa aferente, a través de la cual herniaron de izquierda a derecha unos 2 metros de intestino delgado. El asa más proximal, comprimida, estaba además esfacelada (fig. 2). Se trata de una hernia de Petersen de la variedad retroanastomótica, inframesocólica. Procedemos a la reducción de las asas, resección del asa necrosada y anastomosis término-terminal de

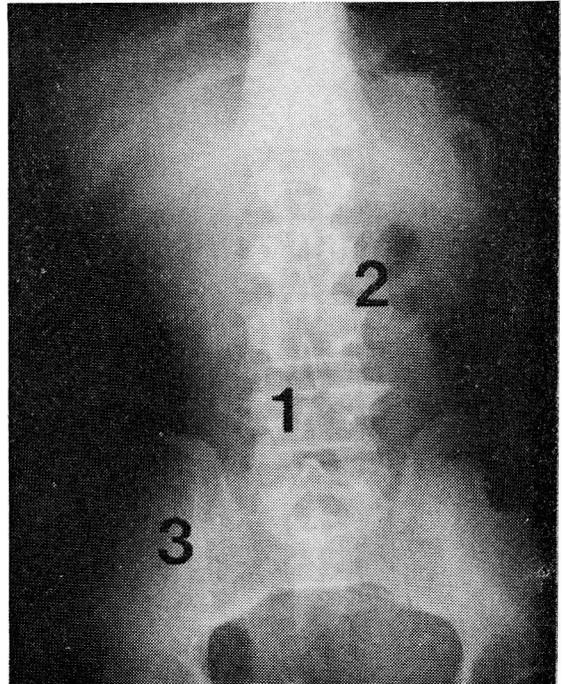


FIG. 1.—Radiografía simple de abdomen. Se observa los tres elementos característicos de una oclusión intestinal mecánica con compromiso vascular primario: 1) opacidad centroabdominal, 2) gases en el intestino delgado; y 3) gases y materias en el colon.

Presentado en la Sociedad de Cirugía el 3 de noviembre de 1976.

Asistente y Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica. Fac. Med. Montevideo.

Dirección: Br. Artigas 3386 Dr. J. Pomi.

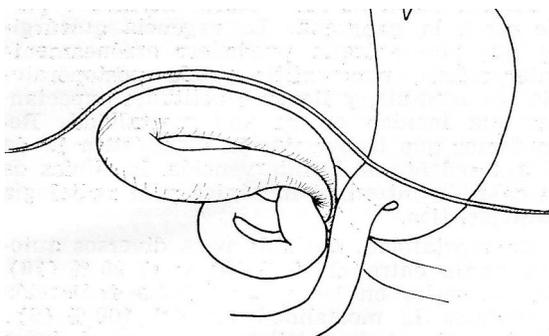


FIG. 2.—Mostramos en esquema el mecanismo de la hernia retroanastomótica de nuestro paciente. Las asas progresaron de izquierda a derecha por detrás del asa aferente, y una de ellas fue enlazada por otra, llevándola a la necrosis.

los cabos. Cierre de la brecha con puntos del asa aferente al mesocolon y peritoneo posterior.
Buena evolución postoperatoria.

COMENTARIO

La hernia de Petersen fue descrita por primera vez por Buddee (3) en 1897. Tres años

más tarde Petersen (11) refiere en forma exhaustiva 2 casos de hallazgo necrópsico, motivo por el que se conoce a esta entidad como hernia de Petersen.

Mayo (8) comunica el primer caso con tratamiento quirúrgico exitoso del mismo. Sucesivamente se han ido sumando a estas comunicaciones pioneras, otras, pero en ninguna de ellas hay grandes series personales, hecho éste justificado por su baja incidencia. Actualmente la adecuación de técnicas operatorias correctas y la aplicación de otros procedimientos quirúrgicos al tratamiento de la enfermedad ulcerosa duodenal, son factores que contribuyen a su escasa frecuencia.

En la bibliografía nacional, Silva (12) comentando los accidentes de la gastroenteroanastomosis, no presenta casuística al respecto. Posteriormente Suiffet (14), Catalano (4), etc., hacen respectivas comunicaciones. En el relato de Mernies (9) sobre Oclusión Intestinal al V Congreso Uruguayo de Cirugía no hay casuística referida. Tampoco en el análisis sobre 1.000 gastrectomías, realizado por Matteucci (7), está consignada esta complicación.

La literatura extranjera confirma su baja incidencia, Bastable y Huddy (2) presentan una serie personal de 8 casos, Viannay (16) refiere 1 caso en 100 gastrectomías y Stammer (13) otro en 600 operaciones. Seguramente la frecuencia depende en parte de la técnica utilizada y del seguimiento a largo plazo.

El episodio herniario ocurre luego de gastrectomía o gastroenterostomía, pre o trans-

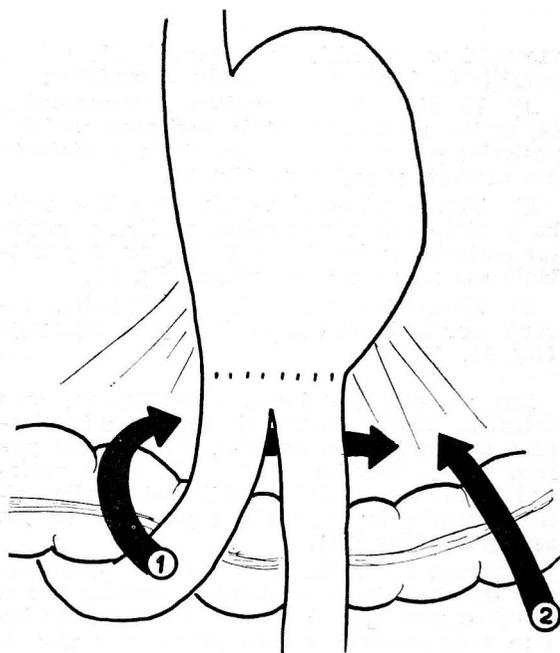
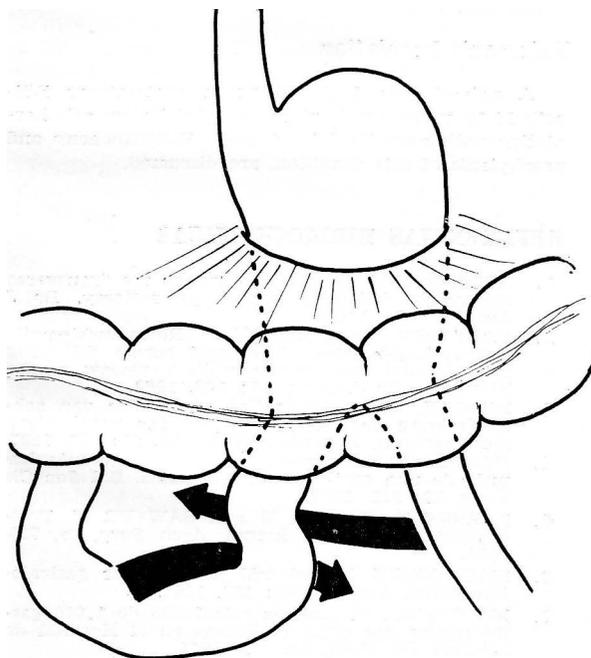


FIG. 3.—Vemos las 2 variedades de hernia de Petersen retroanastomótica, transmesocólica y precólica, así como la dirección en que pueden herniarse las asas, de

derecha a izquierda, o a la inversa. Es evidente la amplia brecha en la variedad precólica que permite los episodios de reducción espontánea.

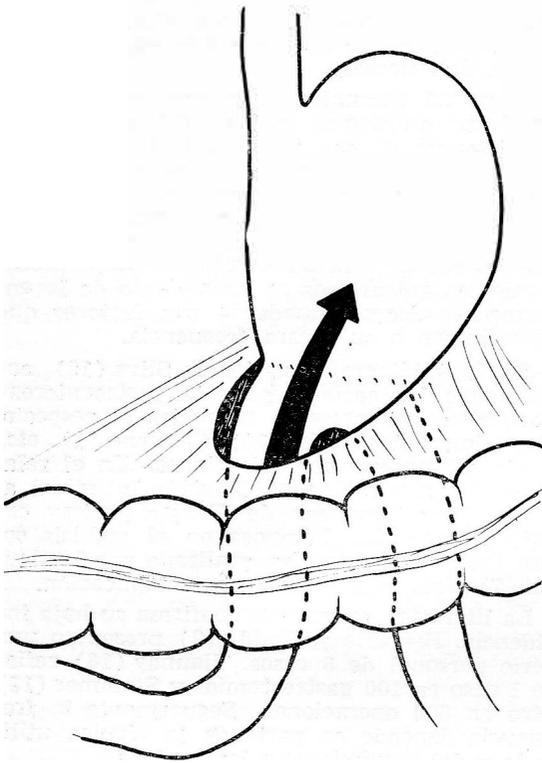


FIG. 4.—Vemos la variedad transmesocólica de la hernia de Petersen, la menos frecuente, con el anillo formado por el mesocolon y la anastomosis gástrico-yeyunal.

mesocólica. El anillo de estrangulación estará constituido básicamente según 3 modelos:

1) Hernia retroanastomótica inframesocólica, arriba mesocolon, atrás peritoneo parietal posterior y ángulo de Treitz, abajo y adelante asa aferente y estómago (fig. 3).

2) Hernia retroanastomótica precólica, arriba y atrás colon, mesocolon, peritoneo parietal posterior y ángulo de Treitz, abajo y adelante asa aferente y estómago (fig. 3).

3) Hernia transmesocólica con el anillo formado por la brecha mesocólica y el estómago (fig. 4).

Las vísceras herniadas, generalmente asas delgadas, pueden hacerlo de derecha a izquierda o de izquierda a derecha. Lo habitual parece ser de derecha a izquierda en la variedad 1. En la variedad precólica el amplio orificio permite la reducción espontánea de las asas protruidas (14).

Una vez concluida la anastomosis están dadas las condiciones anatómicas creadas por el cirujano para que el accidente ocurra. Se hallan comunicados periodos libres que van de 1 día (2) a 20 años (1); el paciente presentado hizo su complicación 10 años después. Hasta ese momento podemos encontrar antecedentes de episodios de dolor y vómitos incorrectamente interpretados, que corresponden a ac-

identes de atascamiento intermitentes, con reducción espontánea.

La evolución de las vísceras herniadas puede ser a la gangrena. La urgencia quirúrgica que ello entraña puede ser erróneamente interpretada, pancreatitis aguda postoperatoria por ejemplo, y llevar a actitudes expectantes que inciden en su alta mortalidad. Recordemos que la orientación diagnóstica la da el antecedente de la intervención, la clínica de la oclusión intestinal mecánica y la radiología característica.

La mortalidad, variable para diversos autores, oscila entre el 32 % (5) y el 90 % (10). En las series en las que no hubo indicación quirúrgica la mortalidad fue del 100 % (6). Obviamente el diagnóstico precoz es el único medio para bajar estos índices (5).

De lo arriba bosquejado concluimos: que será útil recordar oportunamente esta grave complicación en las circunstancias arriba señaladas, y que su óptimo tratamiento será su profilaxis.

RESUME

Hernie de Petersen.

Présentation d'un case de hernie de Petersen chez un patient ayant subi une gastrectomie Billroth II 10 ans plus tôt, avec l'anse jéjunale nécrosée.

Commentaires de caractère étiopathogénique et prophylactique.

SUMMARY

Petersen's herniation

A patient who had undergone gastrectomy Billroth II 10 years previously, presented Petersen's herniation with necrotic jejunal loop. Etiopathogeny and prophylaxis of this condition, are discussed.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ADDISON NV. Herniation through the transverso mesocolon following partial gastrectomy. *Br J Surg*, 47: 381, 1960.
2. BASTABLE J and HUDDY P. Retro-anastomotic hernia. Eight cases of internal hernia following gastrojejunal anastomosis, with a review of the literature. *Br J. Surg*, 47: 183, 1960.
3. BUDDEE, G. Demonstration eines falles von achsendrahlung des dunnarms und des zugehörigen mesenteriums. *Deutsch Med Wschr*, 23: 146, 1897.
4. CATALANO F. Estrangulación del asa aferente después de una gastrectomía antecólica. *Bol Soc Cir Urug*, 28: 212, 1957.
5. LARSEN R, SALIBA N and SAWYER K. Post-gastrectomy internal hernia. *Arch Surg*, 89, 725, 1964.
6. MARKOWITZ A. Internal hernia after gastrojejunostomy. *Surgery*, 49: 185, 1961.
7. MATTEUCCI P. Análisis estadístico de 1.000 gastrectomías por ulcus realizadas en el Hospital de Clínicas. *Cir Urug*, 44: 145, 1974.
8. MAYO WJ. Complications following gastroenterostomy. *Ann Surg*, 36: 321, 1902.
9. MERNIES G. Oclusión intestinal. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 5º, 1954.
10. MORTON C, ALDRICH E and HILL L. Internal hernia after gastrectomy. *Ann Surg*, 141: 759, 1955.

11. PETERSEN W. Über dramverschlingung nach der gastroenterostomie. *Langanbeck Arch. Klin Chir*, 62: 94, 1900.
12. SILVA JM. Accidentes de la gastroenterostomía. *Bol Soc Cir Urug*, 3: 304, 1932.
13. STAMMER F. Small-bowel obstruction following antecolic partial gastrectomy. *Br J Surg*, 40: 58, 1952.
14. SUIFFET W. Hernia interna post-gastroenterostomía. *Bol Soc Cir Urug*, 12: 344, 1941.
15. VALLS A, BALBOA O y TROSTCHANSKY J. Estrangulación intestinal. Algunos aspectos clínicos y radiológicos. *Cir Urug*, 40: 319, 1970.
16. VIANNAY C. Etranglement interne par passage d'anses grêles entre l'anse afférente et la colonne après gastro-entérostomie postérieure. *Mém. Acad. Chir*, 64: 1280, 1938.

DISCUSION

DR. O. BERMUDEZ.— Se trata de una complicación poco frecuente de la cirugía gástrica. Personalmente hemos tenido oportunidad de operar 3 hernias a nivel de la brecha mesentérico-colónica luego del montaje de la gastroyeyunoanastomosis. Una de ellas luego de una anastomosis transmecocolónica con asa corta realizada en forma habitual. La hernia se produjo 2 años después de operado el enfermo y ha-

biendo transcurrido sin incidencias postoperatorias. La brecha mesocolomesentérica que habitualmente se obtura por adherencia al mesocolón del asa anastomótica, había permanecido abierta y gran parte del intestino delgado se había trasladado de derecha a izquierda a través de ella. Pudo ser reducida sin incidencias y obstruir parcialmente la brecha mesenterico-colónica. Las otras 2 hernias se produjeron precozmente luego de anastomosis precolónicas donde la brecha es mayor y en ambos se trataba del asa aferente que sube a derecha, herniada hacia izquierda por detrás de la eferente. También fueron reducidas con facilidad y se realizó la aposición longitudinal de ambas asas para evitar su reproducción. Si bien es cierto que cualquier sector del intestino puede herniarse en la brecha mesentericocolónica, la aposición longitudinal de las asas aferente y eferente que hemos seguido realizando como complemento del montaje precolónico, evita los mecanismos que hemos observado en estos 2 casos.

DR. POMI. (cierra la discusión).— Sólo nos resta agradecer el comentario del Dr. Bermúdez, que agrega tres casos a la casuística nacional.