



O-279 - HERNIA DE PETERSEN EN EL BY-PASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO EN Y DE ROUX POR OBESIDAD MÓRBIDA: IMPLICACIONES CLÍNICAS, DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS

Lirón Ruiz, Ramón José¹; Sánchez Salmerón, Isabel¹; Baeza Murcia, Melody¹; García García, María Luisa²; Torralba Martínez, Jose Antonio¹; Ramos Soler, Francisco José¹; Martín Lorenzo, Juan Gervasio¹; Aguayo Albasini, José Luis¹

¹Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia; ²Hospital General Rafael Méndez, Lorca.

Resumen

Objetivos: Presentar nuestra experiencia en esta complicación a través de una serie de casos, haciendo énfasis en su diagnóstico clínico, la importancia de la tomografía axial computarizada (TAC) como técnica de imagen diagnóstica y en su tratamiento.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo sobre una base de datos recogida de forma prospectiva de una serie de 415 pacientes intervenidos de by-pass gástrico en Y de Roux laparoscópico (BGYRL) en el Hospital General Universitario Morales Meseguer entre enero de 2005 y febrero de 2019. Todas las anastomosis gastroyeyunales se realizaron de manera antecólica. Desde mayo 2012 se cierra el espacio de Petersen durante la realización del by-pass gástrico. Han sido excluidos del estudio aquellos casos de hernias de Petersen en by-pass gástrico operados en otros Centros Hospitalarios, aquellos by-pass gástricos que se realizaron por reconversión de otros procedimientos bariátricos, aquellos reconvertidos a cirugía abierta, 1 caso de muerte postoperatoria precoz por TEP y 4 casos de pérdida de seguimiento por traslado a otra comunidad o país de origen.

Resultados: 11 pacientes presentaron una hernia del espacio de Petersen (2,65%), 7 hombres (63,6%) y 4 mujeres (36,4%) con una edad media de 45,8 años (rango 28-69). Todos (100%) la presentaron después del año de la cirugía. En todos los casos (100%) no se cerró el espacio de Petersen durante el BGYRL. La manifestación clínica más frecuente fue la epigastralgia (63,63%). En la TAC, el hallazgo más frecuente fue el arremolinamiento de los vasos mesentéricos (54,54%) (fig.) En 10 casos (90,90%) se realizó cirugía de revisión laparoscópica y en 1 caso (9,09%) cirugía urgente por vía laparotómica. En un caso (9,09%) se produjo recidiva de la hernia, tratada mediante cirugía de revisión laparotómica.



Conclusiones: La epigastralgia es el dato clínico de alerta más importante. La TAC resulta útil en el diagnóstico aunque no es específica y a veces tiene resultados negativos. Ante una TAC negativa y alta sospecha clínica compatible proponemos tratamiento quirúrgico. El tratamiento de elección es la cirugía de revisión y el cierre del espacio de Petersen con sutura irreabsorbible continua resaltando el papel de la cirugía laparoscópica. En recidivas y cuadros urgentes considerar la vía laparotómica. Recomendación de cerrar el espacio de Petersen siempre y cuando sea posible durante el BGYRL.