

Hernia perineal irreducible: abordaje combinado

Irreducible perineal hernia: a combined approach

José V. Barone, Rogelio D. Mancino, Rubén Fernández, Gastón Spósito, Agustín Bandoni

Hospital Vicente López y
Planes de General Rodrí-
guez, Buenos Aires.

Correspondencia:
vicbar60@hotmail.com

Introducción

Las hernias perineales son una protrusión del contenido abdominal por un defecto en el piso pélvico.¹ Se pueden clasificar en primarias (congénitas) y secundarias (posoperatorias).^{1,3}

La hernia perineal ha sido descrita en la especie humana, el perro y rara vez en el gato, la vaca y la oveja. Se menciona a Scarpa como el primero que informó un caso con esta patología en 1821, pero la mayoría coincide en que Garengot ya había presentado uno en 1736.³

Es la menos frecuente de todas las hernias si exceptuamos la hernia isquiática; la mayoría de los casos se producen entre los 40 y 60 años de edad.^{1,3}

La hernia anterior al músculo transverso superficial del periné parece estar limitada a la mujer y produce un abultamiento en el labio mayor de la vulva.

La hernia posterior al músculo transverso superficial del periné se presenta tanto en el hombre como en la mujer y produce un abultamiento entre el recto y la tuberosidad isquiática.

Ambos tipos de hernia perineal tienen su origen entre las fibras del músculo elevador del ano o entre este músculo y el cóccigeo.^{1,3,4}

Según las cifras publicadas, hay una clara predisposición hacia el lado derecho, aunque los autores han sido incapaces de explicar esta incidencia.

El soporte pélvico anatómico es complejo e incluye una red de músculos y fascias.

A grandes rasgos, el frente de la pelvis está limitado por la superficie interna de la sínfisis del pubis, mientras que los lados son formados por los músculos obturadores internos. El sacro ocupa una posición central en la pelvis posterior, con los músculos piriformes limitando más lateralmente la pelvis posterior. Estos músculos contienen fibras de contracción lenta y rápida y son inervados por los eferentes sacros S2-S4 en el lado pélvico y por las ramas de

los nervios pudendos en el lado perineal.^{1,2,4} Las fibras de contracción nerviosa lenta mantienen en reposo el tono del piso pélvico, mientras que las fibras de contracción nerviosa rápida se contraen durante aumentos de la presión intraabdominal. El complejo muscular del músculo elevador del ano se compone de tres músculos: el iliococcígeo, el pubococcígeo y el puborrectal.¹⁻³

Más allá de la presencia de un defecto anatómico específico, se cree que la causa primaria de las hernias y eventraciones es una alteración de la estructura del colágeno.³

En 1924, el anatomista Keith fue el primero que llamó la atención sobre fallas del tejido conectivo en el origen de las hernias, advirtiendo que estamos acostumbrados a mirar los tendones y las fascias como estructuras pasivas conformadas por tejido conectivo; contrariamente, estas son estructuras vivas, dinámicas y con un activo metabolismo. El primero en proponer el metabolismo del colágeno en la patogénesis de las hernias fue Raymond Read en 1960.^{1,3}

Hay algunos síndromes asociados con alteración del colágeno que presentan mayor incidencia de hernias, como por ejemplo los de Marfan, Ehlers-Danlos, cutis laxa, osteogénesis imperfecta y dislocación imperfecta de cadera.

En los últimos años algunos trabajos han resalta-
do que los fumadores tienen más riesgo de sufrir dehiscencias, eventraciones y recidivas alejadas. Esto se explicaría por una alteración en la síntesis del colágeno producido por el tabaco.

En las hernias primarias, el defecto pasa a través del diafragma urogenital en la hernia anterior, que es fijada medialmente por los músculos bulbocavernosos, lateralmente por los músculos isquiocavernosos y pos-

Recibido el
14 de enero de 2014
Aceptado el
26 de agosto de 2014

teriormente por los músculos perineales superficiales.

Las hernias perineales posteriores protruyen a través de los músculos elevadores del ano o entre el elevador del ano y los músculos coccígeos en un plano posterior a los músculos perineales transversos superficiales.

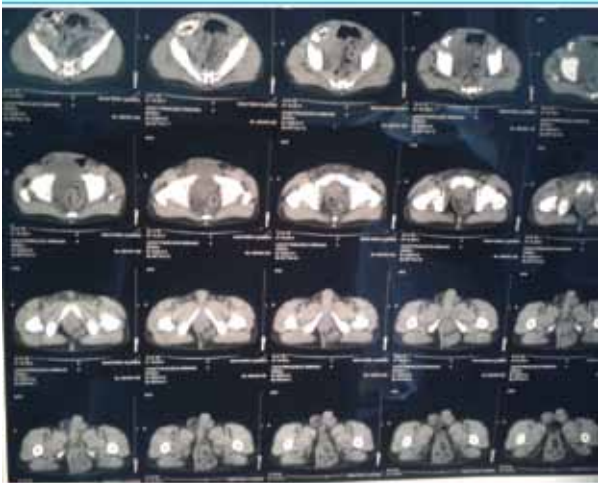
FIGURA 1



FIGURA 2



FIGURA 3



Las hernias perineales pueden asociarse con prolapso de órganos pélvicos, un defecto primario adquirido como consecuencia de la relajación de estructuras de soporte del piso pélvico. Los factores de riesgo incluyen multiparidad, edad avanzada, obesidad, enfermedades del tejido conectivo y operación pélvica previa. Se estima que el 50% de las mujeres multiparas tienen cierto grado de prolapso de los órganos pélvicos.^{1,3,4}

Las hernias perineales secundarias se presentan por defectos en la reconstrucción del piso pélvico y sobre todo en procedimientos en los cuales se remueve gran parte del peritoneo y del soporte musculofascial del piso pélvico; se producen generalmente después de una resección abdominoperineal por cáncer del recto, o prostatectomías perineales o exenteraciones pélvicas.^{1,3}

Los síntomas principales de presentación incluyen la sensación de presión perineal y dolor, así como "molestias" al sentarse. En ocasiones, el paciente puede presentarse con síntomas urinarios, o de obstrucción intestinal o con lesiones erosivas en la piel.

El diagnóstico es clínico y radiológico.¹⁻³

Los métodos actuales de imagen para la evaluación de las hernias del piso pélvico incluyen radiografía (Rx) de abdomen, Rx de colon por enema, resonancia magnética (RM) dinámica, ultrasonido y tomografía computarizada (TC).

La tomografía computarizada es el medio complementario más adecuado para el diagnóstico, mientras que la RM dinámica se ha recomendado porque es una técnica rápida y no invasiva que muestra el prolapso visceral pélvico y la configuración de la musculatura del piso pélvico.

En la historia natural de las hernias perineales, el encarcelamiento y la estrangulación son extremadamente infrecuentes porque el cuello de la hernia es amplio y el defecto muscular es elástico.^{2,3}

Para la reparación de hernias perineales primarias y secundarias se han descrito abordajes abdominales, perineales y abdominoperineales combinados y laparoscópicos.^{1,3,5}

El fin del tratamiento es el mismo que para cualquier otra hernia, o sea, movilizar el saco herniario, disecarlo y reparar el defecto, ya sea con suturas no absorbibles o mediante la colocación de una malla sintética.³

La mejor vía de abordaje es la perineal pues permite el acceso más simple; sin embargo, la zona de exposición es limitada y puede dificultar la movilización de intestino en casos de adherencias y la reparación de tejido intestinal lesionado.^{1,3}

La vía abdominal se debe dejar para los casos de recidiva ya que permite la visión directa. Esta vía permite, además, la colocación de la malla a un nivel más alto en la pelvis, con pocas posibilidades de producir daños al suturarla.^{1,3}

La vía doble (abdominoperineal) tiene las ventajas de que ofrece la vía abdominal, asociadas a la ventaja de poder resecar la piel sobrante del perineo.^{1,3,4}

La operación de mínima invasión también se ha utilizado en el tratamiento de estos enfermos. Consiste en la colocación de una malla mediante videolaparoscopia, y los resultados publicados han sido satisfactorios⁵

Caso clínico

Paciente de 52 años que consulta por presentar constipación, dificultad para defecar, dolor y tumor a nivel de la región perineal izquierda, que aumenta de volumen en pocas semanas.

Antecedentes quirúrgicos: hernia inguinal derecha recidivada, peritonitis apendicular y fascitis necrotizante. Otros antecedentes de importancia: no presenta.

Al examen físico se observa la tumoración descrita de aproximadamente 15 por 10 cm, que protruye a nivel de región perineal posterior izquierda; ante las maniobras se constata que es reducible e incoercible, a la auscultación se escuchan ruidos hidroaéreos y desplazamiento de gases con maniobras manuales (Fig. 1).

Como métodos complementarios de diagnóstico se le realizaron:

Colon por enema (Fig. 2), que informa marco colónico incompleto, hernia perineal con asas intestinales con tensión; tomografía computarizada (Fig. 3), donde se ve procidencia de contenido intestinal correspondiente a colon sigmoideo y recto a través del periné ocupando la fosa isquiorrectal del lado izquierdo, y hernia inguinoescrotal derecha con contenido adiposo. La ecografía no aportó datos significativos.

Se le realizaron exámenes prequirúrgicos y se programó la cirugía, la cual debió efectuarse con antelación dado que —si bien el paciente no presentaba signos ni síntomas de oclusión intestinal— la hernia evolucionó aumentando su tamaño y haciéndose irreducible (Fig. 4).

La cirugía se llevó a cabo bajo anestesia general, se colocó sonda vesical intraoperatoria y se abordó por vía perineal (Fig. 5) para realizar buena disección del saco y plano muscular del piso pélvico; además se seccionaron adherencias laxas y se pudo individualizar el saco separándolo del plano muscular pero no se pudo reducir el contenido (Fig. 6) por lo que se decidió efectuar laparotomía mediana infraumbilical, para reducir el contenido del saco (colon sigmoideo y parte del recto) (Fig. 7) y así, luego de invaginar el saco libre de contenido, proceder a ligarlo lo más alto posible a nivel de su cuello (Fig. 8).

Una vez seccionado el saco, se repasa la anatomía perineal (Fig. 9) observando el orificio herniario entre el elevador del ano y el isquiorrectal izquierdo y se realiza plástica con material protésico irreabsorbible con técnica libre de tensión (Fig. 10).

Se realiza cierre abdominal, previa colocación de drenaje de goma en fondo de saco de Douglas, en dos planos, con sutura continua de material monofilamento de absorción lenta; a nivel perineal se resecó el excedente de piel y tejido subcutáneo dejando lámina de goma en

lecho quirúrgico y se realizó la síntesis de estos, tejido celular subcutáneo con catgut simple, y piel con nailon en sutura continua (Fig. 11).

En 30 días, el paciente comenzó con sus tareas pero adecuadas al posoperatorio con una excelente reincorporación social y un muy buen posoperatorio sin complicaciones luego de varios meses de su cirugía (Fig. 12).



■ FIGURA 7



■ FIGURA 10



■ FIGURA 8



■ FIGURA 11



■ FIGURA 9



■ FIGURA 12



Referencias bibliográficas

1. Escandón-Espinoza YM, Arizmendi-Baena J, González-Acosta MA, Vásquez-Guerra H y col. Hernia perineal primaria. *Rev Esp Med Quir*. 2012; 17(2):141-5.
2. Nyhus LIM, Harkins HN. *Hernia*. Philadelphia: J B Lippincott; 1967. p. 819.
3. Padilla LR, Marínez MA, Quijano OF, Zavala RJ, Valerio UJ. Tension free perineal hernioplasty: report of a case. *Hernia*. 1999; 4:221-3.
4. Pélissier E, Ngo P, Armstrong O. Tratamiento quirúrgico de las hernias perineales laterales. *EMC-Técnicas Quirúrgicas aparato Digestivo*. 2010; 26(2):15.
5. Ryan S, Kavanagh DO, Neary PC. Laparoscopic repair of postoperative perineal hernia. *Case Report Med*. 2010; Aug 9.