

Hernia perineal primaria

Yoeli Marisa Escandón Espinoza,* Jorge Arizmendi Baena,** Marco Antonio González Acosta,***
Herman Vásquez Guerra,* Miguel Ángel Cruz Salinas,* Ignacio J Esquivel Ledezma****

RESUMEN

La hernia perineal es la protrusión de vísceras pélvicas o grasa a través de un defecto en la musculatura y fascias del piso pélvico; por su origen se clasifican en primarias o secundarias; por su posición, en anteriores y posteriores. Las hernias perineales laterales son más frecuentes en las mujeres, sobre todo las hernias anteriores, que son llamadas también "labiales" o "pudendas". Están favorecidas por la multiparidad, la obesidad, la ascitis, las infecciones perineales de repetición y la senectud, así como en las mujeres que tienen antecedentes de operaciones ginecológicas múltiples, sobre todo por prolapso. Exponemos el caso de una paciente de 33 años de edad, quien en la región perineal tuvo aumento de volumen en forma sacular, de 18 meses de evolución; para determinar el diagnóstico se realizaron una ultrasonografía perineal y una TAC, las cuales mostraron un defecto mioaponeurótico de 3 cm de diámetro aproximadamente, de contenido vascular y adiposo. Se reparó el defecto con la resección del saco y de un lipoma preherniario (con ligadura en su base) y con la aplicación de un tapón de malla de polipropileno, fijado con polipropileno del 2-0; actualmente la paciente se encuentra asintomática y sin recidivas después de seis meses de seguimiento.

Palabras clave: hernia perineal, hernia de piso pélvico.

ABSTRACT

Perineal hernia is a protrusion of the pelvic viscera or fat through a defect in the muscles and fascia of the pelvic floor, they can be classified by their origin as primary or secondary; and by their position in front and rear. Lateral perineal hernias are more common in women, especially front hernias, also known as "labia" or "genital" hernia. They are favored by multiparity, obesity, ascites and repeated perineal infections and old age, as well as in women with a history of multiple gynecological operations, mainly for prolapse. We report the case of a 33-year-old woman, who presented increased volume in the perineal region in a saccular manner, of 18 months of evolution. To do diagnosis a perineal ultrasonography and a computed tomography were done, which showed an aponeurotic defect of 2 inches in diameter, of vascular and fat content. Defect was repaired with resection of the sac and of a prehernia lipoma (with ligation at the base) and the application of polypropylene mesh plug fixed with 2-0 polypropylene, the patient is currently asymptomatic and without recurrence at six months of follow-up.

Key words: perineal hernia, hernia of the pelvic floor.

Las hernias perineales primarias fueron descritas por primera vez en 1736 por De Garengoet¹ y son, junto con las hernias isquiáticas, las menos frecuentes en el ser

humano, mientras que no son infrecuentes en el perro.² Se exteriorizan a través de los intersticios situados entre los diferentes fascículos de los músculos que forman el piso perineal.³

La hernia perineal es la protrusión de vísceras pélvicas, intraabdominales o grasa a través de un defecto en la musculatura y fascias del piso pélvico. Se clasifican en primarias y secundarias.³ Una hernia primaria resulta de un defecto congénito o adquirido entre la fascia y los músculos que forman el piso pélvico. Los defectos adquiridos son mucho más comunes y frecuentemente resultan de parto por vía vaginal, envejecimiento, obesidad y estreñimiento crónico.

Las hernias secundarias son hernias incisionales verdaderas que ocurren como resultado de procedimientos perineales extensos, incluidas resecciones abdominopereineales del recto, exenteración pélvica, resección rectal

* Residente de Cirugía General.

** Médico adscrito a Cirugía General.

*** Profesor titular del Curso de Cirugía General.

**** Jefe de enseñanza.

Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda, ISSSTE, México, DF.

Correspondencia: Dra. Yoeli Marisa Escandón E. Calle Chosica 662, interior 6, colonia Lindavista, CP 07300, México, DF.

Recibido: abril, 2012. Aceptado: junio, 2012.

Este artículo debe citarse como: Escandón-Espinoza YM, Arizmendi-Baena J, González-Acosta MA, Vásquez-Guerra H y col. Hernia perineal primaria. Rev Esp Med Quir 2012;17(2):141-145.

www.nietoeditores.com.mx

parasacra o transesfinteriana, histerectomía vaginal y prostatectomía perineal.

Las hernias perineales se manifiestan generalmente después de procedimientos en los que se elimina gran parte de la estructura de sostén del piso pélvico, como en una resección abdominoperineal por cáncer de recto o en exenteraciones pélvicas. Sin embargo, menos de 1% de las resecciones abdominoperineales y menos de 10% de las exenteraciones pélvicas producen hernias perineales que requieran reparación quirúrgica.⁴

Las hernias del perineo se dividen también en dos tipos: anterior y posterior. La clasificación se basa en la posición de la hernia en relación con los músculos perineales superficiales. 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 posteriormente 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.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 50% de las mujeres multíparas tienen cierto grado de prolapso de los órganos pélvicos.⁵

ANATOMÍA

El soporte pélvico anatómico es complejo e incluye una red de músculos y fascias. Debido a que muchos trastornos del soporte pélvico ocurren en mujeres, la referencia específica será hecha a la anatomía pélvica femenina, aun cuando los músculos sean similares en hombres. 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. 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.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICO

Las hernias primarias ocurren más comúnmente en mujeres mayores de 40 años. La preponderancia femenina en hernias perineales se relaciona con una pelvis más amplia y el debilitamiento de los músculos pélvicos del piso durante el embarazo y el parto. La incidencia cada vez mayor de obesidad también se asocia con los síntomas relacionados con una presión constante sobre los músculos implicados en el soporte del piso pélvico. Los pacientes con hernia perineal primaria inicialmente solicitan atención médica por abombamiento y disfunción intestinal o genitourinaria. Los síntomas comúnmente asociados con hernias perineales incluyen abultamientos obvios, dolor, pesadez, incontinencia urinaria o fecal, obstrucción a la micción o defecación, estreñimiento y disfunción sexual. La defecación obstruida puede resultar de la formación anterior o lateral de un rectocele, con atrapamiento del recto por defecto del músculo elevador del ano.⁶

Los pacientes deben ser examinados en posición decúbito lateral izquierda o de litotomía. El piso pélvico debe ser palpado sistemáticamente con el paciente en reposo y luego con el paciente tratando de rechazar el dedo explorador. Esta maniobra permite la detección de defectos posterolaterales del músculo elevador del ano. La contracción paradójica del puborrectal puede apreciarse durante esta maniobra, ya que un mal funcionamiento del puborrectal desviará el dedo del examinador hacia delante. Cuando el paciente está en posición de litotomía, el prolapso de órganos pélvicos asociado debe observarse en relación con una referencia anatómica, como el anillo del himen, en reposo y durante la contracción. Los resultados de la exploración física junto con los síntomas del paciente y los estudios

complementarios ayudarán a definir la modalidad del tratamiento.⁷

Los factores que pueden contribuir a la formación de hernias perineales secundarias incluyen retiro del cóccix (como parte de un procedimiento quirúrgico), infecciones perineales posquirúrgicas y complicaciones por radioterapia pélvica. Una hernia perineal secundaria se manifiesta generalmente como una masa perineal palpable, que puede causar malestar al paciente mientras se sienta. Si el mesenterio del intestino delgado es suficientemente largo, el defecto herniario puede contener intestino delgado. Las hernias perineales secundarias aparecen comúnmente un año después de una operación.

Los métodos actuales de imagen para la evaluación de las hernias del piso pélvico incluyen resonancia magnética nuclear (RMN) dinámica, cistocolpoproctografía, peritoneografía, ultrasonido y TAC. Pruebas adicionales de fisiología anorrectal y urodinamia pueden requerirse para evaluar los síntomas asociados con la incontinencia o la obstrucción (o ambas). Puede necesitarse una gran cantidad de estudios para demostrar las anomalías del piso pélvico, especialmente en casos de reintervención; la RMN dinámica se ha recomendado porque es una técnica rápida y no invasiva que demuestra el prolapso visceral pélvico y la configuración de la musculatura del piso pélvico.⁸

TRATAMIENTO

En la historia natural de las hernias perineales el encarcelamiento o la estrangulación son extremadamente infrecuentes porque el cuello de la hernia es amplio y el defecto muscular es elástico; lo habitual es encontrar crecimiento progresivo y destrucción del piso pélvico. La afectación del piso pélvico puede ocasionar dificultad para la micción y la defecación. Aunque el desgarramiento del perineo es infrecuente, también es una indicación de intervención quirúrgica. Para la reparación de hernias perineales primarias y secundarias se han descrito abordajes abdominales, perineales y abdominoperineales combinados.⁷

Por la poca frecuencia de este padecimiento existen pocos reportes en la bibliografía médica sobre su tratamiento; sin embargo, se han descrito numerosas técnicas con resultados variables. Entre las técnicas más

aplicadas para el tratamiento de hernias se encuentran las que utilizan la vía perineal, la vía abdominal o ambas (abdominoperineal).⁸

El propósito del tratamiento es el mismo que se persigue en cualquier hernia, es decir, movilizar el saco herniario, disecarlo y reparar el defecto.

El tamaño del defecto, el contenido del saco y la magnitud de los síntomas del paciente dictan generalmente el abordaje para la reparación. La reparación de hernias perineales secundarias requiere, a menudo, un abordaje abdominoperineal para la reducción y el soporte de vísceras herniadas y el reforzamiento subsecuente del piso pélvico.

Si las imágenes prequirúrgicas no sugieren encarcelamiento de una hernia pequeña del músculo elevador del ano, la opción de reparación sería mediante un abordaje perineal. Las hernias pudendas o vaginolabiales también pueden abordarse de este mismo modo.

Las técnicas operatorias mediante el uso del acceso perineal comprenden el cierre por planos, la inserción de una malla, la creación de un colgajo del músculo glúteo mayor y la retroflexión del útero.⁶

En operaciones de piso pélvico el uso de mallas o bioprótesis se dirige con frecuencia al apoyo de las vísceras pélvicas, cuando el piso pélvico no puede soportar mucho estas estructuras.

La operación de mínima invasión también se ha utilizado en el tratamiento de estos enfermos. Ésta consiste en la colocación de una malla mediante videolaparoscopia, y los resultados publicados han sido satisfactorios.⁸

COMUNICACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 33 años de edad, cuyos antecedentes importantes eran cuatro embarazos, un parto, dos cesáreas y un aborto. No tenía otros antecedentes relevantes.

Refirió que 18 meses antes de su consulta inició con aumento progresivo de volumen en la región perineal, con elongación de la piel en la misma región (hacia la izquierda del rafe perineal), que causaba molestia leve a la deambulación y en posición sentada; negó tener otros síntomas.

En la exploración física se encontraron genitales externos de acuerdo con la edad y el sexo; al tacto

vaginal no se palparon defectos en la pared vaginal; el cuello central se mostró sin dolor en las maniobras de exploración. Ano: central, con colgajo mucocutáneo a las siete del reloj, permeable al tacto rectal, esfínter anal de tono adecuado y paredes rectales íntegras. Se observó en el perineo (a la izquierda del rafe perineal) una tumoración sacular de aproximadamente 5 × 8 cm y sin cambio de coloración en la piel; a la palpación la tumoración era de consistencia blanda y no dolorosa a la movilización; se reducía parcialmente y aumentaba de volumen a la maniobra de Valsalva, sin sonidos auscultables (Figura 1).



Figura 1. Una vez determinado el diagnóstico, se planea la intervención quirúrgica para realizar plastia del defecto mediante abordaje perineal, con colocación de prótesis de malla de polipropileno, la cual se fija con polipropileno del 2-0.

Resultados de los estudios paraclínicos de laboratorio y gabinete solicitados:

- Laboratorio: leucocitos: 5.1, neutrófilos: 54%, linfocitos: 28.8%, hemoglobina: 15.1 g/dL, hematócrito: 43.6%, plaquetas: 142, glucosa: 96, creatinina: 0.6, BUN: 14, urea: 30, tiempo de protrombina: 11.3, INR: 1.02.
- Ultrasonido de la región perineal, el cual corroboró el defecto mioaponeurótico de la región (Figura 2).
- TAC.

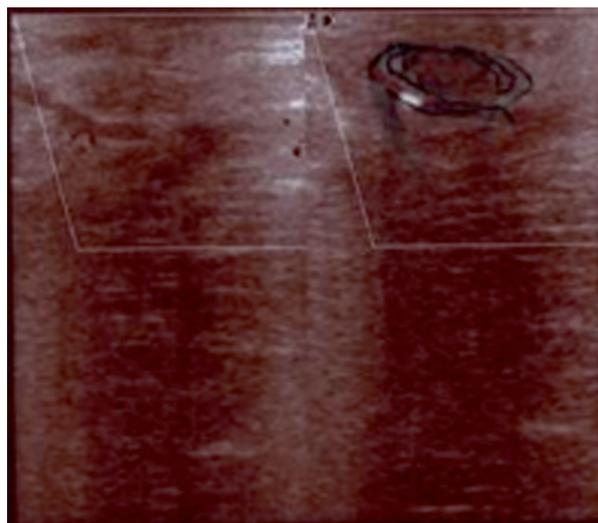


Figura 2. La toma de una ultrasonografía corrobora el diagnóstico de hernia perineal.

Se planeó evento quirúrgico y se encontró un defecto mioaponeurótico de aproximadamente 3 cm (con saco de 5 × 8 cm) y contenido de grasa preperitoneal; se procedió a disecar el saco y a seccionar el saco en su base, el cual se cerró con sutura crómica del número 1; asimismo, se colocó un tapón de malla de polipropileno, fijado con polipropileno del 2-0; se cerró la piel con nailon del 3-0 (Figura 3) y se dio seguimiento posquirúrgico de seis meses, sin recidiva.

DISCUSIÓN

Las hernias perineales laterales son más frecuentes en las mujeres, sobre todo las hernias anteriores, llamadas también “labiales” o “pudendas”. Se ven favorecidas por la multiparidad, la obesidad, la ascitis y las infecciones perineales de repetición. Se observan sobre todo en mujeres ancianas y en las que fueron sometidas a operaciones ginecológicas múltiples, sobre todo por prolapso. Sin embargo, en niños se han encontrado hernias congénitas asociadas con elastosis generalizada o hamartoma del recto. Su reparación es primordial; por tanto, se requiere estudiar a la paciente (como en este caso clínico presentado) porque, como la bibliografía médica lo refiere, la hernia perineal lateral debe ser reparada, y la técnica quirúrgica debe individualizarse, lo cual depende del tamaño de la hernia y de su contenido.

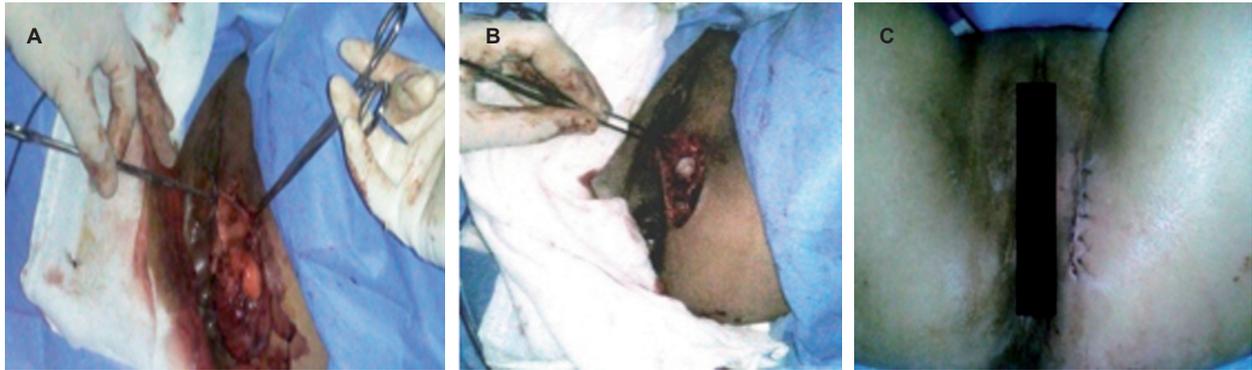


Figura 3. A y B. Hallazgos transquirúrgicos, que fueron defecto perineal adyacente al rafe perineal del lado izquierdo, de aproximadamente 3 cm de diámetro, con saco herniario de 8 × 2 cm, con contenido de grasa retroperitoneal y con lipoma preherniario. C. Resultado final de la operación.

El uso de un tapón de malla de polipropileno es una de las mejores técnicas, descrita por Padilla-Longoria para la reparación de una hernia perineal lateral.

REFERENCIAS

1. Pélissier E, Ngo P, Armstrong O. Tratamiento quirúrgico de las hernias perineales laterales. *EMC-Técnicas Quirúrgicas-Aparato Digestivo* 2010;26(2):1-5.
2. Padilla LR, Marinez MA, Quijano OF, Zavala RJ, Valerio UJ. Tension free perineal hernioplasty: report of a case. *Hernia* 1999;4:221-223.
3. Koontz AR. Perineal hernia; report of a case with many associated muscular and fascial defects. *Ann Surg* 1951;133(2):255-260.
4. Flikier Gotlib J, Valverde Monge C, Flikier Zolkowicz B. Hernia perineal posoperatoria: reporte de un caso. *Acta Médica Costarricense* 2001;43(3):141-142.
5. De Campos FG, Habr-Gama A, Araújo SE, Sousa AH Jr, et al. Incidence and management of perineal hernia after laparoscopic proctectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2005;15(6):366-370.
6. Ryan S, Kavanagh DO, Neary PC. Laparoscopic repair of postoperative perineal hernia. *Case Report Med* 2010;2010 Aug 9.
7. Wasserberg N, Kaufman HS. Lumbar and pelvic hernias. In: Yeo CJ, Dempsey DT, Klein AS, editors. *Shackelford's surgery of the alimentary tract*. 6th ed. Philadelphia: WB Saunders, 2007.
8. Araki Y, Noake T, Nagae T, Tou Y, et al. Perineal hernia in women: assessment with evacuation fluoroscopic cystocoloproctography. *Kurume Med J* 2007;54(3-4):51-55.