



Hernia perineal posterior primaria. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía

RESUMEN

Antecedentes: las hernias perineales pueden aparecer luego de una intervención quirúrgica en esta región o como una lesión primaria. Entre las hernias menos frecuentes están las perineales.

Caso clínico: paciente femenina de 42 años de edad, con un tumor perianal a la derecha del orificio anal, de aparición espontánea y de cinco años de evolución, con dimensiones de 6 x 10 cm, blando y reductible por detrás del músculo transverso del periné. Con diagnóstico de hernia perineal posterior primaria se intervino quirúrgicamente por vía perineal y se le colocó una malla de mersilene. Después de 18 meses de seguimiento no hubo recidiva.

Conclusiones: la plastia perineal puede ser una buena alternativa para el tratamiento quirúrgico de las hernias perineales primarias porque permite efectuar un cierre mejor, disecar el saco herniario y reducirlo adecuadamente.

Palabras clave: hernia perineal, plastia perineal.

Ulises Rodríguez-Wong

Servicio de Cirugía, Hospital Juárez de México.

Primary posterior perineal hernia. Case report and review of the literature

ABSTRACT

Background: Perineal hernias may occur after the completion of surgery in this region, or may occur as a primary lesion. Among the less frequent are the perineal hernias.

Clinical case: Female patient, 42 years old, with perineal tumor mass on the right of the anus, spontaneously occurring, five years of evolution, with dimensions of 6 x 10 cm, soft and reducible behind transverse perineal muscle. With diagnosis of primary posterior perineal hernia, surgery was performed by the perineum with Mersilene mesh placement. There was no recurrence after 18 months follow-up.

Conclusion: The perineal plasty can be a good alternative for the surgical treatment of primary perineal hernias, as it allows for a better seal, dissect the hernia sac and reduce it properly.

Key words: Perineal hernia, perineal plasty.

Recibido: 21 de febrero 2013

Aceptado: 12 de septiembre 2013

Correspondencia

Dr. Ulises Rodríguez Wong.
Servicio de Cirugía,
Hospital Juárez de México
Av. Instituto Politécnico Nacional
07760 México DF
Teléfono: 5754-8408
ulisesromed@prodigy.net.mx

ANTECEDENTES

Las hernias perineales protruyen entre los músculos y las aponeurosis que forman el piso del periné. Pueden aparecer luego de una intervención quirúrgica en esta región o manifestarse como una lesión primaria. Las hernias perineales se encuentran entre los tipos menos frecuentes de hernias. En la actualidad existe alrededor de un centenar de casos publicados en la bibliografía mundial de hernias perineales primarias.^{1,2}

En un artículo publicado por Koontz³ se señala que en 1736 Garengeot reportó el primer caso de hernia perineal primaria verdadera y que Scarpa en 1821 comunicó un caso de estrangulación intestinal en una hernia perineal. En 1938 Hall⁴ recopiló 83 casos publicados en la bibliografía mundial.

Se reporta un caso de hernia perineal posterior primaria atendido en el Hospital Juárez de México.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 42 años de edad, originaria y residente del estado de Michoacán. Antecedente de seis embarazos atendidos a término por parto vaginal; el último fue ocho años antes. El padecimiento tenía cinco años de evolución; se trataba de un tumor en la región perianal, a la derecha del orificio anal, que apareció luego de un esfuerzo físico. El diámetro inicial fue de 3 cm y creció hasta 6 x 10 cm (Figura 1), de consistencia blanda que se reducía con las maniobras, por detrás del músculo transverso del periné (Figura 2).

Los exámenes de laboratorio reportaron discreta anemia en la citología hemática (11.4 g/100 mL de hemoglobina) y quistes de *Entamoeba histolytica* en el coproparasitoloscópico; ambas alteraciones se corrigieron con tratamiento médico.



Figura 1. Hernia perineal posterior primaria.



Figura 2. Reducción de la hernia perineal por detrás del músculo transverso del periné.

Para descartar elementos del sistema urinario o del tubo digestivo en el saco herniario se realizaron: urografía excretora, colon por enema y tránsito intestinal. La tomografía computada descartó también estos elementos en el saco herniario y permitió identificar el defecto en el piso del periné, a través del músculo elevador del ano, de aproximadamente 5 cm de diámetro.

La paciente fue intervenida quirúrgicamente con el diagnóstico de hernia perineal primaria por vía perineal. Se le realizó disección y apertura del saco herniario, que protruía a través del músculo

elevador del ano. Se resecaron el saco herniario y el epiplón que estaba adentro, se cerró el orificio herniario (de aproximadamente 5 cm de diámetro) y se colocó un malla de mersilene fijada a las estructuras vecinas, se afrontaron los planos superficiales y la piel por encima de aquélla.

La evolución de la paciente fue satisfactoria, sin recidiva de la lesión 18 meses después de la intervención quirúrgica; se perdió el control postoperatorio tardío de la paciente.

DISCUSIÓN

Las hernias perineales primarias ocurren con una frecuencia mayor en la mujer que en el hombre en una proporción de 5 a 1; es más común entre los 40 y 70 años de edad. La protrusión ocurre a través del piso pélvico formado por los elevadores del ano, los músculos coccígeos y sus aponeurosis. Si se toma como referencia el músculo transverso del periné, las hernias perineales se clasifican en anteriores y posteriores.⁵ El contenido del saco en las hernias de tipo anterior puede ser el intestino o la vejiga, en tanto que en las de tipo posterior casi siempre se encuentra epiplón o intestino.

El diagnóstico se establece por la reductibilidad del tumor y la dirección en la que se reduce determina la variedad de la hernia perineal. A la percusión el tumor puede ser mate si contiene vejiga, y timpánico si contiene intestino. La urografía excretora y el colon por enema permiten definir si las vías urinarias o el intestino grueso están involucrados en el saco herniario.

En este tipo de hernias el tratamiento es quirúrgico y su resolución constituye un verdadero reto; los principios de tratamiento son los mismos que se recomiendan para otros tipos de hernias: disección del saco herniario, reducción del contenido, resección del saco y cierre del defecto herniario.⁶

La reparación por vía abdominal se recomienda en hernias perineales secundarias, sobre todo cuando aparecen después de una cirugía abdominal por un padecimiento oncológico, porque es posible explorar la cavidad en busca de metástasis o recidiva tumoral;⁷ otra indicación de la reparación por vía abdominal son las hernias perineales recidivantes o alguna enfermedad asociada, como el prollapso rectal.⁸

La reparación por vía perineal es atractiva porque permite la resolución de este tipo de hernias sin necesidad de entrar a la cavidad abdominal, sobre todo en los casos en los que no se requiere esta exploración.⁶ En la paciente motivo de esta comunicación la hernia perianal fue de tipo primario y no existía antecedente de neoplasia abdominal o pélvica, ni sospecha de algún otro problema abdominal; por ello se eligió el procedimiento por vía perineal.

Las técnicas quirúrgicas por vía perineal incluyen: cierre simple por planos, transposición de un colgajo con músculo semitendinoso o con glúteo mayor, colocación de mallas sintéticas o biológicas y la retroflexión del útero para el cierre del defecto herniario.

Kravarusic y colaboradores⁹ sugieren que el cierre primario del defecto herniario perineal es una buena opción de tratamiento en niños sin algún otro tipo de alteración. La utilización de colgajos musculares de glúteo mayor y músculo semitendinoso puede lesionar el nervio isquiático o causar incontinencia fecal.

El uso de materiales protésicos para el tratamiento de las hernias surgió ante la necesidad de contar con un procedimiento sencillo que permitiera aumentar la resistencia de los tejidos y evitar la tensión en las estructuras anatómicas vecinas al defecto herniario. La colocación de mallas puede realizarse por vía abdominal o perineal, estas pueden ser sintéticas o bioló-

gicas.¹⁰⁻¹² Nivatvongs⁶ señala que el abordaje perineal (con o sin la colocación de malla) tiene éxito en la mayoría de los casos y que la vía abdominal es mejor reservarla para el tratamiento de las hernias recurrentes.

El abordaje combinado por vía abdominal y perineal puede permitir mayor exposición abdominal y pélvica; sin embargo, sólo se recomienda en casos especiales, en donde se requiere una exploración amplia o se asocia con algún otro padecimiento.

Battaglia y colaboradores¹³ utilizaron un abordaje abdominal y perineal en el caso de una paciente con una hernia perineal gigante que obstruyó el intestino delgado. Nieto-Zermeño y colaboradores¹⁴ utilizaron este tipo de abordaje en una niña de siete meses con elastosis primaria. Washiro y su grupo¹⁵ reportaron el caso de una mujer de 81 años de edad, con hernia perineal posterior primaria, en la que utilizaron su útero para reforzar el piso pélvico.

En un estudio efectuado por So y colaboradores¹⁶ en 19 pacientes que requirieron cirugía por hernia perineal postoperatoria, secundaria a resección abóminoperineal por cáncer de recto, se efectuaron 13 cierres por vía perineal, 3 por vía abdominal y en 3 casos se recurrió al abordaje combinado. La tasa de recurrencia total, en este tipo de hernias perineales secundarias, fue de 16% después de 12 meses de seguimiento. En la paciente aquí reportada no hubo recidiva después de 18 meses de seguimiento, a partir de la reparación por vía perineal.

Con el advenimiento de la cirugía laparoscópica se han reportado algunos casos en los que se ha utilizado esta vía para el tratamiento de las hernias perineales. Gómez Portila su grupo¹⁷ reportaron un caso de hernia perineal gigante, combinando el abordaje laparoscópico con la colocación de malla y abordaje perineal. Ca-

sasanta y Moore,¹⁸ en referencia a las hernias perineales secundarias a resecciones abóminoperineales, señalan que la vía laparoscópica puede ser una buena opción de tratamiento, aunque aún no se ha reunido suficiente experiencia; sin embargo, en este tipo de hernias perineales secundarias prevalece el criterio de explorar la cavidad abdominal para descartar metástasis o recidivas tumorales. Rayhanabad y colaboradores¹⁹ reportaron dos pacientes con hernias perineales tratadas mediante laparoscopia. En uno de los casos la hernia perineal fue espontánea en una paciente con antecedente de poliomielitis y en el otro caso se trató de una hernia perianal secundaria a una resección abóminoperineal por laparoscopia; en el primer caso la reparación se realizó sin malla y en el segundo se colocó una malla sintética. Sorelli y su equipo²⁰ describieron un caso de hernia perineal primaria resuelto por laparoscopia con colocación de malla, y señalan que en el futuro ésta podría ser la vía de elección; sin embargo, los casos tratados de esta manera aún son pocos.

CONCLUSIONES

El tratamiento quirúrgico por vía perineal de las hernias perineales primarias permite realizar un mejor cierre del orificio herniario, con adecuada disección y reducción del saco. En la bibliografía mundial existe poca experiencia reportada con este tipo de hernias, por lo que aún no es posible determinar la mejor forma de tratamiento; aunque la vía perineal puede ser una buena alternativa.

Referencias

1. Kann BR. Perineal Hernias. J Long Term Eff Med Implants 2010;20:149-157.
2. Thomford NR, Sherman NJ. Primary Perineal Hernia. Dis Colon Rect 1969;12:441-443.
3. Koontz AR. Perineal hernia. Report of a case with many associated muscular and facial defects. Ann Surg 1951;133:255-260.



4. Hall WEB. Vaginal hernia, with a review of the literature. *Arch Surg* 1938;37: 651-666.
5. Preiss A, Herbig B, Dörner A. Primary perineal hernia: a case report and review of the literature. *Hernia* 2006;10:430-433.
6. Nivatvongs S. Complications of anorectal and colorectal operations. In: Gordon PH, Nivatvongs S, editors. *Principles and practice of surgery for the colon, rectum and anus*. New York: Informa Healthcare, 2007;1186.
7. Berman L, Aversa J, Abir F, Longo WE. Management of disorders of the posterior pelvic floor. *Yale J Biol Med* 2005;78:211-221.
8. Succi L, Ohazuruike NL, Oliveri CE, Privitera AC, Prumeri S, Politi A, et al. Perineal hernia: a case of outlet dysfunction. *Chir Ital* 2009;61:127-130.
9. Kravarusic D, Swartz M, Freud D. Perineal hernias in children: Case report and review of the literature. *Afr J Paediatr Surg* 2012;9:172-175.
10. Stamatou D, Skandalakis JE, Skandalakis LJ, Mirilas P. Perineal Hernia: Surgical Anatomy, Embryology, and Technique Repair. *Am Surg* 2010;76:474-479.
11. Salum MR, Prado-Kobata MH, Saad SS, Matos D. Primary perineal posterior hernia. An abdominoperineal approach for mesh repair of the pelvic floor. *Clinics (Sao Paulo)*. 2005;60:71-74.
12. Al-Haddad AA, Hellinger MD, Akerman SC. Surgisis mesh repair of a postsacrectomy perineal hernia along with posterior proctosigmoidectomy For concomitant stricture. *Am Surg* 2007;73:1129-1132.
13. Battaglia L, Muscara C, Rampa M, Gasparini P, Vanelli A. Small bowel occlusion due to giant perineal hernia. Abdominal approach with plastic perineal reconstruction. *G Chir* 2012;33:175-178.
14. Nieto-Zermeño J, Godoy-Murillo JG, Cadena-Santillana JL. Posterior perineal hernia. Report of a case and review of the literature. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1993;50:741-744.
15. Washiro M, Shimizu H, Katakura T, Kumagai S, Miyazaki M. Using the Uterus to Close a Pelvic Defect After primary Perineal Posterior Hernia Repair: Report of a Case. *Surg Today* 2010;40:277-280.
16. So JB, Palmer MT, Shellito PC. Postoperative Perineal Hernia. *Dis Colon Rectum* 1997;40:954-957.
17. Gómez Portila A, Cendoya I, Uzquiza E, Martín E, Martínez de Lecea C, Gómez C, et al. Giant perineal hernia: laparoscopic mesh repair complemented by a perineal cutaneous approach. *Hernia* 2010;14:199-201.
18. Casasanta M, Moore LJ. Laparoscopic repair of a perineal hernia. *Hernia* 2012;16:363-367.
19. Rayhanabad J, Sassani P, Abbas MA. Laparoscopic Repair of Perineal Hernia. *JSLS* 2009;13:237-241.
20. Sorelli PG, Clark SK, Jenkins JT. Laparoscopic repair of primary perineal hernias: the approach of choice in the 21st century. *Colorectal Dis* 2012;14:e72-e73.