



Hernia ciática como causa de dolor pélvico crónico

José F De los Ríos P,¹ Gustavo Calle G,¹ Juan D Castañeda R,¹ Eduardo Serna A,¹ Ricardo A Vásquez R,¹ Adriana M Arango M,¹ Claudia C López R²

RESUMEN

Las hernias ciáticas constituyen el grupo más escaso de las hernias del piso pélvico; sin embargo, deben considerarse en la etiología del dolor pélvico crónico. El adecuado diagnóstico de las hernias ciáticas ha permitido a los cirujanos tratar de manera exitosa pacientes con dolor pélvico agudo o crónico, con obstrucción intestinal o ureteral, y con sepsis urinaria o glútea. Debe tenerse en mente como diagnóstico diferencial ante el hallazgo de una masa glútea congénita o adquirida. El ginecólogo laparoscopista debe conocer la existencia de este defecto, familiarizarse con su aspecto a la visión laparoscópica y conocer el tratamiento laparoscópico de esta afección.

Palabras clave: hernia, hernia pélvica, hernia ciática, cirugía, laparoscopia.

ABSTRACT

Sciatic hernia constitutes the scarcest group of hernias of pelvic floor; however, they should be considered in the origin of chronic pelvic pain. The proper diagnosis of sciatic hernias has allowed to surgeons treating successfully patients with acute or chronic pelvic pain, with intestinal or ureteral obstruction and with urinary or gluteus sepsis. It has to be considered as differential diagnosis before the finding of a congenital or acquired gluteus mass. Laparoscopist gynecologist should know the existence of this defect, to be familiar with its aspect in laparoscopic view and to know the laparoscopic treatment of this disease.

Key words: hernia, pelvic hernia, sciatic hernia, surgery, laparoscopy.

RÉSUMÉ

Des douleurs pelviennes sont le plus rare des hernies du plancher pelvien; Toutefois, ils doivent être considérés dans l'étiologie des douleurs pelviennes chroniques. Le diagnostic approprié de l'ischion hernies aidé les chirurgiens dans le traitement de patients atteints de douleur pelvienne aiguë ou chronique, de l'intestin ou une obstruction urétérale et infection urinaire ou fessiers. Vous devriez garder à l'esprit que le diagnostic différentiel avant la découverte d'une masse de fessier, congénitale ou acquise. La laparoscopie GYN doit connaître l'existence de ce défaut, se familiariser avec son apparence de vision laparoscopique et rencontre ce traitement laparoscopique de la condition.

Mots-clés: hernie, hernie, sciatique, hernie, chirurgie pelvienne, laparoscopie.

RESUMO

Las de dor pélvica são os scarcest de hérnias do assoalho pélvico; No entanto, eles devem ser considerados na etiologia da dor pélvica crônica. O diagnóstico adequado das hérnias ísquio ajudou cirurgiões tratar pacientes com sucesso com dor pélvica aguda ou crônica, intestino ou obstrução ureteral e sepse urinária ou glúteo. Você deve ter em mente como diagnóstico diferencial antes da descoberta de uma massa glútea, congênitas ou adquiridas. O GYN laparoscópica deve saber da existência desse defeito, familiarize-se com sua aparência à visão laparoscópica e Conheça este tratamento laparoscópica de condição.

Palavras-chave: hérnia, hérnia, hérnia ciática, pélvica, cirurgia, laparoscopia.

¹ Unidad de Endoscopia Ginecológica, Clínica del Prado.

² Programa en Endoscopia Ginecológica. Universidad CES, Medellín, Colombia.

Correspondencia: Dr. José F De los Ríos. Correo electrónico: cristidelos@une.net.co

Recibido: marzo 2013. Aceptado: marzo 2013.

Este artículo debe citarse como: De los Ríos PJF, Calle GG, Castañeda RJD, Serna AE y col. Hernia ciática como causa de dolor pélvico crónico. Ginecol Obstet Mex 2013;81:201-205.

En el piso pélvico se han descrito tres tipos de hernias: del obturador, perineal y ciática, que es la menos frecuente y que también se conoce como: hernia sacrociática, isquiática, glútea o isquiocele. La hernia ciática fue descrita por primera vez en 1750 por Papan¹ y, hasta la fecha, se han reportado 99 casos. La mayor parte se diagnostican en adultos y en menor porcentaje en niños, 77% de los casos se han descrito en mujeres.² Ocurren por igual en ambos lados y se han reportado¹ cuatro casos de pacientes con hernias bilaterales.^{2,3}

La mayoría de los casos los diagnosticaron especialistas en cirugía general y en 40% de los casos, el principal síntoma por el que se realizó el procedimiento radiológico o laparoscópico que llevó al hallazgo fue el dolor pélvico crónico.⁴ Por esta razón, el ginecólogo laparoscopista debe conocer la existencia de este defecto, familiarizarse con su aspecto a la visión laparoscópica y tenerlo en mente como uno de los diagnósticos diferenciales en los pacientes con dolor pélvico crónico.

ANATOMÍA Y CLASIFICACIÓN

El agujero ciático se transforma en los forámenes ciático mayor y ciático menor, por los ligamentos sacroespinoso y sacrotuberoso, respectivamente. A su vez, el foramen ciático mayor lo subdivide el músculo piriforme en el espacio supra e infrapiriforme (Figura 1).

Las hernias ciáticas aparecen cuando los contenidos del abdomen o la pelvis se prolapsan a través del agujero ciático y pasan a través de los forámenes ciáticos mayor o menor separados por el ligamento sacroespinoso.⁵ Las hernias del foramen ciático mayor se subclasifican en supra o infrapiriformes, según el sitio por donde salen desde la pelvis en relación con el músculo piriforme, las suprapiriformes son el tipo más común, en ellas el saco herniario sale de la pelvis por encima del músculo piriforme a lo largo del trayecto de la arteria y nervio glúteo superior, caudal al músculo piriforme, pero cefálico al ligamento sacroespinoso (Figura 2).

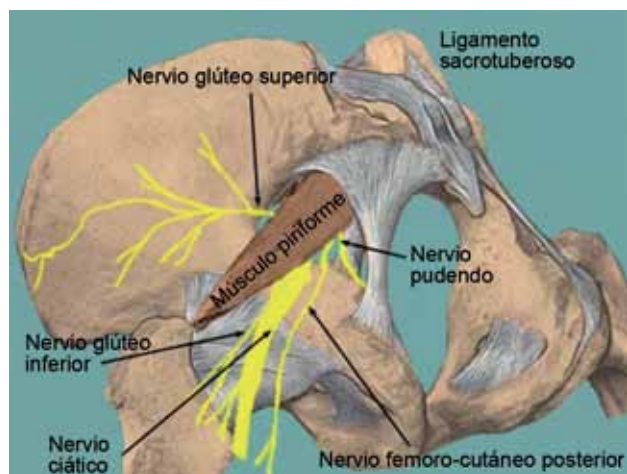


Figura 1. Músculo piriforme.

El saco herniario de las hernias infrapiriformes sale de la pelvis a través del agujero ciático mayor, medial a los vasos y nervio pudendos internos y al nervio ciático.

Las hernias del agujero ciático menor salen entre el ligamento sacrotuberoso y sacroespinoso y se denominan hernias espinotuberosas (Figura 2) y constituyen el tercer grupo de las hernias ciáticas. Éstas están cubiertas por el músculo glúteo mayor y se manifiestan clínicamente cuando son grandes y protruyen de la parte distal a la caudal del músculo.

Desde la perspectiva intraabdominal, las hernias ciáticas en las mujeres están típicamente en la fosa ovárica, en la base del ligamento ancho y laterales al ligamento úterosacro (Figura 3).

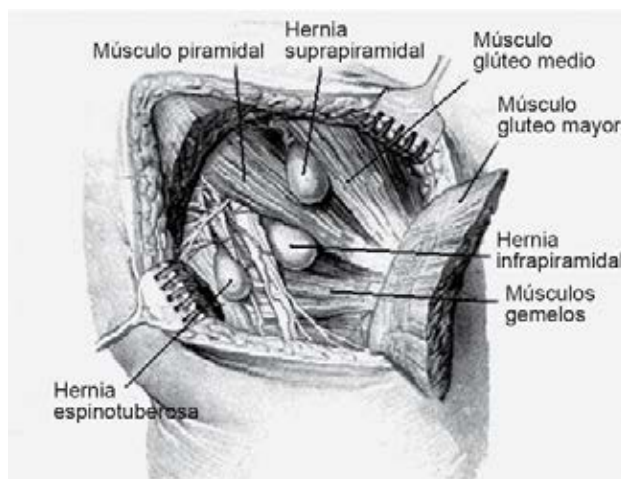


Figura 2. Hernias del agujero ciático.

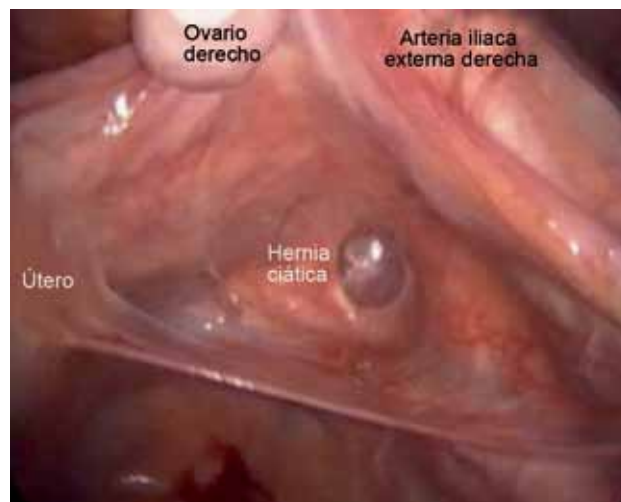


Figura 3. Hernias ciáticas en la fosa ovárica.

ETIOLOGÍA

En la bibliografía revisada no se encontraron estudios del metabolismo del colágeno en pacientes con este tipo de defectos, ni existen teorías que expliquen con claridad el origen de esta rara afección.

Las hernias ciáticas pueden ser congénitas⁶ o adquiridas como resultado de la atrofia del músculo piriforme, que puede ser consecuencia del aumento crónico en la presión intraabdominal. Se han implicado diferentes elementos, como el embarazo, el estreñimiento crónico, cirugías y el traumatismo, factores que pueden debilitar los músculos y tejidos pélvicos, lo que lleva a la generación del defecto herniario. Hay condiciones predisponentes en 46% de las pacientes, incluidas las neoplasias en 10%, hernias coexistentes en 8%, anomalías congénitas en 6%, trastornos de los huesos pélvicos y problemas metabólicos en 3%, multiparidad o embarazo en 3% y desnutrición en 3%. Además, se ha descrito recurrencia del defecto en 4% de las pacientes.⁷

El saco herniario puede encontrarse vacío o contener el ovario, las trompas, el uréter,⁸ la vejiga,⁹ el colon con divertículos del sigmoides,¹⁰ el intestino delgado, incluido un divertículo de Meckel,¹¹ apéndice,¹² tumores de tejidos blandos benignos¹³ o malignos.¹⁴

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La duración de los síntomas al momento del diagnóstico varía desde varias horas hasta más de 30 años. El dolor abdominal o pélvico es el síntoma más relevante y se manifiesta, incluso, en 50% de los casos. Se describe como un dolor sordo en la cadera, la cara posterior del muslo,¹⁵ la pierna o la región lumbar.¹⁶ Pueden evidenciarse masas glúteas con tamaño, incluso, de 20 centímetros. Se manifiestan síntomas agudos con presentación urgente hasta en 19% de los casos descritos, con manifestaciones variables, como: obstrucción intestinal o ureteral,^{8,17} sepsis urinaria⁸ y sepsis de origen glúteo. También se ha descrito ciática causada por compresión directa del nervio ciático.¹⁸ Las hernias ciáticas no palpables pueden causar obstrucción intestinal y perforación con daño a los tejidos blandos glúteos que ocasionalmente pueden manifestarse como abscesos glúteos¹⁹ o infección necrosante de tejidos blandos.²⁰

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico clínico de una hernia ciática pequeña, no palpable, es muy difícil de realizar, debido a la localización intraparietal de la misma. Para su diagnóstico radiológico se han utilizado métodos como la pielografía intravenosa,²¹ el ultrasonido, la cistografía²¹ y los rayos X, pero la tomografía computada^{15,22-24} y la resonancia magnética^{13,15,24,25} son los métodos preferidos en la actualidad. Además, debe tenerse en cuenta el diagnóstico intraoperatorio realizado durante una laparoscopia, porque por este método se han diagnosticado y reportado más de 20 casos en pacientes con dolor pélvico y sin signos clínicos de hernia ciática.

Entre los diagnósticos diferenciales deben considerarse los aneurismas de la arteria glútea, lipomas y abscesos.

TRATAMIENTO

El tratamiento de las hernias ciáticas siempre es quirúrgico. De manera histórica la reparación de estas hernias se ha realizado por vía transabdominal,¹⁷⁻¹⁹ transglútea o combinada.^{13,26} En este artículo nos referiremos al abordaje laparoscópico^{8,15,16,27} que requiere personal con adecuado adiestramiento. La serie más grande de esta opción terapéutica la publicaron Miklos y colaboradores¹⁶ en 1998, con 20 pacientes cuyo diagnóstico inicial fue dolor pélvico crónico y al examen físico no tenían ningún hallazgo de hernia ciática. Se les realizó la corrección por vía laparoscópica y se les dio seguimiento durante 13 meses. Todas las pacientes reportaron alivio inmediato del dolor en la evaluación realizada a tres meses.

La vía transabdominal se recomienda para pacientes con obstrucción intestinal, o en quienes requieren laparotomía exploradora debido a la naturaleza desconocida de sus hallazgos abdominales o pélvicos; de manera alternativa, la vía transglútea puede usarse cuando el diagnóstico está bien establecido y los segmentos herniados parecen estar viables y reducibles; sin embargo, hay riesgo significativo de lesión neurovascular iatrogénica, especialmente si la hernia es grande o está complicada por tejido fibroso que distorsiona los planos anatómicos. Se ha utilizado la combinación de ambas vías de acceso con el propósito de reparar defectos grandes causados por neurofibromas²⁸ o cuando no es posible reducir el órgano herniado por adherencias firmes.²⁹ Si se establece el diagnóstico prequi-

rúrgico de hernia ciática ureteral el acceso preperitoneal es una opción. Esta vía proporciona un adecuado acceso al uréter, la vejiga y la región ciática evitando las potenciales complicaciones de la cirugía transperitoneal. Los uréteres macroscópicamente deformados han requerido resección y reimplantación.³⁰

Para la corrección del defecto se recomiendan materiales protésicos extraperitoneales a fin de obtener mejores resultados y prevenir recurrencias,⁷ las hernias cuyo contenido esté encarcerado o estrangulado deben tratarse quirúrgicamente de manera inmediata, las hernias no complicadas y reducibles pueden tratarse después de que se haya realizado el diagnóstico radiológico correcto con adecuada preparación.

El abordaje laparoscópico facilita el diagnóstico y visualización del saco herniario por la excelente visualización anatómica y la ayuda que proporciona el aumento de la presión intraabdominal por la insuflación. La orientación anatómica se alcanza palpando la inserción del complejo sacroespinoso-coccígeo a nivel de la espina ciática; superior a este complejo descansa el músculo piriforme. Después de localizar la hernia, el contenido del saco herniario debe reducirse con una tracción cuidadosa del órgano herniado mientras se intenta reducir el orificio herniario de manera digital o con un *clamp* vascular. El anillo herniario puede ampliarse de manera longitudinal o dividirse para facilitar la reducción de la hernia, previa identificación de los paquetes neurovasculares.

Desafortunadamente, la baja incidencia de este tipo de defectos ha hecho imposible la realización de ensayos clínicos prospectivos con distribución al azar que permitan comparar los resultados de los diferentes tipos de reparación. Una vez que se ha reducido la hernia, deben usarse tejidos endógenos para fortalecer el cierre del defecto, como injertos de fascia, colgajos de músculo glúteo o piriforme o, idealmente, mallas^{8,15,28} que se colocan preferiblemente en el espacio extraperitoneal y se anclan al periostio de la cara interna del pubis, lateralmente a la línea arcuata, medialmente el músculo elevador del ano y posteriormente al sacro.^{28,29} Si la hernia es muy grande o ha sido recurrente podría requerirse refuerzo protésico del piso pélvico y anclaje de una malla a los bordes pélvicos, lo que permite que el recto, los vasos ilíacos y los uréteres desciendan a través del material protésico a la pelvis. Con el propósito de prevenir la extrusión de la malla a través del orificio herniario se ha utilizado un taponamiento de matriz

dérmica alogénica que puede absorberse o remodelarse dentro del proceso de cicatrización. Se recomienda que la malla sintética sea cubierta nuevamente con el peritoneo en un intento por disminuir el riesgo de adherencias.¹⁶

Con independencia de la vía de acceso elegida para la reparación, el cirujano debe estar atento a la proximidad del defecto a las ramas arteriales, glútea y pudenda (Figura 4) y a los nervios ciático y pudendo (Figura 1). Además, el uréter puede encontrarse lateral al defecto y el riesgo de lesión del mismo podría aumentarse durante la incisión y disección lateral del peritoneo, especialmente si éste está obstruido y dilatado a causa de la hernia ciática.

En la bibliografía no existen trabajos que comparen diferentes técnicas quirúrgicas para la reparación de este defecto.

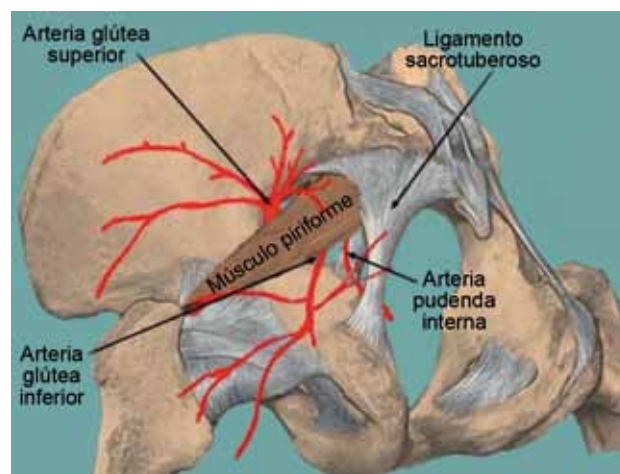


Figura 4. Ramas arteriales, glútea y pudenda.

CONCLUSIONES

La hernia ciática es una afección poco frecuente, que constituye un defecto anatómico bien definido y es el resultado directo de la atrofia del músculo piriforme; sin embargo, debe tenerse en mente como diagnóstico diferencial en pacientes con dolor abdominal y pélvico, agudo o crónico, obstrucción intestinal, masa glútea o sepsis. A veces su diagnóstico requiere estudios radiológicos y, ocasionalmente, será un hallazgo laparoscópico incidental, en estos casos se recomienda realizar seguimiento clínico y estudios radiológicos para definir el momento y tipo de abordaje quirúrgico, que es el tratamiento de elección de la hernia ciática, usando materiales protésicos para obtener mejores resultados y evitar recurrencias.

REFERENCIAS

1. Martel L. Pointede hernie ischiatique: impotence fonctionelle du membre inferieur pendant 5 mois operation Guerison. Loire Med 1900;19:165-74.
2. Losanoff JE, Basson MD, Scott A, et al. Sciatic hernia: a comprehensive review of the world literature (1900-2008) Am J Surg 2010;199:52-59.
3. Bohnert WW. Ureteral sciatic hernias: case report of an infant with bilateral ureteral herniation into the sciatic foramina. J Urol 1971;106:142-143.
4. Howard FM. The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promise and pitfalls. Obstet Gynecol Surv 1993;48:357-387.
5. Black S. Sciatic hernia. In: Nyhus LM, Condon RE, editors. Hernia. Philadelphia: JB Lippincott, 1989;432-441.
6. Attah M, Jibril JA, Yakubu A, Kalayi GD, Nmadu PT. Congenital sciatic hernia. J Pediatr Surg 1992;27:1603-1604.
7. Ivanov NT, LosanoV JE, Kjossev KT. Recurrent sciatic hernia treated by prosthetic mesh reinforcement of the pelvic floor. Br J Surg 1994;81:447.
8. Witney-Smith C, Undre S, Salter V, et al. An unusual case of a ureteric hernia into the sciatic foramen causing urinary sepsis: successfully treated laparoscopically. Ann R Coll Engl 2007;89:W10-W12.
9. Hayashi N, Suwa T, Kimura F, Okuno A, et al. Radiographic diagnosis and surgical repair of a sciatic hernia: report of a case. Surg Today 1995;25:1066-1068.
10. Marchetti G. Sopraun caso di ernia ischiatica contenente un ampio diverticolo sigmoideo formatasi da causa mai ancora notata. Policlinico Sezione Chir 1919;26:244-248.
11. Brodnax JW. Sciatic hernia: report of a case of hernia of Meckel's diverticulum through the greater sciatic foramen. J Am Med Assoc 1924;82:440-442.
12. Kohashi T, Itamoto T, Yamasaki H, Yokoya H, et al. Sciatic hernia with an early-stage adenocarcinoma of the appendix: report of a case. Hiroshima J Med Sci 2006;55:93-95.
13. Skipworth RJE, Smith GHM, Stewart KJ, et al. The tip of the iceberg: a giant pelvic atypical lipoma presenting as a sciatic hernia. World J Surg Oncol 2006;4:33.
14. Cappellani A, Zanghi A, Di Vita M, La Porta D, et al. Very atypical presentation of a retroperitoneal "atypical lipoma". A well differentiated liposarcoma presenting as sciatic hernia. Ann Ital Chir 2007;78:69-72.
15. Bernard AC, Lee C, Hoskins J, Lee J, et al. Sciatic hernia: laparoscopic transabdominal extraperitoneal repair with plug and patch. Hernia 2010;14:97-100.
16. Miklos JR, O'Reilly MJ, Saye WB. Sciatic hernia as a cause of chronic pelvic pain in women. Obstet Gynecol 1998;91:998-1001.
17. Rotchild TPE. Ureteral hernia: report of a case of herniation of the ureter into the sciatic foramen. Arch Surg 1969;98:96-98.
18. Touloupidis S, Kalaitzis C, Schneider A, et al. Uretersciatic hernia with compression of the sciatic nerve. Int Urol Nephrol 2006;38:457-458.
19. Schrader CP, Die Meier F. Hernia ischiadica, ein diagnostisches problem. Langenbecks Arch Chir 1973;334:953-954.
20. Krzeminski A, Donabidowicz A, Chuminski G, et al. The gaseous phlegmon of the right buttocks and thigh as a complication of the strangulated sciatic hernia. Novini Lekrskie 1996;65:203-205.
21. Rommel FM, Boline GB, Huffnagle HW. Uretersciatic hernia: an anatomical radiographic correlation. J Urol 1993;150:1232-1234.
22. Ng E, Weeraseena S, Soo M, et al. A sciatic hernia: diagnosis using computed tomography. Austral Radiol 2005;49:A21.
23. Tokunaga M, Shirabe K, Yamashita N, et al. Bowel obstruction due to sciatic hernia. Digest Surg 2008;25:185-186.
24. Arat A, Halioglu M, Cila A, et al. Demonstration of uretersciatic hernia with spiral CT. J Comput Assist Tomogr 1996;20:816-818.
25. Skipworth RJE, Smith GHM, Stewart KJ, et al. The tip of the iceberg: a giant pelvic atypical lipoma presenting as a sciatic hernia. World J Surg Oncol 2006;4:33.
26. Hayashi N, Suwa T, Kimura F, Okuno A, et al. Radiographic diagnosis and surgical repair of a sciatic hernia: report of a case. Surg Today 1995;25:1066-1068.
27. Gee J, Munson JL, Smith JJ III. Laparoscopic repair of uretersciatic hernia. Urology 1999;54:730-733.
28. Chaudhuri A, Chye KK, Marsh SK. Sciatic hernias: choice of optimal prosthetic repair material in preventing long-term morbidity. Hernia 1999;3:229-231.
29. Sadek HM, Kiss DR, Vasconcelos E. Sciatic hernia caused by a neurofibroma. Surgical repair with a stainless steel wire mesh. Int Surg 1970;54:135-138.
30. Garritano A, Vecchioli-Scaldazza C, Tobaldi P. A case of hernia of the ureter in the sciatic foramen. Minerva Urol Nefrol 1985;37:315-316.