

Tratamiento quirúrgico de las hernias perineales laterales

J. H. Alexandre

J. L. Bouillot

N. Dehni

Las hernias perineales laterales «espontáneas» se producen a través de los intersticios o brechas del suelo perineal, formado por los músculos elevadores del ano e isquiococcígeo y sus respectivas aponeurosis. Son raras y se dan en la mujer con una frecuencia tres veces superior a la del varón [1, 3, 5]; deben diferenciarse de las hernias «incisionales». También se las denomina hernias pélvicas, isquiorrectales, pudendas, labiales, infrapúbicas, hernias del Douglas o vaginales.

Reseña anatómica (fig. 1)

Existen dos tipos (fig. 2).

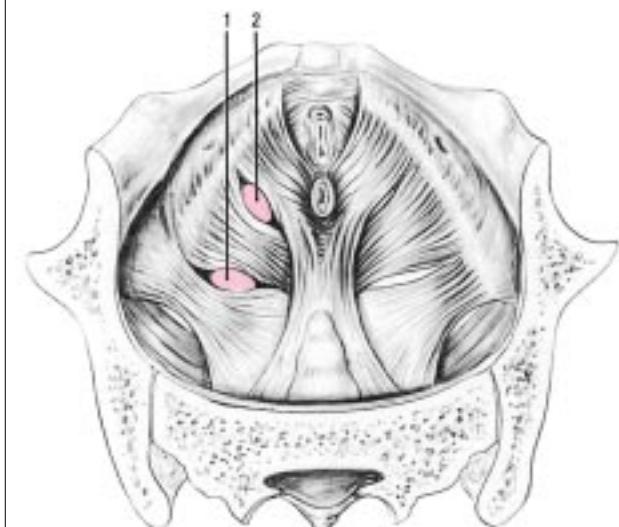
Hernias perineales anteriores

Se exteriorizan por delante del músculo transverso del perineo y se han descrito únicamente en la mujer.

Aparecen por delante del ligamento ancho, en la cara lateral de la vejiga o en la fosita paravesical de Waldeyer (fig. 3). Pueden manifestarse en el labio mayor (hernia del labio mayor). Su contenido puede ser intestino delgado o vejiga urinaria^[5].

Hernias perineales posteriores

Se exteriorizan por detrás del músculo transverso del perineo, en la fosa isquierdorrectal, y pueden pasar directamente a través de los músculos isquiococcígeos. Transcurren entre el recto y la vejiga en el varón, y entre el recto y la vagina en la mujer, por fuera de los ligamentos uterosacros y por detrás del ligamento ancho. Son más frecuentes en la mujer. Su contenido corresponde habitualmente a intestino, epiplón o recto y, en este caso, la hernia debe diferenciarse del rectocele (que, como el colpocele y el cistocele, forma parte de las hernias perineales medias)^[4].



1 Orificio de las hernias perineales, vía endopélvica. Las hernias se producen entre el elevador y el isquiococcígeo (1) entre los fascículos del elevador (2).

Reseña clínica

Estas hernias pueden producir diversos cuadros clínicos:

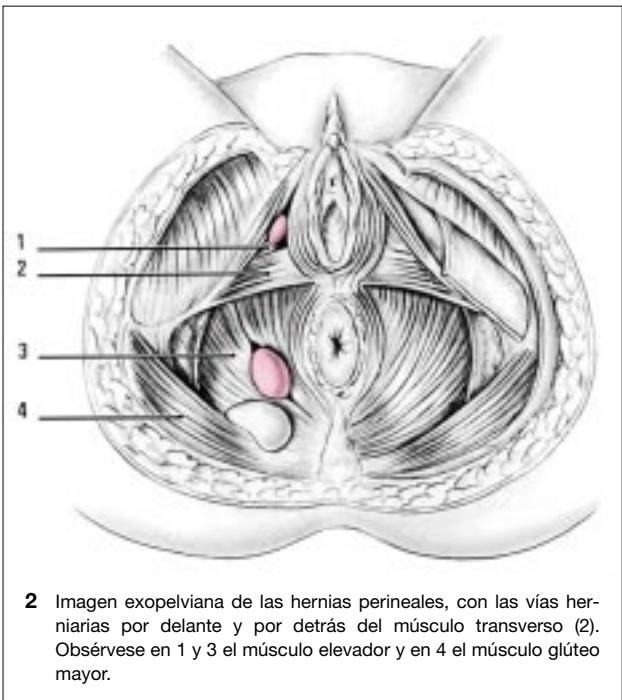
- estrangulación, con síndrome oclusivo del intestino delgado;
- tumefacción: la mayoría de las veces isquiática, lateranal, reducible, expansiva a la tos, y de tamaño variable

Jean-Henri ALEXANDRE: Chirurgien des hôpitaux de Paris, professeur des Universités.

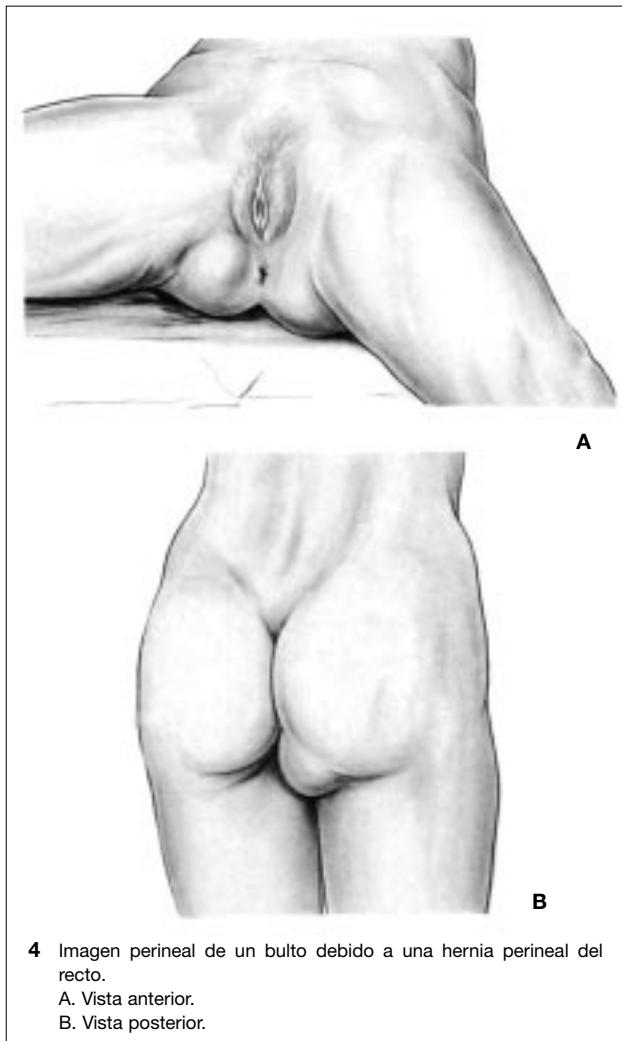
Jean-Luc BOUILLOT: Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Nidal BEHNI: Chef de clinique-assistant des hôpitaux de Paris.

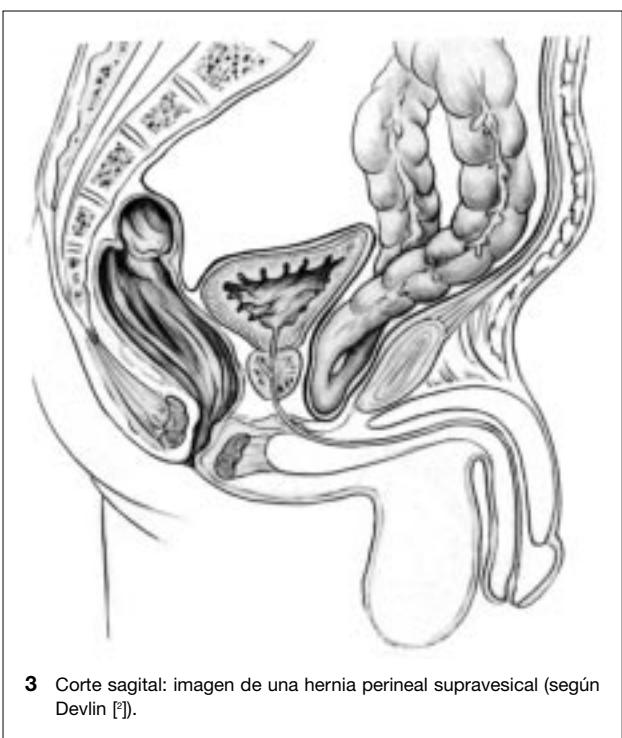
Hôpital Broussais, service de chirurgie générale et digestive, 96, rue Didot, 75014 Paris.



2 Imagen exopelviana de las hernias perineales, con las vías herniarias por delante y por detrás del músculo transverso (2). Obsérvese en 1 y 3 el músculo elevador y en 4 el músculo glúteo mayor.



4 Imagen perineal de un bulto debido a una hernia perineal del recto.
A. Vista anterior.
B. Vista posterior.



3 Corte sagital: imagen de una hernia perineal supravesical (según Devlin [2]).

entre 3 y 8 cm. A veces es labial, reducible y expansiva (fig. 4);

— excepcionalmente, alteraciones funcionales menores: urinarias, pesadez perineal.

Tratamiento quirúrgico

Si la situación no es urgente, una opacificación del colon y el intestino delgado y una tomografía computadorizada son útiles para precisar el diagnóstico y la vía de acceso. La presencia del recto o de la vejiga urinaria en la hernia lleva a optar por la vía abdominal.

Vía abdominal [2, 3, 5]

Es la utilizada con más frecuencia.

Se realiza una incisión media infraumbilical, con el paciente en posición de Trendelenburg.

La tracción de las vísceras hacia arriba muestra el paso del intestino por un orificio hacia el suelo perineal.

Una tracción suave en el intestino permite reducir la hernia. Se tira el saco hacia la pelvis. Se cierran los bordes musculares de la hendidura utilizando puntos separados de hilo no reabsorbible, lo cual no siempre es posible dada la profundidad de la pared. Si la hendidura es amplia o la pared parece frágil, puede efectuarse un refuerzo interno mediante aposición-sutura de una prótesis: malla de dacrón, malla de polipropileno o politetrafluoroetileno [1, 3].

La intervención se completa con una peritonización de la pelvis menor, anulando el fondo de saco de Douglas (Charrier y Gosset).

Cuando la hernia perineal contiene el recto, algunos autores realizan una pexia del recto en el promontorio, con cintillas de dacrón. La aproximación muscular parece imposible y la aplicación de una prótesis difícil dada la profundidad de la pared.

Vía perineal

Puede parecer atractiva, dado que es superficial, pero en realidad es difícil y expone a recidivas.

La incisión se realiza sobre el tumor, accediendo por vía directa al saco herniario. Esto facilita la disección, al igual que la reducción. Sin embargo, la reparación por esta vía es

siempre delicada y la aproximación muscular aleatoria. Debe realizarse con puntos de hilo no reabsorbible.

Vías abdominal y perineal combinadas [6,7]

Esta vía mixta se utiliza en casos de hernias voluminosas, cuando el saco desciende y se adhiere a partes blandas del perineo. Se justifica cuando la piel del perineo muy distendida por el contenido herniario, debe extirparse. Koontz utiliza dos tiempos sucesivos: una vía abdominal para tratar la hernia y una vía perineal, dos semanas después, para realizar la excisión y sutura cutánea [4].

Resultado

El pronóstico suele ser bueno. Se han descrito recidivas, especialmente tras la cura por vía perineal. De ahí la recomendación de reforzar la pared muscular por vía pélvica, colocando una prótesis no reabsorbible como para las hernias perineales incisionales [1].

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención: ALEXANDRE JH, BOUILLOT JL et DEHNI N. – Traitement chirurgical des hernies périnéales latérales. – Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris-France), Techniques chirurgicales – Appareil digestif, 40-157, 1994, 4 p.

Bibliografía

- [1] ALEXANDRE JH, DUPIN Ph, BOUILLOT JL, LEVARD H, ETIENNE JC. Eventrations périnéales postopératoires. Med Chir Dig 1983 ; 12 : 433-437
- [2] DEVLIN HB. Supravesical hernia. In : Management of abdominal hernias. Butterworth. London. 1988 ; pp 154-155
- [3] KOONTZ AR. Perineal hernia ; report of a case with many associated muscular and facial defects. Ann Surg 1951 ; 133 : 255-260
- [4] PEARL RK. Perineal hernia. In : Hernia, NIHUS LM, Condon RE eds. JB Lippincott. Philadelphia. 1995 ; pp 451-454
- [5] ROMAN S, DAVID C, BUNESCU J. Hernie périnéale volumineuse par glissement de l'ampoule rectale. Lyon Chir 1963 ; 59 : 300-301
- [6] SALMON R, MILLAT B, GAYRAL F, LARRIEU H. Hernie périnéale du rectum. J Chir 1979 ; 116 : 521-524
- [7] SARR MG, STEWART JR, CAMERON JC. Combined abdominoperineal approach to repair of postoperative perineal hernia. Dis Colon Rectum 1982 ; 25 : 597-599