

HERNIA PERINEAL

PRESENTACION DE UN CASO

Dr. RICARDO GALDOS H. (*), Dr. LUIS ESTEVES F. (**), Dr. LUIS LEON A. (***)

Con relativa rareza, ginecólogos, cirujanos del abdomen y cirujanos generales, tienen que enfrentarse a lesiones pseudotumorales del periné que pueden no haberlas visto a través de su vasta experiencia quirúrgica. Una de estas lesiones, está dada por la hernia perineal.

Las hernias perineales forman parte del grupo de las llamadas hernias raras, entre las cuales ocupa el segundo lugar en orden de su rareza, siendo la secuencia:

- 1.— Hernia Ciática.
- 2.— „ PERINEAL.
- 3.— „ Lumbar.
- 4.— „ Obturadora.
- 5.— Hernias Internas.

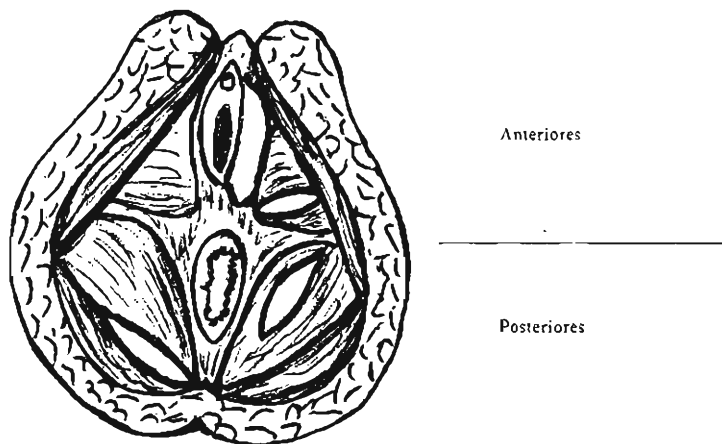
La hernia perineal constituye una protrusión de las vísceras abdominales y/o pelvianas a través de los músculos y fascias que forman el suelo de la pelvis.

Sinonimia.— La Hernia perineal ha sido descrita con diferentes nombres: H. Isquiorrectal, H. Pudenda, H. Labial Posterior, H. Subpubiana, H. del fondo de saco de Douglas, H. Vaginal, etc. para señalar las principales.

Miles (1) le dio el término de "Hernia Pelviana", considerando que el tipo de hernia a señalar debe depender del punto de salida en el abdomen, antes que de l punto de aparición de la protrusión; sin embargo, tal designación tendría que incluir a las lesiones o hernias ciáticas y obturadoras, que como se comprende no deben involucrarse en este grupo. Posiblemente el mejor término para su uso general es el de "Hernia Pelviana Externa".

(*) Asistente del Dpto. de Ginecología del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
(**) Jefe del Dpto. de Ginecología del INEN.
(***) Ex Residente de Cirugía del INEN.

FIG. N° 1.—Localización de las Hernias Perineales.



Debido a su variada nomenclatura, y a los diferentes criterios de clasificación, hay dificultad para determinar exactamente cuántos casos de hernia perineal se han reportado en la literatura. Hasta 1951 A. Koontz (3) pudo hallar 91 casos aptos para ser involucrados en esta categoría de lesiones, y agregó uno más.

Etiopatogenia.— Como se sabe, el suelo de la pelvis está formado por el elevador del ano y el músculo coxígeo y sus fascias. La predisposición congénita es el factor más importante en el desarrollo herniario, tanto que un agujero o defecto del piso pelviano, permite que un proceso peritoneal emerja, formando así el saco de la hernia perineal. El intersticio entre el elevador y el coxígeo es el sitio usual para que tal orificio ocurra, la falta de coalescencia entre el borde interno del elevador y el borde o pared vaginal, anotamos nosotros.

Igualmente la profundidad del saco de Douglas ha sido sugerida por algunos autores como factor importante en el desarrollo de estas hernias. En el embrión el fondo desciende profundamente en el periné, y conforme avanza la gestación, se produce una resolución o retroceso del mismo. Si ocurre una falla en este retroceso, persistirá un proceso peritoneal análogo a la condición de la hernia inguinal congénita.

Las injurias que lesionan el suelo pelviano en la vida adulta, pueden ser factor determinante de esta hernia, y entre estas injurias señalaremos los desgarros que se producen durante el parto, infección del suelo pelviano, presencia de ascitis crónica, esfuerzos de diversa clase.

Tipos de hernia perineal.— Las hernias perineales son de dos tipos:

- a) Anteriores: o vaginales o también llamadas labiales.
- b) Posteriores o rectales.

Clasificación que depende si el saco está situado antes o detrás del músculo transverso del periné.

La hernia perineal anterior es la que emerge a través del suelo pelviano anterior hasta el transverso del periné. Su presencia es negada en el hombre.

En la mujer la hernia puede hacerse presente cerca del tercio posterior de los labios mayores, y en este sitio también hacen su aparición las hernias pudendas y deben ser distinguidas además de las hernias inguinales que poseen gran saco herniario. Las hernias perineales anteriores son las que con mayor frecuencia hacen descender la vejiga, determinando las hernias de la vejiga, mientras que en el saco no es frecuente encontrar intestino o epiplón como se encuentra en otras hernias.

La hernia perineal posterior ha sido apreciada en ambos sexos, pero con alta predominancia del sexo femenino hasta la proporción de 5: 1.

En el hombre el saco herniario desciende entre el recto y el cuello de la vejiga-próstata y uretra, y aparece como un bulto en el periné usualmente a un lado del ano. En la mujer las hernias posteriores descienden entre el recto y el útero-vagina, y pueden emerger en el espacio isquiorectal bajo la margen inferior del músculo glúteo mayor, semejando así a la hernia ciática. Si existe alguna falla en el tabique recto vaginal, la hernia puede abultar en la pared vaginal posterior o sobre la pared rectal anterior. El contenido del saco herniario corrientemente es el intestino y/o el omento.

Sintomatología.— Como en toda hernia no complicada, son hallazgos significativos de la hernia que nos ocupa: la presencia de una tumoración blanda no dolorosa y reductible en el periné, que se hace prominente con el esfuerzo, en posición de pie o de cuclillas principalmente, pudiendo llegar a ser timpánicas. La estrangulación no es frecuente. Transtornos urinarios del tipo de disuria o incontinencia urinaria estarán presentes cuando se halle incluida la vejiga. Cuando las hernias perineales son muy grandes, dan lugar a síntomas de dificultad defecatoria.

Diagnóstico.— El diagnóstico está basado en la sintomatología y en los hallazgos del examen clínico, pudiendo apreciarse algunas veces el agujero a través del cual ellas son reducidas. El estudio radiográfico mediante la pielografía ex-

cretoria y el neumoperitoneo pelviano brindan gran ayuda en el diagnóstico. En el diagnóstico diferencial cabe señalar que la variedad anterior ha sido confundida con hernias inguinales, con quistes y abscesos labiales.

La variedad posterior cuando tiene un cuello pequeño, puede confundirse con un quiste vaginal. Michelson y Lukin reportan un caso en el que un supuesto pólipo fue escindido con la muerte subsiguiente de la paciente. Otras veces se acompaña de prolapso rectal secundario a la hernia, siendo la pared rectal una de las cubiertas del saco. La literatura señala que la amputación de un supuesto prolapso, rectal simple, al abrir el saco se lesionó el intestino en el contenido, con la consiguiente peritonitis.

Tratamiento.— La hernia perineal puede ser intervenida tanto por vía abdominal como por vía perineal, o por ambas. La vía perineal es la preferida ya que permite abordar totalmente al orificio herniario. Cuando las estructuras son débiles, puede reforzarse el suelo pelviano con una malla de tantalio, y completar la operación con el tiempo perineal.

Dada la extrema rareza de la hernia perineal, y considerando que Watson (2) en toda su trayectoria quirúrgica solo pudo ver un caso de este tipo de lesión, es que traemos a Uds. uno de nuestra experiencia privada, con doble finalidad: la primera para hacerles ver el punto de aparición en el periné, que puede confundirse con una masa tumoral, y la segunda los medios de diagnóstico y tratamiento.

Caso Clínico.— Se trata de una paciente de 49 años, casada, nulípara, que desde diez años atrás presenta una tumoración en la región para-anal derecha, de crecimiento progresivo, más notorio en el último año. Dicha tumoración se propulsaba con el esfuerzo de la tos, defecación y sobre todo al tomar la posición de cuclillas.

En el transcurso del año anterior a la consulta, presentó incontinencia urinaria al esfuerzo en forma esporádica. Sus ciclos menstruales se presentaban con regularidad, apreciando únicamente cierto incremento de la sangre menstrual. El examen clínico de la paciente no evidenció patología en los diferentes sistemas y aparatos. La percusión de la columna despertaba dolor entre D₈ y L₃, en relación con una espondiloartrosis.

El abdomen y regiones inguinocrurales no mostraban alteración alguna.

En el examen preferencial perineal, al esfuerzo de la paciente se notaba una tumoración que se propulsaba en la región para anal derecha y sobre la parte

inferior del glúteo correspondiente. La tumoración era de consistencia blanda, de 10 x 8 cms. reducible, no dolorosa. Los genitales externos hipotróficos, el introito vaginal estrecho; la vagina y los fondos de saco normales.

Presionando el borde derecho de la vagina, e invitando a la paciente para que realice esfuerzo se evitaba la protrusión tumoral anotada, haciendo sospechar de que se trataba de una hernia perineal. El cuello uterino sin patología ostensible, el cuerpo uterino con pequeñas nodulaciones de fibromiomas que lo agrandaban discretamente, en látero posición derecha. Al tacto rectal la ampolla es libre y mostraba mayor amplitud en el lado derecho, donde existía el defecto con el saco herniario.

En la urografía excretoria se pudo apreciar una anomalía congénita que estaba dada por la existencia de un doble sistema pielo calicial derecho, y do-

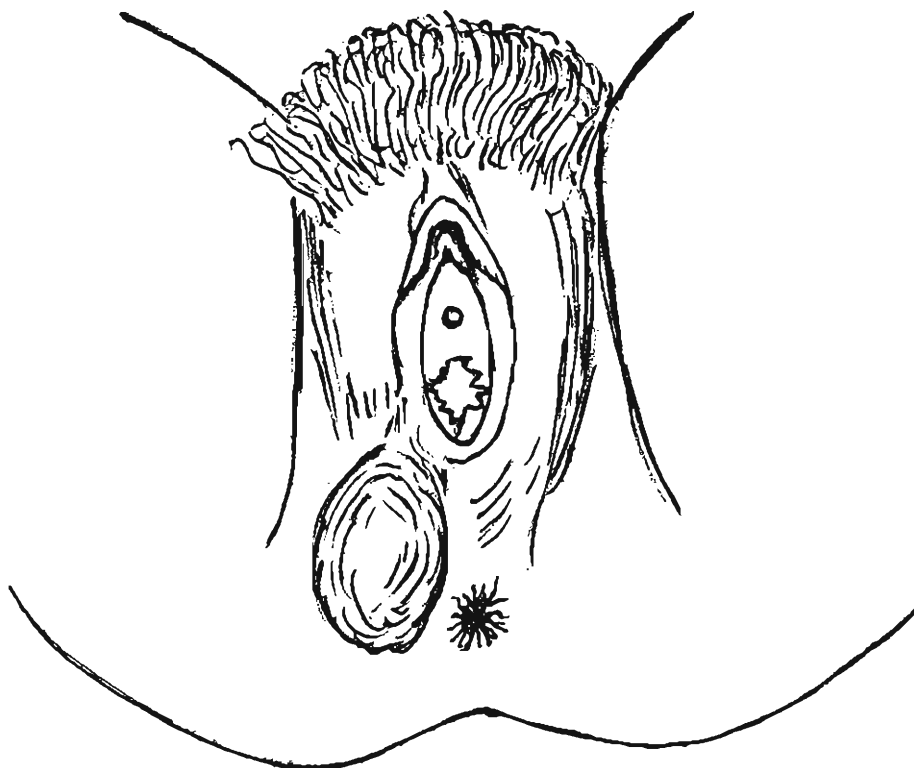


FIG. 2.—Punto de propulsión de la hernia perineal: Nótese el abombamiento o tumoración para-rectal.

ble ureter parcial del mismo lado. Ambos riñones morfológica y funcionalmente normales. La vejiga constantemente deformada a expensas de su porción derecha, la que estaba plegada y mostraba deslizamiento de parte de esta porción hacia el periné, dando la impresión de estar alojada en el saco herniario.

Con el diagnóstico clínico-radiológico de hernia del periné, fue laparotomizada, encontrándose un saco herniario profundo, cuyo orificio o cuello estaba en la región paravesical derecha, y su polo distal avanzaba profundamente en el periné a través de un defecto o agujero en el suelo de la pelvis.

Se procedió a practicar histerectomía con la técnica de Richardson, abriendo el ligamento ancho derecho hasta exponer la arteria uterina en su entrecruzamiento con el uréter derecho, siendo ligada a este nivel; se abrió el túnel del

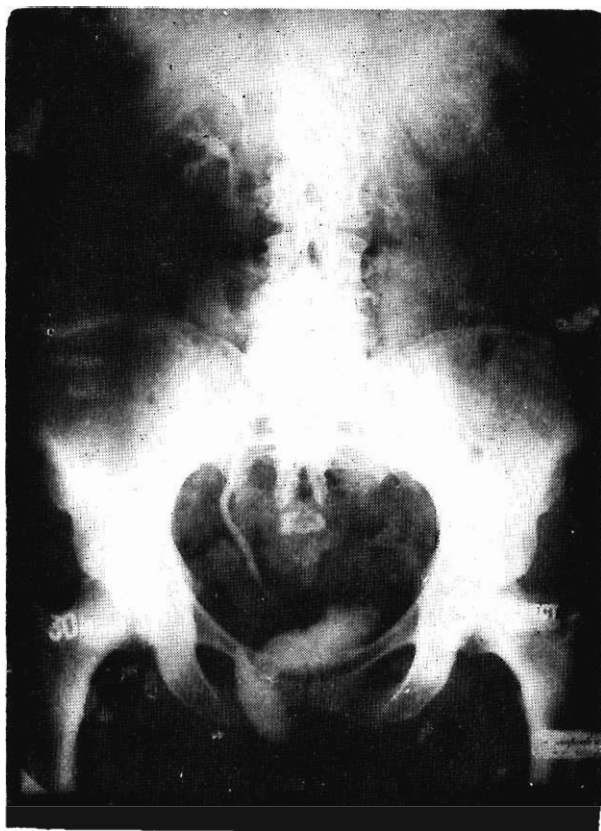


FIG. 3.—Anomalía congénita: doble sistema pielocaliceal derecho y doble uréter parcial del mismo lado.

Deformación vesical en su porción derecha, la que está protruida con el saco herniario, a través del periné.

uréter derecho para seguirlo hasta su inserción en la vejiga, y liberar así un segmento de vagina (tercio superior). Se individualizó el saco herniario, apreciando el deslizamiento de la vejiga a través de él, y exponiendo así el orificio de salida de la hernia en el suelo pelviano, el que estaba formado por el borde interno del elevador derecho y el borde derecho de la vagina, como si estos elementos no hubiesen tenido coalescencia. Se liberó entonces y repuso en situación anatómica la porción de vejiga deslizada, se resecó el saco herniario y luego se procedió a la sutura del orificio herniario, afrontando la brecha con puntos de seda número 1, el borde interno del elevador a la pared de la vagina, en dos planos. Se practicó la histerectomía ligeramente ampliada en vagina, haciendo adecuada suspensión de la misma mediante los ligamentos sacro-uterinos. Se peritonizó el lecho cruento, y se eliminaron todas las depresiones del peritoneo pelviano por suturas de cerclaje, dejándolo completamente plano. Inmediatamente se practicó suspensión de la vejiga mediante la técnica de Marshall Marchetti.

No practicamos reparo perineal como aconsejan algunos autores (1), (2), dadas las precauciones tomadas durante el reparo por la vía abdominal.

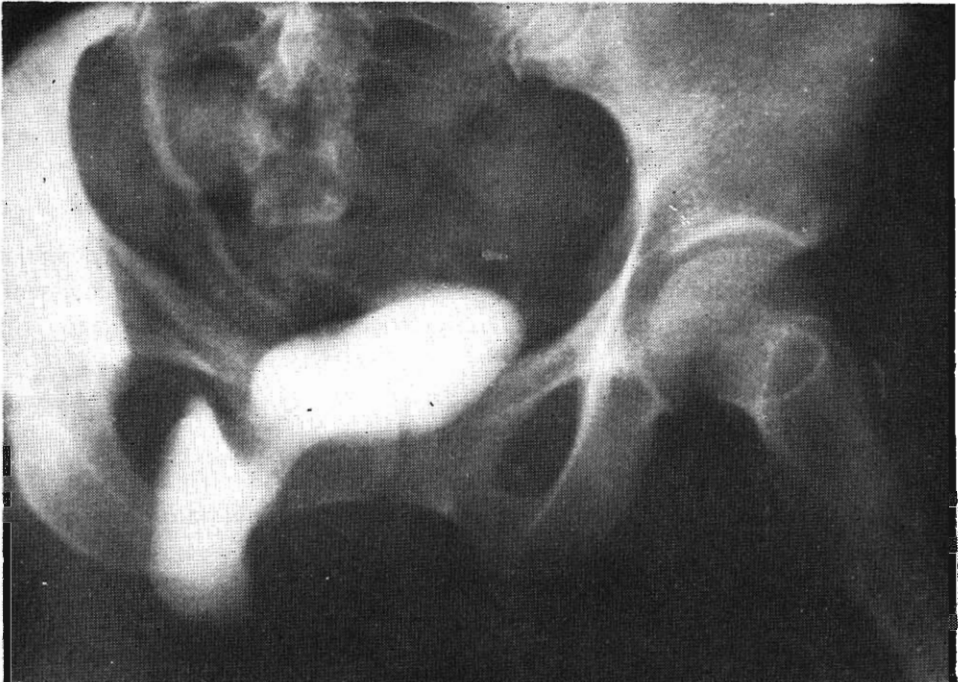


FIG. 4.— Imagen cistográfica que muestra la dirección del saco herniario y la protrusión vesical.

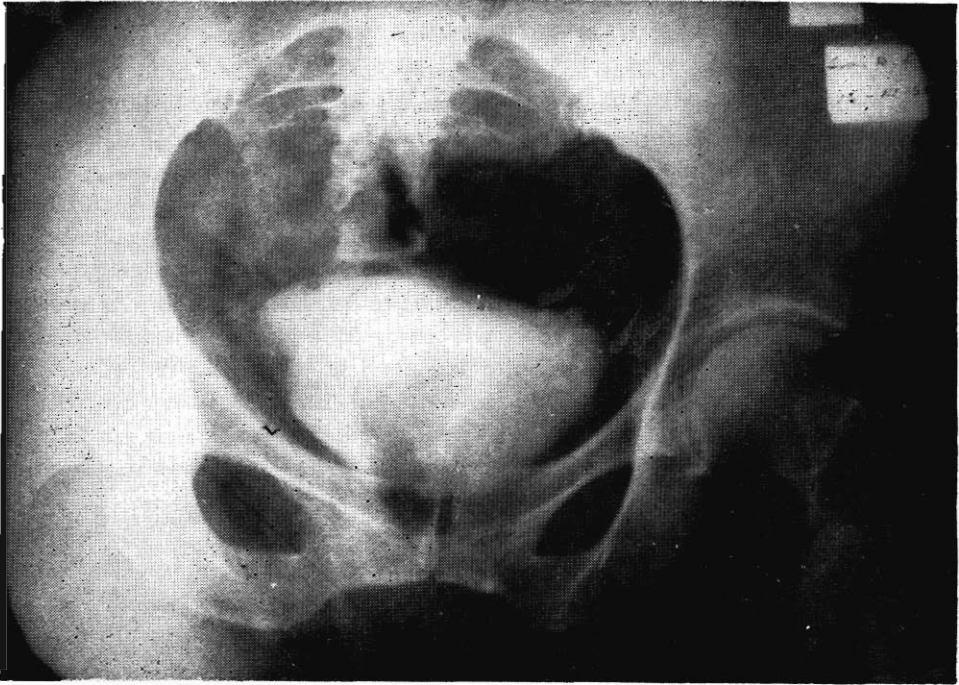


FIG. 5.—Cistografía tomada a los tres meses de operada. Se aprecia irregularidad de la vejiga en su cara posterior, por plicatura de ésta a la fascia.

El control radiográfico post operatorio efectuado tres meses después, permitió apreciar cierta irregularidad de la vejiga en su cara posterior, aparentemente debida a la plicatura de la fascia al practicar la suspensión vesical.

CONCLUSIONES

- 1.— Presentamos un caso de hernia perineal en una mujer nulípara de la quinta década.
- 2.— La predisposición congénita en esta paciente ha sido el factor determinante principal, la falta de unión entre músculo elevador y borde derecho de la vagina.

- 3.— La hernia perineal en el grupo de las hernias raras sólo es superada en rareza por el grupo de hernias izquiáticas.
- 4.— El diagnóstico preciso, fue posible establecerlo clínicamente.
- 5.— Adecuado tratamiento quirúrgico por vía abdominal, ha sido suficiente para corregir este defecto.

SUMMARY

The authors presented a case of perineal hernia. Congenital predisposition is the main factor. Clinical diagnosis was done in this case. Surgical treatment was performed by abdominal technic.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— ALLEN ARTHUR W.: Abdominal Surgery by forty one authors: 1961, pg. 148.
- 2.— CHRISTOPHER: Text Book of Surgery, Fourth Edition: 1947, pg. 1212.
- 3.— KOONTZ A. R.: Peritoneal hernia, Report of a case with many asociated muscular and fascial defects. *Annales of Surgery*: 133: 255; 1951.
- 4.— STONE HARVEY: Practice of Surgery: Vol. 7, 1946.