



V-058 - HERNIA PERINEAL: REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA CON MALLA COMPUESTA

L.M. Estela Villa, C. Sánchez del Pueblo, M. Flórez Gamarra, V. Muñoz López-Peláez, N.J. Cervantes Juárez, F. Esteban Collazo, R. Sanz López y A.J. Torres García

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción: La hernia perineal es una complicación infrecuente tras la resección abdominoperineal del recto. Se han descrito diversos accesos para la reparación herniaria: transabdominal, transperineal y el abordaje combinado, sin establecerse el ideal.

Caso clínico: Mujer de 84 años con antecedentes de hipertensión arterial y bocio endotorácico, a quien se le realizó amputación abdominoperineal laparoscópica en febrero del 2012 por adenocarcinoma de recto pT3N1. Previo a la intervención la paciente recibió radioquimioterapia neoadyuvante. Doce meses después de la cirugía, presenta sensación de bulto a nivel de región perineal asociado a leve dolor. A la exploración presenta tumoración perineal fluctuante, con diagnóstico presuntivo de seroma de herida quirúrgica se realiza drenaje objetivándose la presencia de asas de intestino delgado. En la resonancia magnética se observa marcado defecto de suelo pélvico con prolapso no obstructivo de asas de intestino delgado en relación a hernia perineal y sin recurrencia de enfermedad. Se realiza intervención quirúrgica bajo anestesia general, en posición de litotomía, neumoperitoneo abierto según técnica de Hasson y colocación de 3 trócares más (de 5-12-5 mm, los dos primeros en fosa iliaca derecha y el otro en la izquierda), se realiza disección de asa de intestino delgado adherida a periné objetivándose defecto herniario de 8 × 7 cm; hernioplastia con malla compuesta (Ventralax ST) de 8 cm fijada con puntos sueltos de sutura absorbible (Vicryl) a promontorio, fundus vaginal y peritoneo parietal. Durante el ingreso presentó infección del tracto urinario, y fue dada de alta al cuarto día postoperatorio. No se ha evidenciado recidiva herniaria tras 12 meses de seguimiento.

Discusión: La hernia perineal es definida como la protrusión de contenido de la cavidad abdominal a través de defectos en el suelo pélvico. La frecuencia de hernia perineal sintomática tras resecciones abdominoperineales se encuentra entre 0,3-0,9%, existiendo en la literatura aproximadamente 100 casos en los últimos 70 años. Lograr una escisión total del mesorrecto satisfactoria, podría resultar en un gran defecto del suelo pélvico requiriendo cierre primario e incluso reconstrucción con flaps miocutáneos o prótesis, sin haberse demostrado disminución de la incidencia de hernia perineal. Múltiples factores se han asociado al desarrollo de la hernia (abordaje laparoscópico, obesidad, histerectomía previa, tabaquismo, neoplasia de recto localmente avanzado, resecciones coccígeas, etc.), siendo el más comúnmente implicado la radioterapia neoadyuvante. La reparación herniaria con prótesis ha demostrado menor recurrencia, pero no existe consenso sobre

cuál es el mejor abordaje. La reparación laparoscópica con malla, es una técnica viable, asociada a menor estancia hospitalaria, pocas complicaciones y buenos resultados a largo plazo. Las hernias perineales son una rara complicación tras la cirugía pélvica mayor. Las hernias sintomáticas deben ser tratadas quirúrgicamente. El abordaje laparoscópico con malla impresiona ser el más adecuado debido a que está asociado a una recuperación más rápida y baja recurrencia.