



## P-373 - SERIE DE CASOS DE HERNIA PERINEAL TRAS AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL LAPAROSCÓPICA: ¿CÓMO LA MANEJAMOS?

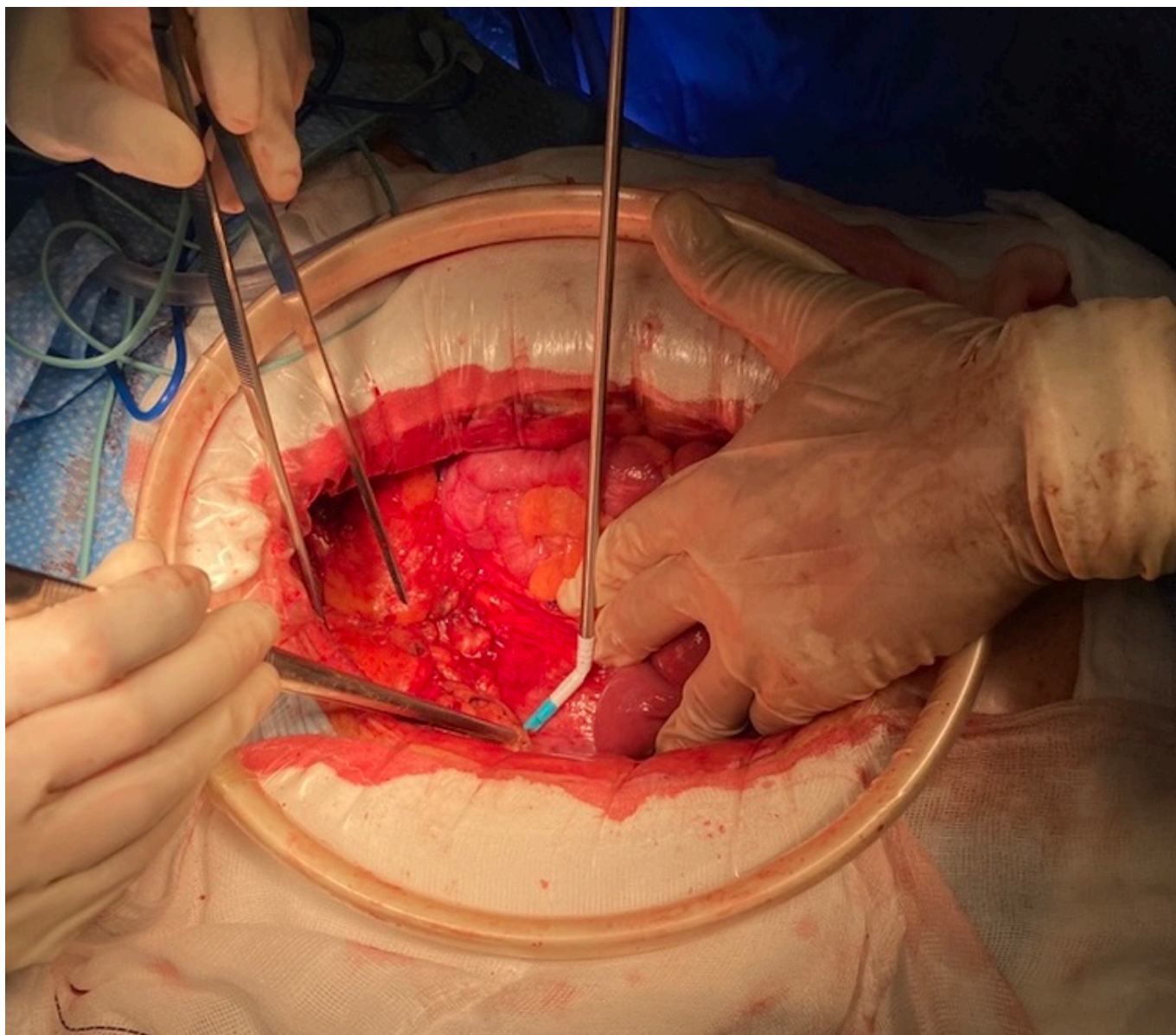
*Aguado De Benito, Alicia; Ordás Macías, Hector; Suero Rodríguez, Carlenny-Adelaida; Salanova Rodríguez, Mariana; Maderuelo García, Victoria; Valentín-Gamazo González, Isabel; Rey Fernández de Mendiola, Jon; Louredo Méndez, Ángel Martín*

*Complejo Asistencial de Palencia, Palencia.*

### Resumen

**Introducción:** La hernia perineal es una complicación infrecuente tras una amputación abdominoperineal con una incidencia en torno a un 1-10%. Son factores de riesgo el sexo femenino, el tratamiento neoadyuvante con quimiorradioterapia, el tipo de cierre y la infección de la herida perineal. No hay consenso sobre su tratamiento pudiendo hacer un abordaje abdominal, perineal o combinado con el fin de reforzar el piso pélvico debilitado quirúrgicamente. El objetivo es presentar 3 casos de hernia perineal, complicación perineal infrecuente tras una amputación abdominoperineal laparoscópica.

**Caso clínico:** Caso 1. Mujer de 69 años hipertensa e intervenida de AAP laparoscópica que acude a las dos semanas de la intervención por clínica de obstrucción intestinal de 2 días de evolución, con colostomía no funcionante. En la radiografía: dilatación de asas intestinales. En TC: hernia incisional perineal encarcelada con un defecto de 2,2 cm en plano axial en el que se introduce un segmento de 4 cm de íleon distal que muestra compromiso isquémico. Caso 2. Varón de 71 años dislipémico e intervenido de AAP laparoscópica que acude al mes de la intervención por dolor abdominal, náuseas, vómitos y febrícula de 3 días de evolución. TC: cambio de calibre en pelvis menor. Caso 3. Varón de 56 años fumador y bebedor que es intervenido de AAP laparoscópica y en los controles posoperatorios presenta al año de la intervención hernia perineal dolorosa a la sedestación y adenopatía patológica en cadena iliaca derecha. Caso 1. Se realiza laparoscopia exploradora urgente con sección de un punto perineal de Vicryl que causaba la obstrucción y liberación del asa intestinal. No es necesaria la resección intestinal. A los 5 meses presenta evisceración de hernia perineal que requiere cirugía urgente con reparación de hernia perineal con doble malla Bio-A intraabdominal e IPOM en orificio herniario pélvico por vía perineal. No es necesaria la resección intestinal. Caso 2. Ante el fracaso del tratamiento conservador se indica laparotomía exploradora urgente que evidencia hernia perineal encarcelada que se libera y se repara realizando omentoplastia. Caso 3. Se realiza reparación laparotómica usando *flap* de vejiga y peritoneo vesical que cierra el espacio pélvico y se apoya también sobre el epiplón. Se fija con dos suturas continuas de Vicryl y Glu-tack. Sobre este cierre se coloca una malla de BioA. Tiempo perineal: resección del saco herniario y cierre por planos del tejido celular subcutáneo.



**Conclusiones:** La incidencia de complicaciones perineales tras la realización de una amputación abdominoperineal se sitúa entre el 20-58%. En esta intervención se generan grandes defectos perineales difíciles de reparar y cuyo abordaje debe ser individualizado. La hernia perineal es una complicación infrecuente. No hay consenso sobre el abordaje quirúrgico por lo que actualmente es un desafío. El objetivo es reforzar el piso pélvico debilitado quirúrgicamente y se pueden usar mallas, colgajos o sutura primaria. La tasa de recurrencia es del 0-30%, siendo la infección de la herida el principal factor predisponente.