



P-510 - REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE HERNIA PERINEAL SECUNDARIA A AAP

López Marcano, Aylhin J.; de la Plaza Llamas, Roberto; Ramia Ángel, José Manuel; Kuhnhardt Barrantes, Andree W.; Arteaga Peralta, Vladimir; Gonzales Aguilar, Jhonny D.; Medina Velasco, Anibal A.; Alshwely, Farah

Hospital Universitario, Guadalajara.

Resumen

Introducción: La hernia perineal (HP) consiste en la salida de vísceras intraabdominales a través del suelo pélvico, generalmente es una complicación secundaria a una intervención en esta región, se presenta con muy poca frecuencia (1%) tras una amputación abdominoperineal (AAP). Las opciones de reparación son múltiples incluyendo abordajes intraabdominales (laparoscópica o abierta), perineal o ambos, pero no hay consenso sobre la técnica más óptima.

Caso clínico: Presentamos un paciente varón 55 años de edad intervenido en otro centro con antecedentes de una TEM por una lesión polipoidea sésil, con biopsia de adenoma veloso con displasia grave, a 6 cm de MAE, hace 5 años con antecedente de FA anticoagulada con sintrom. En el seguimiento presentó recidiva local (uT3), por lo que recibió neoadyuvancia (radioterapia y quimioterapia) y se practicó una AAP laparoscópica 10 meses antes de ser valorado en nuestro servicio. El estudio reveló pT1N0, posteriormente recibe quimioterapia adyuvante. En las TC controles se evidencia una hernia perineal conteniendo asas de intestino delgado que condicionaba la calidad de vida del paciente. Realizamos reparación vía laparoscópica de la hernia perineal, el paciente se colocó en decúbito supino con abducción de miembros inferiores. El neumoperitoneo se estableció a través de un puerto supraumbilical tipo Hasson, introducido por técnica abierta, estableciéndose una presión intrabdominal de 12 mmHg. Se introdujeron bajo visión directa los puertos de 5 mm en flanco derecho, otro de 11 mm en FID y uno de 5 mm en FII. Se hallaron asas de intestino delgado dentro de la pelvis menor y en el saco herniario a través del suelo pélvico. Se revisó la cavidad abdominal y se colocó al paciente en posición de Trendelenburg para facilitar la movilización del intestino delgado al hemiabdomen superior y permitir la visión de la pelvis y del defecto herniario. Se identificaron y marcaron los uréteres y vasos ilíacos. Se midió el diámetro del orificio pélvico para medir el tamaño de la malla de PTF (10 cm), fijándose al peritoneo con sutura barbada y puntos de seda. No presentó complicaciones postoperatorias y fue dado de alta a los 4 días. A los 3 meses de seguimiento no ha presentado recidiva.

Discusión: En este paciente los antecedentes de cirugía pélvica previa y el tratamiento radioterápico previo fueron posibles factores de riesgo para la formación de la HP, además en la AAP laparoscópica, la mayoría de los grupos no cierran el peritoneo pélvico. El abordaje laparoscópico nos permitió una mejor visualización, acceso a la pelvis y evitar una herida perineal. La reparación quirúrgica de una HP se puede lograr utilizando enfoques vía perineal y abdominal abierta. La reparación vía laparoscópica puede ser una alternativa sencilla y eficaz.