

# Hernia perineal secundaria a operación de Miles. Presentación de dos casos

Gerardo Martín Rodríguez<sup>1</sup>, Camilo Sebastián Canesín<sup>1</sup>, Ezequiel Palmisano<sup>2</sup>

Unidad de Endoscopia Digestiva y Cirugía Mininvasiva, Clínica Del Angelo y Clínica Sarmiento, Formosa, Argentina

<sup>1</sup> Cirujano de Planta

<sup>2</sup> Cirujano Consultor, Universidad Nacional de Rosario

## RESUMEN

La hernia perineal es una complicación de la amputación abdominoperineal, poco frecuente y posiblemente subestimada. En los últimos años ha aumentado su incidencia, probablemente por la adopción de la técnica extraelevador y la radioquimioterapia preoperatoria. Se puede abordar por vía perineal, abdominal o combinada con similares resultados, sin evidentes ventajas de una técnica sobre la otra, por lo que esta debe adaptarse a cada caso particular. El uso de mallas ha reemplazado a la sutura primaria de la brecha. Faltan datos que soporten la utilidad de técnicas de profilaxis.

Aportamos a la literatura 2 casos de hernia perineal sintomática en 23 (8,6%) pacientes sometidos a operación de Miles que requirieron reparación quirúrgica. Un paciente masculino fue abordado por vía perineal y una paciente femenina por vía abdominal laparoscópica, reforzando en ambos el piso pelviano con malla. Tuvieron una buena evolución postoperatoria, sin presentar recurrencia a los 12 meses.

Alentamos la realización de trabajos colaborativos en Argentina que puedan aportar datos más robustos.

**Palabras clave:** hernia perineal, amputación abdominoperineal, reparación

## ABSTRACT

Perineal hernia is a rare and possibly underestimated complication of abdominoperineal resection. In recent years, its incidence has increased, probably due to the adoption of the extra-elevator technique and preoperative chemoradiotherapy.

It can be treated by the perineal, abdominal or combined approach with similar results, without obvious advantages of one technique over another, so it must be adapted to each particular case. The use of mesh has replaced the primary suture. There is a lack of data to support the usefulness of prevention techniques.

We contribute to the literature 2 cases of symptomatic perineal hernia in 23 (8.6%) patients operated on by Miles operation who required surgical repair. A male patient underwent a perineal approach and a female patient a laparoscopic abdominal approach, reinforcing the pelvic floor with mesh in both. They had a good postoperative outcome, with no recurrence at 12 months.

We encourage collaborative work in Argentina that can provide more robust data.

**Keywords:** perineal hernia, abdominoperineal resection, repair

## INTRODUCCIÓN

La hernia perineal (HP) se define como un defecto del piso pelviano a través del cual pueden protruir las vísceras intrabdominales.<sup>1,2</sup> Puede ser primaria (congénita) o secundaria (postoperatoria). El reporte inicial se atribuye a De Garangeot en 1743. Moscovitz fue el pionero en tratarla quirúrgicamente en 1916 y Yeoman describe la forma postoperatoria en 1939.

Para su resolución se proponen diferentes abordajes y técnicas. Ninguna se considera como el estándar de oro de tratamiento.<sup>1-6</sup> Presentamos la experiencia de nuestro grupo de trabajo en el abordaje de 2 pacientes con hernia perineal sintomática. La incidencia fue del 8,6% (2 de 23 pacientes sometidos a amputación abdominoperineal de Miles entre 2005 y 2021).

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. Gerardo Martín Rodríguez: [drgmrodriguez@yahoo.com.ar](mailto:drgmrodriguez@yahoo.com.ar) - [drgmrodriguez@gmail.com](mailto:drgmrodriguez@gmail.com)  
Recibido: septiembre 2022. Aprobado: mayo 2023

Gerardo M. Rodríguez: <https://orcid.org/0000-0002-0302-2518>; Camilo Canesín: <https://orcid.org/0000-0002-1529-2662>; Ezequiel Palmisano: <https://orcid.org/0000-0003-4529-7496>

**CASO 1**

Hombre de 60 años con antecedentes de tabaquismo crónico, hipertensión arterial y una operación de Miles asistida por videolaparoscopia con cierre primario del periné por adenocarcinoma del ano, que consultó al 7° mes postoperatorio por un abultamiento perineal de crecimiento progresivo (Fig. 1) y molestias en la región. Por examen físico se constató HP reductible e incoercible, con contenido intestinal corroborado por tomografía computarizada del abdomen y pelvis (Fig. 2). Se realizó una reconstrucción por abordaje perineal, con apertura del saco eventrógeno y reducción del contenido (asas intestinales y epiplón mayor) y refuerzo con prótesis de doble revestimiento (Poliéster + película absorbible de colágeno porcino, polietilenglicol y glicerol) (Fig. 3). Se fijó la malla a los reparos óseos (tuberosidades isquiáticas y coxis) y los músculos del piso pelviano con un dispositivo de fijación, interponiendo epiplón mayor. La evolución postoperatoria fue buena, otorgándose el alta institucional el 3° día. El paciente no tuvo adherencia a la adyuvancia y desarrolló metástasis pulmonares, obitando a los 18 meses por progresión de la enfermedad, sin sintomatología perineal.



Figura 1. Caso 1: Hernia perineal a los 7 meses de una operación de Miles por un adenocarcinoma del ano.

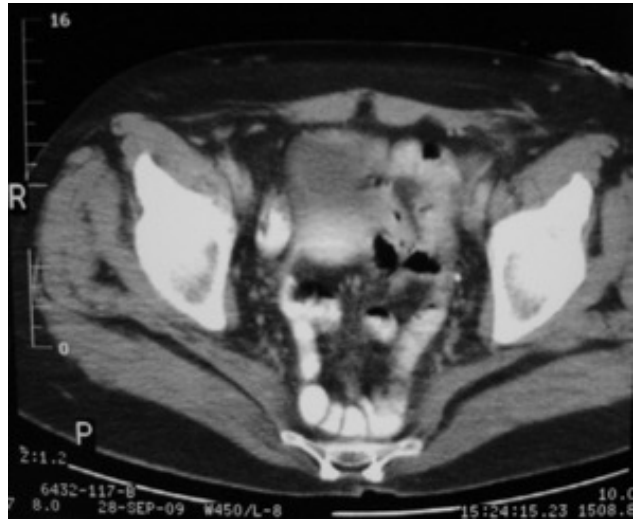


Figura 2. Caso 1: Tomografía computada donde se observa la hernia perineal y su contenido.

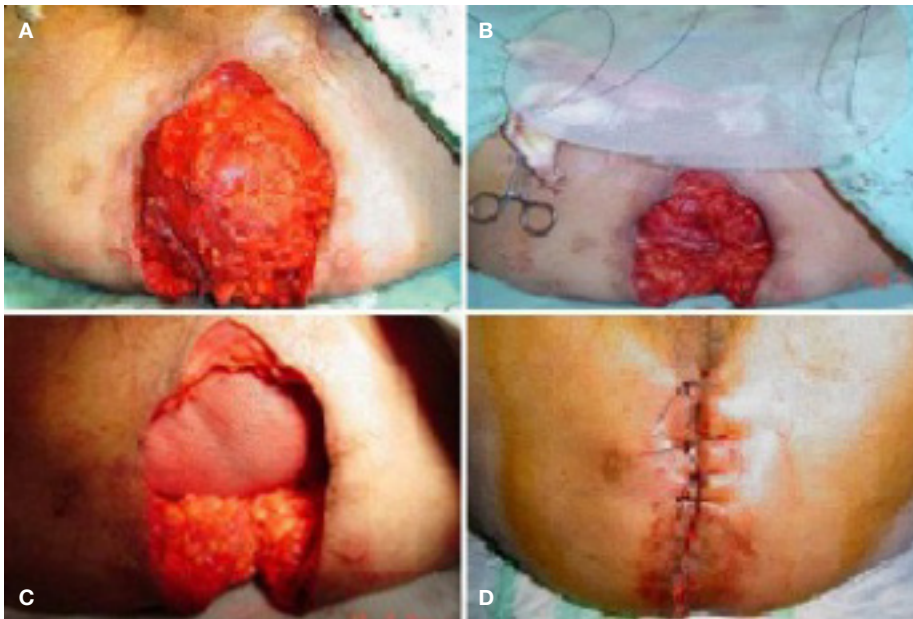


Figura 3. Caso 1: Reparación de la hernia por abordaje perineal. A. Saco herniario protruido luego de la incisión de piel. B. Contenido de asas intestinales. C. Malla colocada. D. Aspecto final con la piel suturada.

## CASO 2

Mujer de 58 años, sin antecedentes de relevancia, sometida a una operación de Miles asistida por videolaparoscopia con cierre primario del periné por adenocarcinoma del recto inferior, consultó al 4° mes postoperatorio con bulto perineal de crecimiento progresivo, disuria y molestia local. Se diagnosticó HP reductible e incoercible (Figs. 4 y 5) Se reparó por abordaje abdominal videolaparoscópico. Luego de liberar escasas adherencias laxas se redujo el contenido hacia la cavidad abdominal procediendo a la reparación del piso pelviano con prótesis de doble revestimiento, fijada a los reparos óseos y músculos del piso pelviano con dispositivo de fijación, sin omentoplastia (Fig. 6). Con buena evolución postoperatoria se otorgó alta institucional al 2° día postoperatorio. A los 12 meses de la cirugía continúa sin recidiva de la hernia (Fig. 7).



Figura 4. Caso 2: Hernia perineal a los 4 meses de una operación de Miles por un adenocarcinoma del recto. A. Vista posterior. B. Vista anterior.



Figura 5. Caso 2: Tomografía computada. Corte sagital que muestra la hernia perineal.

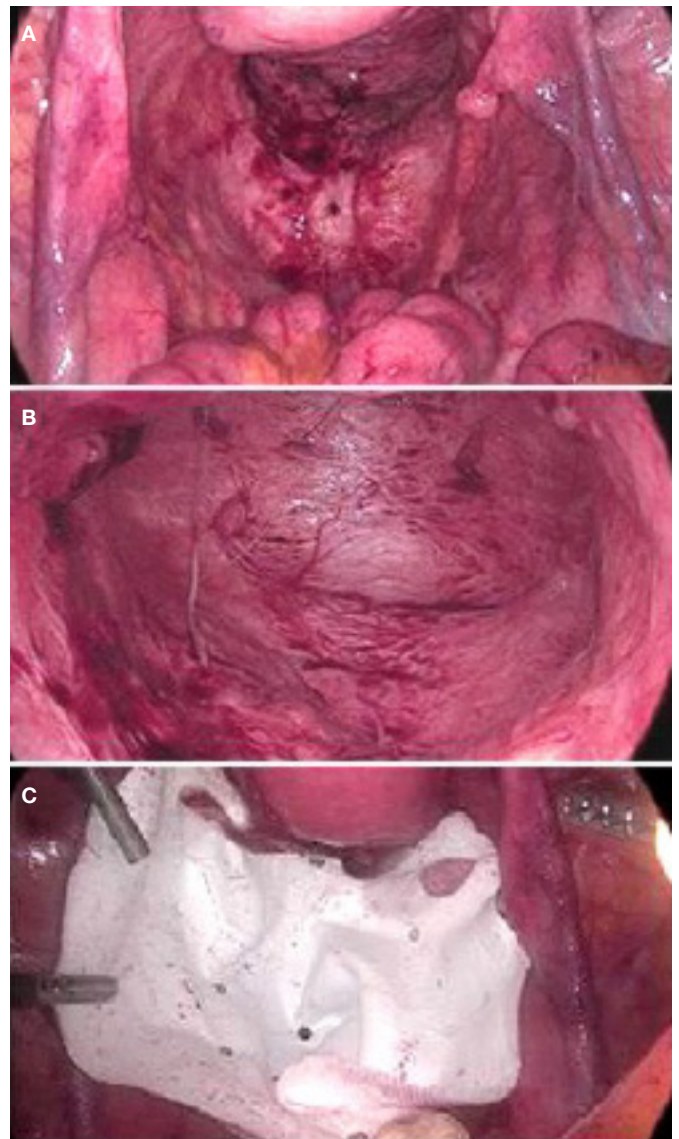


Figura 6. Caso 2: Reparación de la hernia por abordaje abdominal laparoscópico. A y B. Imagen intrabdominal de la hernia. C. Colocación de la malla.





Figura 7. Caso 2: A. Antes de la cirugía. B. Luego del reparo quirúrgico.

## DISCUSIÓN

La HP se clasifica como anterior (aparece por delante del músculo transversal del periné) y posterior (aparece a nivel del músculo elevador del ano o entre éste y los músculos coxígeos).

Las HP secundarias son hernias incisionales verdaderas en las que el defecto está en la incisión quirúrgica y el contenido del saco herniario suele ser el intestino delgado.<sup>2,4</sup>

Luego de la amputación abdominoperineal, cilíndrica o extraelevador, la ocurrencia de complicaciones perineales es relativamente frecuente. La infección y dehiscencia del sitio quirúrgico perineal o la formación de abscesos pélvicos prolongan el cuidado de la región y pueden causar complicaciones tardías de la hernia perineal.

Desde la descripción original de Miles el manejo del periné ha sido controvertido. Tradicionalmente la herida se dejaba abierta y empacada con compresas, o se cerraba solo parcialmente. Desde mediados de 1960 se preconizó el cierre de la herida perineal, discutiendo si dejar abierto o no el peritoneo pélvico mejoraba la curación. Actualmente el cierre primario es el método más empleado.<sup>4</sup>

La no HP tiene preferencia de sexo y su incidencia se reporta entre el 1 y 26%, con un aumento reciente atribuible a la práctica de la técnica extraelevador.

Principalmente se manifiesta en el primer año postoperatorio.<sup>3,6</sup> Algunos autores sugieren que puede ser más común en el abordaje laparoscópico, posiblemente por la menor formación de adherencias y/o luego de la terapia neoadyuvante.

Se mencionan como potenciales factores de riesgo: edad mayor de 60 años, obesidad, neoadyuvancia, desnutrición, tabaquismo, diabetes, enfermedades crónicas que causan ascitis (posiblemente por incrementar la presión intrabdominal), mesenterio elongado, infección de la herida perineal, falla del cierre peritoneal, extirpación del, escisión de los elevadores e histerectomía previa.<sup>2-5</sup>

Lo más comúnmente referido es la presencia de un bulto en el periné con o sin erosión de la piel y generalmente indoloro. Cuando está incluida la vejiga, se manifiestan disuria y polaquiuria. Son raros los trastornos dispépticos ocasionados por tracciones o compresión del epiplón y las asas intestinales.

Las complicaciones más serias, obstrucción intestinal y estrangulación, son infrecuentes debido a que el cuello de la hernia es amplio y el defecto muscular elástico. Lo habitual es encontrar un crecimiento y destrucción progresivos del suelo pélvico.

El diagnóstico se realiza con la historia clínica y el examen físico que es típico. Puede ser reductible o irreductible y los métodos auxiliares de imágenes (ecografía de la región perineal, tomografía axial computada o resonancia magnética nuclear) usualmente confirman el defecto e identifican los órganos herniados. Cuando no se reducen deberán diferenciarse de quistes, lipomas y otros tumores superficiales, los cuales no se extienden en profundidad.

En lo que se refiere al manejo, si la hernia es asintomática o causa escasas molestias o en los pacientes con alto riesgo de complicaciones postoperatorias se recomienda observación y control con medidas de soporte. No existen datos que sugieran que la reparación de una hernia perineal asintomática disminuya la tasa de complicaciones.<sup>4</sup>

El tratamiento más radical es la corrección quirúrgica. En el caso de una evisceración aguda con contenido abdominal está indicada la intervención urgente, con reducción del contenido y packing.

Existen varias técnicas y abordajes utilizados, generalmente orientados por el tamaño de la eventración, el contenido del saco y la magnitud de los síntomas. Puede ser perineal, abdominal o combinado, con o sin colocación de prótesis. Las maniobras básicas comprenden la reducción del contenido y la reparación del defecto.<sup>3-7,10</sup>

El **abordaje perineal** se reporta como el menos invasivo, con rápida recuperación y bajo riesgo de complicaciones postoperatorias. Se puede realizar con una incisión vertical o elíptica directamente sobre el defecto, identificando y reduciendo todo el contenido herniario, reparando y cerrando el saco si este existiera. La fijación de prótesis a estructuras firmes (coxis, tuberosidades isquiáticas y músculos del suelo pélvico), sobrepasando el defecto con cierta tensión consiguen mejor soporte del piso pelviano.

El **abordaje abdominal** permite explorar toda la cavidad abdominal y es especialmente útil en los cuadros de obstrucción donde se debe evaluar la viabilidad intestinal. También se indica en las hernias recidivantes o cuando existe alguna enfermedad asociada. La vía laparoscópica ha demostrado ser segura y efectiva.<sup>3,8,9,10</sup> También puede llevarse a cabo por abordaje robótico.<sup>11</sup>

El **abordaje combinado** se considera cuando no es posible reducir completamente el contenido y realizar una adecuada adhesiolisis por una sola vía.

**La reparación con tejido o colocación de prótesis** puede ser necesaria ya que en la mayoría de los casos el cierre del periné es dificultoso porque los bordes no pueden aproximarse sin tensión y esto conlleva más riesgo de recurrencia.<sup>12</sup> Cuando la sutura simple de la brecha perineal no es posible puede requerirse la realización de un colgajo de tejido autólogo o la colocación de una malla de tejido protésico para la reparación del defecto.

Para la primera opción se cuenta con los órganos intrabdominales (vejiga, útero y ciego) que reducen el riesgo de herniación pero no fortalecen el piso pelviano. Otra opción es movilizar el epiplón mayor, especialmente en los casos de infección que no permiten el uso de mallas. También puede recurrirse a la utilización de colgajos miocutáneos o fasciocutáneos. La reconstrucción con colgajos (de glúteo, gracilis, tensor de la fascia lata o recto abdominal) resulta una buena elección para los pacientes con riesgo de infección local, aunque requiere entrenamiento en técnicas avanzadas, incluida la microcirugía.<sup>2</sup>

La utilización de materiales protésicos surgió ante la necesidad de contar con procedimientos sencillos que aumenten la resistencia de los tejidos y eviten la tensión en las estructuras vecinas. Las prótesis biológicas tienen la capacidad de incorporarse al tejido local, promover neovascularización, ser menos propensas a la infección y originar pocas adherencias, aunque parecieran tener elevadas tasas de recurrencia.<sup>5,7</sup> Muchos cirujanos prefieren colocar mallas sintéticas, más aún si es posible realizar omentoplastia para separarlas del intestino. Para su fijación se utilizan suturas de reabsorción lenta, no absorbibles o dispositivos de fijación.

No existe un abordaje o técnica que sea estándar de oro para la corrección de la HP post-amputación abdominoperineal y cada una tiene ventajas e inconvenientes. (Tabla 1).

Tabla 1. Ventajas e inconvenientes de los diferentes abordajes quirúrgicos para la reparación de una hernia perineal.

Abordaje	Ventajas	Inconvenientes
Abdominal abierto	Permite la semiología de toda la cavidad abdominal Mayor familiaridad de los cirujanos	Mayor tiempo de internación Mayor dolor postoperatorio Más invasivo
Abdominal laparoscópico	Permite la semiología de toda la cavidad abdominal Mínimamente invasivo Rápida recuperación postoperatoria	Requiere eficiencia en cirugía laparoscópica Limitaciones ergonómicas en la disección de la pelvis
Perineal	Mejor control de la región perineal No requiere anestesia general	Campo quirúrgico limitado para la cavidad abdominal

Una revisión sistemática de la literatura entre 1946 y 2016 de 21 estudios con 108 pacientes, reportó que el abordaje fue perineal en el 69% de los casos, abdominal laparoscópico en 23%, abdominal convencional en 3%, combinado laparoscópico en 3% y combinado convencional en 2%, notando un crecimiento del abordaje laparoscópico y la utilización de diferentes tipos de malla en detrimento del cierre primario del defecto.<sup>1</sup> En nuestro equipo de trabajo la decisión del abordaje a utilizar se llevó a cabo en base a las características biomorfológicas del paciente, la experiencia en cirugía laparoscópica y la disponibilidad de poder contar con prótesis. La Sociedad Americana de Cirujanos del Colon y Recto propone un algoritmo de manejo práctico para las diferentes situaciones (Fig. 8).<sup>3</sup>

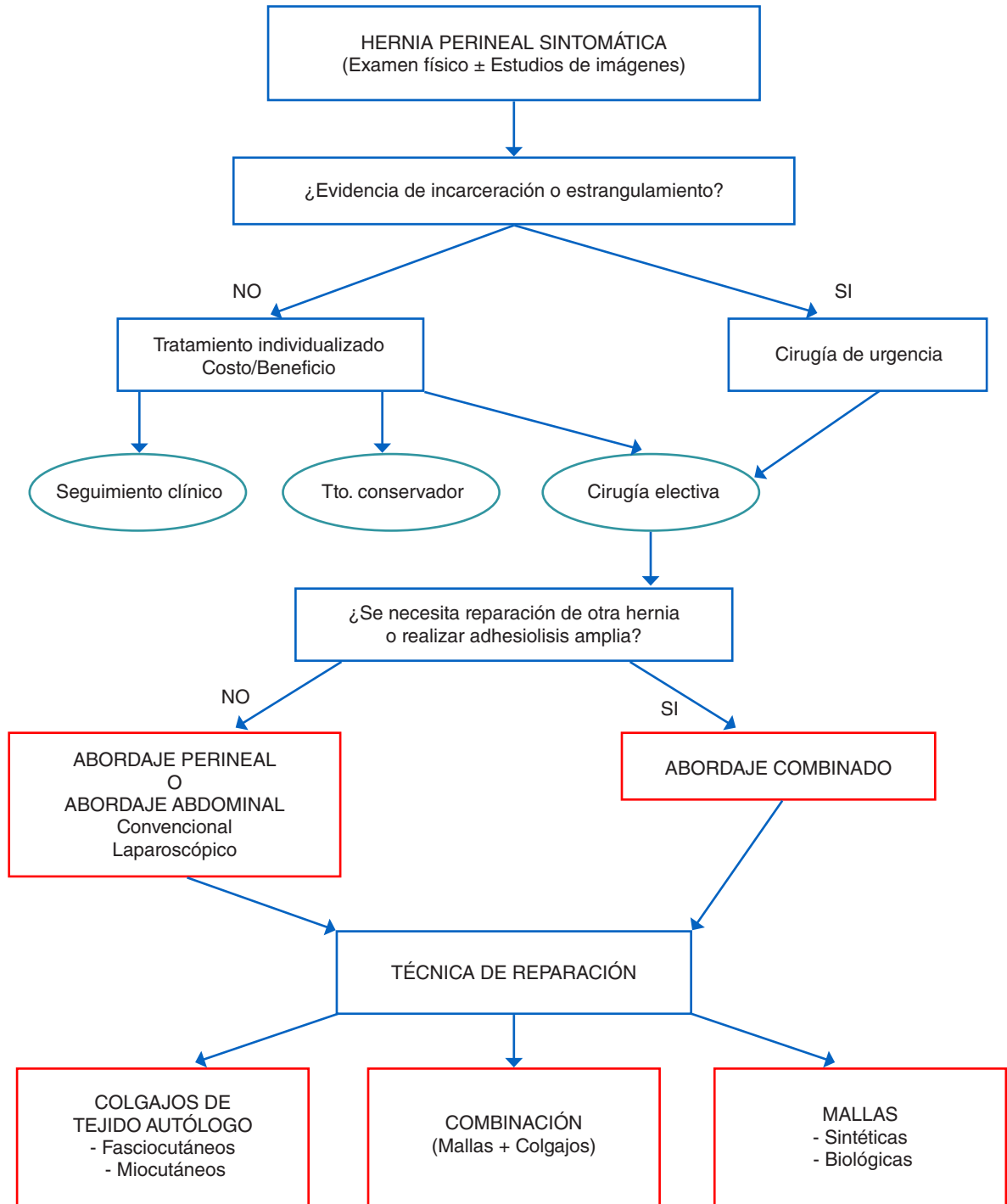


Figura 8. Algoritmo diagnóstico y terapéutico. Adaptado de Jurkeviciute y Dulskas.(3)

La recurrencia, reportada entre el 16,6 y 100%, se debe a la complejidad anatómica del área y la hiperpresión de la zona por la bipedestación. Se dificulta conocer la tasa real de recurrencia por el bajo número de casos estudiados y falta de claridad sobre los métodos de reparación.<sup>4</sup>

Para reducir la incidencia es importante la prevención para lo cual los principios técnicos a seguir son el cierre cuidadoso de la herida quirúrgica, la hemostasia meticulosa, la colocación de un drenaje pelviano aspirativo y evitar la contaminación fecal. La realización de colgajos miocutáneos o la colocación de mallas profilácticas pueden contribuir, aunque la evidencia científica al respecto es aún escasa.<sup>3,4,12</sup>

Los pacientes resueltos en nuestro grupo quirúrgico presentaron buena evolución postoperatoria y tanto la vía perineal como la vía abdominal laparoscópica fueron factibles y seguras.

## REFERENCIAS

1. Balla A, Bautista Rodríguez G, Buonomo N, Martínez C, Hernández P, Bollo J, et AL. Perineal hernia repair after abdominoperineal excision or extralevator abdominoperineal excision: a systematic review of the literature. *Tech Coloproctol.* 2017; 21:329-36.
2. Yasukawa D, Aisu Y, Kimura Y, Takamatsu Y, Kitano T, Hori T. Which therapeutic option is optimal for surgery-related perineal hernia after abdominoperineal excision in patients with advanced rectal cancer? a report of 3 thought-provoking cases. *Am J Case Rep.* 2018; 19:663-68.
3. Jurkeviciute D, Dulskas A. Diagnosis and management of perineal hernias. *Dis Colon Rectum.* 2022; 65:143-47.
4. Uriarte Vergara B, Zorraquino González A, Gutiérrez Ferreras AI, Roca Domínguez MB, Pérez de Villarreal Amilburu P, Hierro-Olabarria Salgado L. Actualización en el manejo de la hernia perineal secundaria: experiencia en una Unidad de Pared Abdominal con una serie de casos. *Rev Hispanoam Hernia.* 2021; 9:220-31.
5. Blok RD, Brouwer TPA, Sharabiany S, Musters GD, Hompes R, Bemelman WA, Tanis PJ. Further insights into the treatment of perineal hernia based on a the experience of a single tertiary centre. *Colorectal Dis.* 2020; 22:694-702.
6. Stamatiou D, Skandalakis JE, Skandalakis LJ, Mirilas P. Perineal hernia: surgical anatomy, embryology and technique of repair. *Am Surg.* 2010; 76:474-79.
7. Morales-Cruz M, Oliveira-Cunha M, Chaudhri S. Perineal hernia repair after abdominoperineal rectal excision with prosthetic mesh-a single surgeon experience. *Colorectal Dis.* 2021; 23:1569-72.
8. Goedhart-de Haan AMS, Langenhoff BS, Petersen D, Verheijen PM. Laparoscopic repair of perineal hernia after abdominoperineal excision. *Hernia.* 2016; 20:741-46.
9. Ghellai AM, Islam S, Stoker ME. Laparoscopic repair of postoperative perineal hernia. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2002; 12:119-21.
10. McKenna NP, Habermann EB, Larson DW, Kelley SR, Mathis KL. A 25 year experience of perineal hernia repair. *Hernia.* 2020; 24:273-78.
11. Maurissen J, Schoneveld M, Van Eetvelde E, Allaeyns M. Robotis-assisted repair of perineal hernia after extralevator abdominoperineal resection. *Tech Coloproctol.* 2019. doi:10.1007/s10151-019-01969-0.
12. Maeda Y, Espin-Basany E, Gorissen K, Kim M, Lehur PA, Lundby L, ET AL. European Society of Coloproctology guidance on the use of mesh in the pelvis in colorectal surgery. *Colorectal Dis.* 2021; 23:2228-85.