



# Hernia Perineal

## A Propósito de 1 Caso

### Revisión del Tema

F. CABALLERO, MD, SCC; R. GAMARRA, I.R.

**Palabras claves:** Hernia perineal, Piso pélvico, Músculos transverso del periné, elevador del ano y coccígeos.

*En el presente artículo describimos el caso de una mujer que consultó al servicio de Cirugía General del Hospital de Bosa, por sufrir de una hernia perineal.*

*Este tipo de hernia es el segundo menos frecuente en el organismo y por esta razón se presenta muy raramente en el consultorio del cirujano general, lo que da lugar a una gran confusión en su diagnóstico, clasificación y nomenclatura.*

*Al revisar con cuidado la literatura mundial que habla sobre el tema, nos damos cuenta más claramente de porqué ha existido tanta dificultad y equivocación al respecto, pues son pocos los casos descritos y por esto mismo se hace muy difícil unificar criterios en torno de esta patología.*

*En el presente escrito proponemos una clasificación fácil y sencilla que servirá para que el cirujano general, el ginecobstetra y en general cualquier médico, conozcan un poco más sobre la presentación clínica de esta patología, su posible diagnóstico diferencial, los mecanismos involucrados en su desarrollo y, también, sobre las diferentes formas en que el cirujano deberá enfrentarla para poder llevar a cabo una corrección quirúrgica adecuada.*

### INTRODUCCION

La hernia perineal es aquella que protruye a través de las fascias y los músculos del piso perineal, estructura que también recibe el nombre de piso pélvico.

Es la hernia más rara del cuerpo humano, después de la hernia ciática. La perineal se identifica con varios sinóni-

mos en la literatura, y ha generado dificultades en su diagnóstico, nomenclatura y clasificación.

He aquí algunos de los sinónimos más frecuentemente usados para denominar la hernia perineal: hernia isquio-rectal, hernia pudenda, hernia labial posterior, hernia subpúbica, hernia del saco de Douglas, hernia vaginal y hernia pélvica, entre otros (1).

Esta patología no debe ser confundida con el rectocele, cistocele o cualquier otra manifestación común de relajación del canal vaginal que se produce como consecuencia del trabajo de parto y del parto mismo.

Las llamadas hernias raras del organismo pueden enunciarse, partiendo de la más a la menos rara, así (1):

1. Hernia ciática
2. Hernia perineal
3. Hernia lumbar
4. Hernia obturatriz
5. Hernia interna

Debido a la variabilidad en la nomenclatura y a las diferentes clasificaciones existentes en la literatura médica, es muy difícil saber con certeza cuándo se describió por primera vez una hernia perineal verdadera. Watson afirmó que Garengot fue el primero en reportar una hernia perineal en el año de 1736, y no fue sino hasta 4 años más tarde cuando Chardenon informó sobre otro caso, en 1740. Fue también Watson quien al revisar la literatura acreditó en 1750 a Papen, en 1760 a Pipelet y finalmente en 1773 a Bromfield, quienes habían reportado algunos casos de hernias perineales (4).

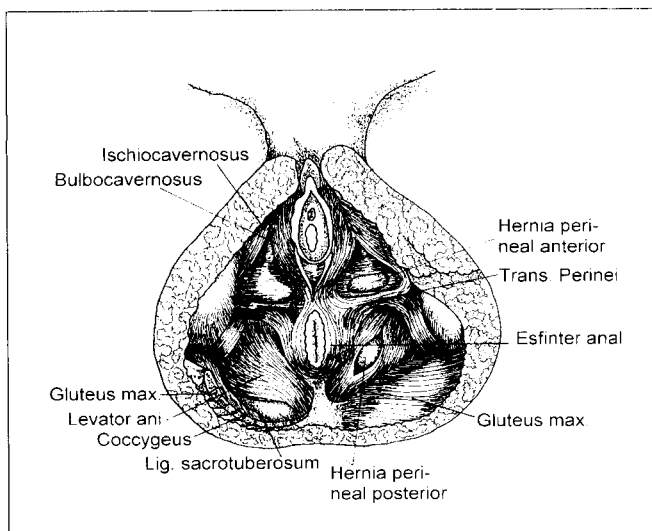
Casi 50 años más tarde, Scarpa, en 1821, informó el primer caso de estrangulamiento de una hernia perineal, cuyo contenido era el íleon terminal. En 1938, Hall logró recopilar 83 casos en la literatura mundial, clasificándolos en la categoría de hernias perineales, aunque, es necesario

*Doctor Felipe Caballero Michelsen, Ciruj. Gral., Hosp. de Bosa, Instructor Asoc. de Cirug. Gral. Esc. de Med. Juan N. Corpas; Raúl Gamarra, Interno Rotatorio, Esc. de Med. Juan N. Corpas, Hosp. de Bosa, Bogotá, D. C. Colombia.*

decirlo, sobre algunos de ellos se presentaban grandes dudas de que realmente lo fueran (5).

Desde entonces, McGuire y McGuire en 1937, Willensky y Kaufman en 1940, Cobb en 1941, Dixon en 1942 y Meade en el mismo año, informaron un total de 8 casos. En 1951 Koontz añadió 1 caso más a la casuística mundial, con lo que se llegó a un total de 92 casos. Hoy en día parece ser que el total de casos reportados no excede de 100 pacientes (4).

Este tipo de hernia protruye a través de defectos en los orificios del piso pélvico, que está formado por el elevador del ano y los músculos coccígeos y sus respectivas fascias (Fig. 1).



**Fig. 1.** Corte transversal de la pelvis de una mujer donde se aprecian los puntos de salida de la hernia perineal. (Según L F Watson: *Hernia*. 3rd. ed. C V Mosby, St. Luis, 1948).

## ETIOLOGIA

En los animales cuadrúpedos la fuerza de la presión intraabdominal se ejerce sobre los músculos de la pared abdominal anterior, en el elevador del ano y en los músculos homólogos a los coccígeos del hombre que, en aquellos, tienen la función de mover la cola. En los seres humanos, la posición erecta transfiere la presión sobre los músculos del piso pélvico, constituido por un diafragma que presenta perforaciones en algunos sitios para el paso de la uretra, la vagina y el recto, y en otras de diámetro más pequeño, para la salida de vasos y nervios (2).

Derry (3) ha llamado la atención al decir que el elevador del ano es uno de los músculos del cuerpo humano que presenta mayor variabilidad. Symington (4) demostró hace muchos años que la parte central del piso pélvico tiene un espesor aproximado de 2 cm, y que las porciones laterales tienen en promedio un grosor de 4 cm.

Desde hace mucho tiempo se ha creído que el orificio vaginal es la principal causa de debilitamiento de este piso. Hoy en día se piensa que esto se contradice en el sentido de que al pasar la vagina en una forma oblicua, de abajo hacia arriba y atrás, la presión intraabdominal se ejerce de arriba hacia abajo en una forma igualmente oblicua. Esta oblicuidad de la cavidad pélvica hace que la presión intraabdominal se reparta sobre la vejiga y la sínfisis del pubis en vez de ejercerse sobre el centro del piso pélvico que, como dijimos anteriormente, es el sitio más débil del mismo (2).

Otro de los factores que influyen en la presión sobre el piso pélvico son la longitud del mesenterio tanto del intestino delgado como del grueso, y la fijación del colon sigmoide. Este último, al ocupar el fondo de saco de Douglas, actúa, en alguna medida, como protector del piso pélvico contra la presión intraabdominal, a menos que exista líquido ascítico o tumores.

En el feto, el fondo de saco de Douglas se localiza un poco por debajo del nivel de los músculos elevadores del ano. A medida que el feto va creciendo, este nivel se va elevando, hasta llegar a la altura de la segunda o tercera vértebras sacras en la época de la pubertad. Si por alguna circunstancia el músculo elevador del ano no ocupara la posición anteriormente anotada, se produciría un fondo de saco de Douglas profundo y pronunciado.

Por otro lado, al hacer una revisión detallada de la literatura médica, se observa que el mayor porcentaje de hernias perineales se presenta en mujeres multiparas en quienes existe una gran debilidad del piso pélvico, como consecuencia del trabajo de parto, la episiotomía, la instrumentación y la manipulación de los tejidos. Vale la pena mencionar que esta hernia también la presentan hombres y mujeres que no tienen ninguno de los antecedentes anteriormente anotados. Se aprecia en una proporción de 5 mujeres por 1 hombre y es mucho más frecuente entre los 40 y los 50 años de edad.

## Presentación del caso

Se trata de una mujer de 58 años, quien consultó al Servicio de Cirugía General del Hospital de Bosa por presentar un abombamiento o masa en la región vulvar, más exactamente en el labio mayor izquierdo de la vulva. Como antecedentes personales de importancia se encontraron los siguientes:

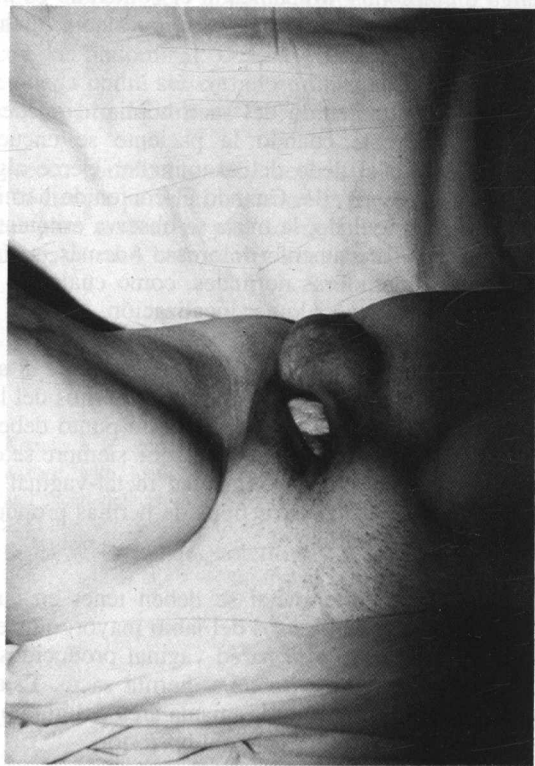
1. Cuatro partos atendidos todos por vía vaginal.
2. Cirugía correctora de incontinencia urinaria y ligadura de trompas.
3. Histerectomía abdominal.
4. Sacrocolpopexia.
5. Herniorrafia inguinal.

El examen físico fue completamente normal; sólo se observaba una masa fácilmente reductible, sobre el labio mayor izquierdo de la vulva, especialmente cuando la pacien-

te se encontraba en decúbito (Figs. 2 y 3). Se le practicó colon por enema y tránsito intestinal, los cuales descartaron la presencia de asas intestinales gruesas y delgadas en el saco herniario. Con todos los exámenes prequirúrgicos necesarios, la paciente fue llevada a cirugía; mediante incisión mediana infraumbilical se pudo apreciar que el contenido del saco herniario era la vejiga y, además, que ésta protruía a través de uno de los orificios perineales anteriores. Por la imposibilidad de cerrar el defecto mediante afrontamiento directo de sus bordes, fue necesaria la colocación de una malla de Marlex® a todo lo largo de la reflexión peritoneal, previa reducción hacia la cavidad abdominal del contenido herniario. En el postoperatorio la paciente evolucionó satisfactoriamente y se le dio salida del hospital 5 días después de operada.

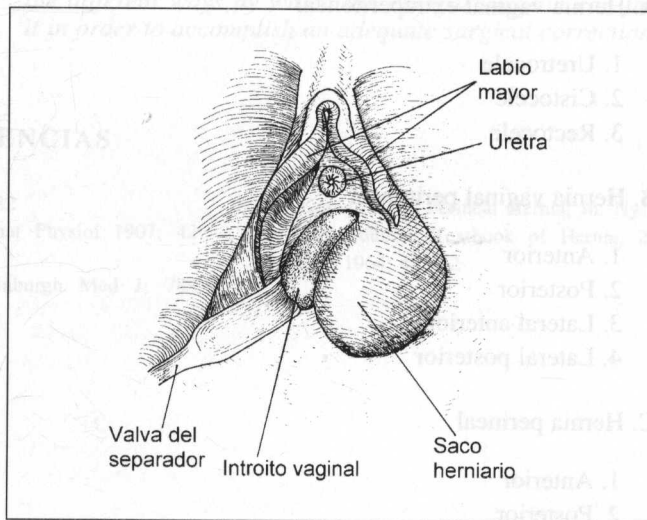


**Fig. 3.** Se aprecia claramente la hernia que protruye a través del labio mayor izquierdo. También se observa un cistocele.



**Fig. 2.** Se aprecia la protrusión de la hernia a través del labio mayor de la vulva.

recto y la tuberosidad isquiática. Se presenta tanto en hombres como en mujeres, aunque es más frecuente en ellas.

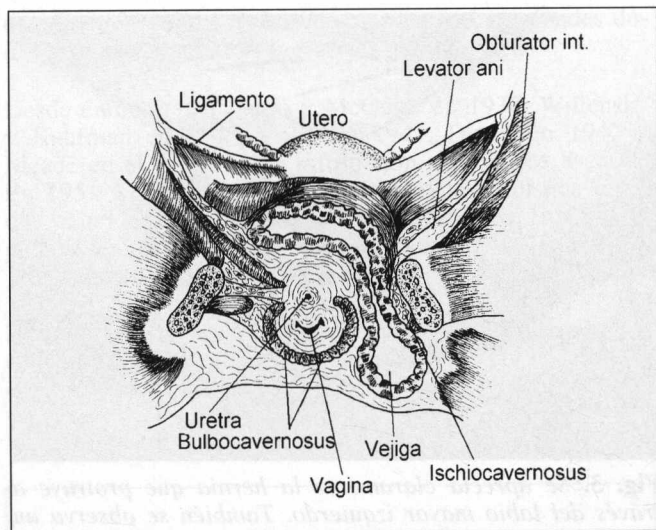


**Fig. 4.** Hernia perineal anterior. Se aprecia su descenso sobre el labio mayor de la vulva.

## DISCUSION

Hay dos tipos de hernia perineal: anterior y posterior. La hernia perineal anterior protruye por delante del músculo transverso del periné. Se ha dicho que este tipo de hernia no ocurre en hombres, y que siempre sobresale a través del labio mayor de la vulva (Fig. 4), por cuya causa ha recibido el nombre de hernia labial o pudenda. La hernia perineal posterior sobresale por detrás del transverso del periné. Puede emerger directamente a través del músculo elevador del ano o entre éste y los músculos coccígeos. Usualmente protruye en el espacio comprendido entre el

En la localización anterior, el contenido del saco herniario, por lo general es intestino delgado o vejiga (Fig. 5), mientras que en la posterior se encuentra intestino o epiploón. Ya mencionamos que este tipo de hernia no debe ser confundido con relajaciones y descensos del canal vaginal, que se producen con motivo de los partos repetidos. Recordemos que esta hernia tiene un saco verdadero y protruye a través del piso pélvico, mientras que aquellos no tienen saco verdadero y protruyen a través del introito vaginal. La estrangulación es muy rara debido a que el cuello del saco es por lo general amplio y rodeado de estructuras elásticas.



**Fig. 5.** *Hernia perineal anterior. Corte transversal en donde se observa la relación que tiene la parte herniada (vejiga) con el labio mayor de la vulva.*

La clasificación que queremos proponer es la siguiente:

#### A. Hernia vaginal extraperitoneal

1. Uretrocele
2. Cistocèle
3. Rectocèle

#### B. Hernia vaginal peritoneal

1. Anterior
2. Posterior
3. Lateral anterior
4. Lateral posterior

#### C. Hernia perineal

1. Anterior
2. Posterior

#### D. Hidrocele

Para el uretrocele, cistocèle y rectocèle, no es necesario presentar su descripción por cuanto su fisiopatología y morfología son bien conocidas.

La hernia vaginal peritoneal anterior se presenta en la línea media del fórnix vaginal anterior y su saco peritoneal comunica directamente con el saco vesicouterino. La posterior es también de la línea media y se presenta a través de la cara posterior del fórnix vaginal, y ocurre 16 veces más frecuentemente que la anterior. En la posterior, el saco peritoneal se comunica directamente con el fondo de saco de Douglas. Las hernias vaginales peritoneales late-

rales son muy raras; entran a la vagina a través de los fórnix laterales y se clasifican como anteriores o posteriores dependiendo de que la apertura peritoneal sea anterior o posterior al ligamento ancho.

Con relación a las hernias perineales, ya se había hecho un breve comentario en párrafos anteriores; sin embargo, vale resaltar que, por lo general, producen masas o abultamientos que son fácilmente reductibles y que por lo general no producen sintomatología severa. En los casos en que se vea envuelta la vejiga dentro del saco herniario, se producirán desde luego, síntomas urinarios. En la variedad posterior, la masa está a nivel del glúteo mayor y, debido a esto, se produce una gran incomodidad para el paciente, llegando incluso a ser muy difícil el poderse sentar. El signo físico más importante es la presencia de masa, que al percutirla podrá ser mate en el caso de que el contenido sea vejiga o epiplón, y timpánica si el contenido es intestinal, y a la auscultación de la misma podrían escucharse ruidos intestinales dentro de ella.

La reducción del contenido del saco herniario puede hacerse más fácilmente cuando la paciente se encuentra acostada o cuando el dedo del examinador ejerce alguna pequeña presión sobre ella. Cuando el contenido herniario se encuentra estrangulado, la masa se observa eritematosa, tensa, sensible o francamente dolorosa. Además, sería irreducible a las maniobras normales, como cualquier otra hernia estrangulada en cualquier localización.

El diagnóstico de hernia perineal se hace evidente al apreciar una masa reductible en los sitios ya descritos del labio vulvar mayor o del glúteo mayor. En este punto debemos llamar la atención del examinador, ya que siempre se debe realizar, además, un examen bimanual rectal-vaginal para descartar o confirmar los otros tipos de hernias propuestas en la clasificación anterior.

Para el diagnóstico diferencial se deben tener en cuenta otras patologías como abscesos del labio mayor, quistes de Bartholin, hematomas de la pared vaginal producidos por trauma, lipomas, prolapso rectal y hernia sacra. Esta última patología se presenta en la misma área del glúteo mayor donde lo hace la hernia perineal posterior.

Continuando con nuestra clasificación, el hidrocele es una protrusión del fondo de saco de Douglas, que puede presentarse hacia la cara posterior de la vagina o entre ésta y el recto, con aparición de éste en el periné.

#### Tratamiento quirúrgico

La única forma de corregir las hernias perineales es quirúrgicamente, mediante la vía de acceso abdominal, perineal o combinada. Es preferible optar por el acceso abdominal ya que el cierre se puede hacer en mejores condiciones, debido a que hay una visión más amplia del campo operatorio y el saco herniario es más fácilmente reducible hacia la cavidad abdominal. Es la vía obligatoria para las hernias estranguladas.

Cuando se va a utilizar esta vía, el paciente debe ser colocado en posición de Trendelenburg; se entra mediante una incisión mediana que vaya desde la sínfisis del pubis hasta la parte inferior del ombligo. Una vez en la cavidad abdominal, se deben liberar todas las adherencias existentes así como el saco herniario a fin de reducirlo hacia la cavidad abdominal para resecarlo.

Posteriormente, se deben aplicar pinzas sobre los bordes del defecto herniario. Esto permitirá ejercer tracción hacia arriba, lo que hará más fácil la colocación de unos pocos puntos de sutura no absorbible, en los casos en que el defecto herniario fuera pequeño o, de lo contrario, la colocación de una malla para cerrar defectos más grandes.

Por la vía perineal se llega, desde luego, más directamente al saco herniario y hay una visión mucho más fácil de éste, que deberá ser liberado cuidadosamente, abrirlo y, posteriormente, disecar su contenido para introducirlo en la cavidad abdominal. Después de la reducción, el orificio que queda podrá ser cerrado utilizando los músculos y las fascias que lo delimitan.

El acceso combinado debe dejarse sólo para los casos en que la hernia perineal sea muy grande. Se usa la vía perineal para resecar la piel sobrante, el tejido celular subcutáneo, el saco herniario y para reducir manualmente su

contenido, mientras que la vía abdominal da un excelente campo para corregir el defecto del piso pélvico.

## ABSTRACT

*In the present article, we describe the case of a woman who attended the general surgery service at Bosa's Hospital in the city of Bogotá. She presented with a perineal hernia.*

*This is the second less frequent type of hernia, and is very rarely seen in the surgery clinic, creating great confusion among surgeons in regard to diagnosis, classification and nomination of the hernia.*

*By reviewing world literature on this subject, we found that there are only a few cases described, which lead to the great amount of confusion created and making it very difficult to unify criteria around this type of pathology.*

*In the present paper, we propose a simple and easy to learn classification that will help the general surgeon, the gynecologist and the general practitioner to understand a little bit more about this type of pathology, its differential diagnosis, the mechanisms involved in its development and the different ways by which the general surgeon can face it in order to accomplish an adequate surgical correction.*

## REFERENCIAS

1. Koontz A R: Perineal Hernia: Report of a case with many associated muscular and facial defects. Ann Surg 1951; 133: 255
2. Dixon W C: Rectovaginal Hernia. Ann Surg 1942; 115: 782
3. Derry D E: J Anat Physiol 1907; 42: 107-11
4. Symington J: Edinburgh Med J; 788: 1888-9
5. Koontz A R: Perineal Hernia: In: Nyhus and Condon. Textbook of Hernia, 2nd Edit 1964; 453-62