

División Académica de Ciencias de la Salud



“Hernia perineal posterior primaria, reporte de caso y revisión de la literatura en el Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús, Tabasco”

Tesis para obtener el Diploma de la Especialidad Cirugía General

Presenta:

Erick Contreras Cuevas

Director:

Dr. Ricardo A. Vázquez Hernández

Villahermosa, Tabasco.

Febrero 2020



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



Of. No. 0201/DACS/JAEP
26 de febrero de 2020

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Erick Contreras Cuevas
Especialidad en Cirugía General
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dr. Carlos Armando Alonzo Carrillo, Dr. Ignacio Felipe Pavón del Rivero, Dr. Romeo Castillo Castellanos, M.O Mario Armando de la Cruz Acosta y Dra. Isela Esther Juárez Rojop, impresión de la tesis titulada: "Hernia perineal posterior primaria, reporte de caso y revisión de la literatura, en el Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús, Tabasco", para sustento de su trabajo recepcional de la Especialidad en Cirugía General, donde funge como Director de Tesis el Dr. Ricardo Vázquez Hernández.

Atentamente

Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora

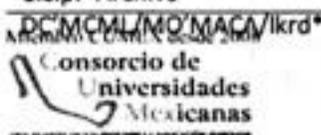
UJAT



DACS
DIRECCIÓN

C.c.p.- Dr. Ricardo Vázquez Hernández.- Director de Tesis
C.c.p.- Dr. Carlos Armando Alonzo Carrillo.- Sinodal
C.c.p.- Dr. Ignacio Felipe Pavón del Rivero.- Sinodal
C.c.p.- Dr. Romeo Castillo Castellanos.- Sinodal
C.c.p.- M.O Mario Armando de la Cruz Acosta.- Sinodal
C.c.p.- Dra. Isela Esther Juárez Rojop.- Sinodal

C.c.p.- Archivo



Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,
Col. Tamulté de las Barrancas,
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco
Tel.: (993) 3581500 Ext. 6314, e-mail: posgrado.dacs@ujat.mx



UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División Académica
de Ciencias de la Salud

Jefatura del Área de Estudios de Posgrado



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 12:00 horas del día 17 del mes de febrero de 2020 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Hernia perineal posterior primaria, reporte de caso y revisión de la literatura, en el Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús, Tabasco"

Presentada por el alumno (a):

Contreras	Cuevas	Erick
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)
		Con Matricula
		1 5 1 E 2 4 0 0 7

Aspirante al Grado de:

Especialidad en Cirugía General

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

Dr. Ricardo Vázquez Hernández
Director de Tesis

Dr. Carlos Armando Alonso Garrillo

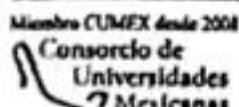
Dr. Ignacio Felipe Pavón del Rivero

Dr. Romeo Castillo Castellanos

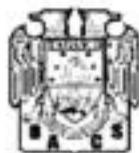
M.O. Mario Armando de la Cruz Acosta

Dra. Isela Esther Juárez Rojop

Ccp - Archivo
DC*MCML/MO*MACA/krd*



Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 7838-A,
Col. Tamulté de las Barrancas,
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco



Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 17 del mes de febrero del año 2020, el que suscribe, Erick Contreras Cuevas, alumno del programa de la Especialidad en Cirugía General, con número de matrícula 151E24007, adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulado: **"Hernia perineal posterior primaria, reporte de caso y revisión de la literatura del Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús, Tabasco"**, bajo la Dirección del Dr. Ricardo A. Vázquez Hernández. Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso de la autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: kirt81@hotmail.com Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.


Erick Contreras Cuevas

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE
CIENCIAS DE LA SALUD



JEFATURA DEL ÁREA DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello

DEDICATORIA

Al forjador de mi camino, a mi padre celestial, al que me acompaña y siempre me levanta de mi continuo triopiezo.

A mis padres y a las personas que más amo, con mi más sincero amor.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por ser mi guía y acompañarme en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia y sabiduría para culminar con éxito mis metas propuestas.

A Martha y Naty por ser mi pilar fundamental y haberme apoyado incondicionalmente, pese a las adversidades e inconvenientes que se presentaron. Gracias por la mejor herencia.

En el camino encuentras personas que iluminan tu vida, que con su apoyo alcanzas de mejor manera tus metas, a través de sus consejos, de su amor, y paciencia...a ti, gracias por siempre.

INDICE

DEDICATORIA.....	x
AGRADECIMIENTOS.....	xi
INDICE.....	xii
FIGURAS.....	xiii
RESUMEN.....	xiv
ABSTRACT.....	xv
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO TEÓRICO.....	2
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
3.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	6
4. JUSTIFICACIÓN.....	7
5. OBJETIVOS.....	8
5.1 Objetivo general.....	8
5.2 Objetivos específicos.....	8
6. MATERIAL Y MÉTODOS.....	9
6.1 Tipo de estudio.....	9
6.2 Población de estudio.....	9
6.3 Descripción del manejo de la información.....	9
6.4 Consideraciones éticas.....	10
8. RESULTADOS.....	11
9. DISCUSIÓN.....	15
10. CONCLUSIONES.....	17
11. RECOMENDACIONES.....	18
12. BIBLIOGRAFÍA.....	19

FIGURAS

Figura	Pág.
1. Hernia visible en región perineal posterior derecha	25
2. Ultrasonido. Masa ocupativa del glúteo derecho	26
3. Saco herniario de 10x 20cm, con anillo de 10cm, de contenido recto sigmoides sin compromiso.	27
4. Saco herniario disecado	27

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

RESUMEN

Introducción: Las hernias perineales primarias fueron descritas por primera vez por De Garengeot en 1736. Las hernias perineales son definidas como protusiones del contenido intraperitoneal o extraperitoneal a través de un defecto del diafragma pelvico clasificadas como anteriores y posteriores. Las anteriores aparecen solo en mujeres por un defecto del diafragma urogenital, mientras las posteriores, menos frecuentes, protruyen a través de un defecto en el músculo elevador del ano o entre este y el músculo coccígeo. **Objetivo:** presentar caso de paciente con hernia perineal posterior atendido en el Hospital Regional de Alta Especialidad "Dr. Juan Graham Casasús" **Presentación de caso:** femenino de 51 años acude a consulta externa refiriendo masa en región glútea derecha de dos años de evolución la cual había aumentado de tamaño en los últimos meses, presentando molestias a la deambulación, el diagnóstico se determino mediante hallazgo transoperatorio. Se reparó el defecto con la resección del saco y con la colocación de una malla de polipropileno, la paciente se encuentra asintomática y sin recidivas después de 12 meses de seguimiento. **Conclusión:** el abordaje perineal con hernioplastia puede ser una alternativa para el tratamiento quirúrgico de las hernias perineales primarias, dejando la vía abdominal para los casos de recidiva, o cuando se sospeche la presencia de lesiones asociadas, ya que permite efectuar un cierre mejor, diseccionar el saco herniario y reducirlo adecuadamente.

Palabras clave: hernia perineal, hernioplastia, hernia perineal posterior

ABSTRACT

Introduction: Primary perineal hernias were first described by De Garengeot 1736. Perineal hernias are defined as protrusions intraperitoneal or extraperitoneal content through a defect in the pelvic diaphragm and classified as previous or posteriors. The above appear only in women defect urogenital diaphragm, while the subsequent, less frequent protrude through a defect in the levator anus or between this and the coccygeus. **Objective:** present case posterior perineal patient with hernia. **Case presentation:** female 51 outpatient referring attends mass in right gluteal region two years of evolution which has increased in size in recent months, presenting inconvenience to ambulation, diagnosis was determined by finding transoperative; The defect was repaired with resection of the bag and placing a polypropylene mesh, the patient is asymptomatic and without recurrence after 12 months follow up. **Conclusion:** the perineal approach to hernia repair can be an alternative to surgical treatment of hernias perineal primary, leaving abdominally for recurrent cases or when the presence of associated lesions suspected by allowing make a better seal, dissect the hernia sac and adequately reduce it.

Keywords: Perineal hernia, hernia repair, perineal hernia back

1. INTRODUCCIÓN

Las hernias perineales primarias fueron descritas por primera vez por De Garengot en 1736 y son las menos frecuentes en el ser humano, mientras que no son infrecuentes en el perro, en quienes fueron estudiadas por primera vez.¹⁰

Las hernias del piso pélvico son raras y tres variedades pueden ser distinguidas en orden decreciente de frecuencia: las hernias del obturador, las perineales y las ciáticas.² Las hernias perineales son definidas como protusiones del contenido intraperitoneal o extraperitoneal a través de un defecto del diafragma pélvico.¹⁰ Son clasificadas anatómicamente como: anteriores o posterior en base a su relación con el músculo perineal transversal.¹⁰ Las anteriores aparecen solo en mujeres por un defecto del diafragma urogenital, mientras las posteriores, menos frecuentes, protruyen a través de un defecto en el músculo elevador del ano o entre este y el músculo coccígeo. Por otro lado, las hernias perineales del tipo primario, las cuales son más comunes en la mujer que en el hombre a razón de 5:1, son una condición clínica aún menos frecuente que las del tipo secundario.

2. MARCO TEÓRICO

Las hernias perineales primarias fueron descritas por primera vez por De Garengot en 1736 y son las menos frecuentes en el ser humano, mientras que no son infrecuentes en el perro.¹⁰

Las hernias del piso pélvico son raras y tres variedades pueden ser distinguidas en orden decreciente de frecuencia: las hernias del obturador, las perineales y las ciáticas.² Las hernias perineales son definidas como protusiones del contenido intraperitoneal o extraperitoneal a través de un defecto del diafragma pélvico.¹⁰ Son clasificadas anatómicamente como: anteriores o posterior en base a su relación con el músculo perineal transverso.¹⁰ Las anteriores aparecen solo en mujeres por un defecto del diafragma urogenital, mientras las posteriores, menos frecuentes, protruyen a través de un defecto en el músculo elevador del ano o entre este y el músculo coccígeo. Además, etiológicamente las hernias perineales son divididas en: primarias (congénitas o adquiridas) y secundarias. La incidencia de esta variedad está entre el 0.6 y el 7% de acuerdo a la cirugía que le antecede, mientras que su prevalencia se ha estimado en el 0.34%. Por otro lado, las hernias perineales del tipo primario, las cuales son más comunes en la mujer que en el hombre a razón de 5:1, son una condición clínica aún menos frecuente que las del tipo secundario.

La sintomatología es escasa, depende del tamaño de la hernia y de los órganos que contiene. Cuando incluye la vejiga se manifiestan síntomas urinarios, son raros los trastornos dispépticos ocasionados por las tracciones, compresión del epiplón y asas intestinales. Generalmente solo aparece una masa blanda que transmite los impulsos de la tos y que se reduce con facilidad, puede sentirse un gorgoteo cuando el órgano reducido es el intestino. En el examen físico, en las anteriores se puede observar un tumor que ocupa la parte posterior del labio mayor, mientras que las posteriores pueden hacer prominencia por debajo del borde posterior del glúteo mayor. La estrangulación es rara debido a la laxitud de los músculos que constituyen los orificios herniarios, sin embargo se debe tener cierta precaución ya que se pudieran encarcelar cuando aparecen posterior a procesos inflamatorios de esta zona. ²⁻⁷

El diagnóstico puede confirmarse por ecografía o tomografía computada. Cuando no se reducen deberán diferenciarse de quistes, lipomas y otros tumores superficiales, los cuales no se extienden hacia la profundidad, como ocurre con estas hernias.

Muchas hernias perineales pueden ser tratadas conservadoramente, pero la intervención quirúrgica, que incluye reducción del contenido del saco y reparación del defecto del piso pélvico, suele considerarse cuando son sintomáticas (malestar Y dolor), existe erosión sobre el saco herniario u obstrucción intestinal.¹²

Los principios de tratamiento son los mismos que se recomiendan para otros tipos de hernias: disección del saco herniario, reducción del contenido, resección del saco y cierre del defecto herniario.⁷ Cuando el defecto es grande o existe tensión excesiva sobre la línea de sutura, pueden construirse colgajos aponeuróticos o emplearse una malla protésica.⁸

Las técnicas quirúrgicas por vía perineal incluyen: cierre simple por planos, transposición de un colgajo con músculo semitendinoso o con glúteo mayor, colocación de mallas sintéticas o biológicas y la retroflexión del útero para el cierre del defecto herniario.⁴

El uso de materiales protésicos en el tratamiento de las hernias surgió ante la necesidad de contar con procedimientos sencillos que permitieran aumentar la resistencia de los tejidos y evitar la tensión en las estructuras vecinas al defecto herniario. La colocación de mallas puede realizarse por vía abdominal o perineal, estas pueden ser sintéticas o biológicas.⁷ El abordaje combinado por vía abdominal y perineal puede ser muy ventajoso en algunas ocasiones, sin embargo, sólo se recomienda en casos especiales en los que se requiera una exploración amplia o se asocien con algún otro padecimiento.¹⁰ La vía laparoscópica en referencia a las hernias perineales secundarias a resecciones abdominoperineales, puede ser una buena opción de tratamiento, pero que aún no se cuenta con suficiente experiencia; sin embargo en este tipo de hernias secundarias prevalece el criterio de explorar la cavidad abdominal para descartar metástasis o recidivas tumorales.¹⁴

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús es un hospital de tercer nivel de nuestro país, centro de referencia de pacientes de toda la región del sureste, concentrando la población de Tabasco, así como de los estados vecinos: sur de Veracruz, Chiapas, Campeche y algunas de la frontera del país con Guatemala, por lo tanto, con alta demanda en el servicio de la consulta externa así como en el área de urgencias.

El síndrome herniario constituye una patología frecuente para el cirujano general; sin embargo, aún existen múltiples entidades asociadas que por su poca frecuencia nos llevan a confundir diagnósticos e implementar un tratamiento incorrecto. La hernia perineal posterior primaria constituye una entidad infrecuente y nos lleva a estudios innecesarios y procedimientos no planeados al no ser una de las opciones diagnósticas en estos pacientes.

En el HRAJGC la exploración física y la historia clínica son una herramienta diagnóstica esencial en pacientes con síndromes herniarios clasificación.

Se plantea analizar la sistematización y aplicación de la historia clínica y exploración física adecuada en pacientes con protuberancias a nivel glúteo.

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación.

3.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características clínicas y de imagen que se presentan en un paciente con diagnóstico de hernia perineal posterior primaria?

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

4. JUSTIFICACIÓN

A pesar de ser una entidad infrecuente para el cirujano general, la sospecha y el diagnóstico de un caso de hernia perineal posterior primaria disminuiría la exposición del paciente a estudios innecesarios que lo expondrían a mayores riesgos y a un tratamiento más oportuno. Es por ello que presentar casos clínicos como el que aquí se presenta es de gran importancia para el cirujano general.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general.

Presentar el caso de una paciente con diagnóstico de hernia perineal posterior primaria ingresada al servicio de Cirugía General en el Hospital Regional de Alta Especialidad "Dr. Juan Graham Casasús".

5.2 Objetivos específicos.

- Identificar el cuadro clínico del paciente con hernia perineal posterior primaria.
- Describir el diagnóstico del paciente con hernia perineal posterior primaria.
- Explicar el abordaje quirúrgico del paciente con diagnóstico de hernia perineal posterior primaria.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 Tipo de estudio.

Se trata de un reporte de caso

6.2 Población de estudio.

Paciente que ingresa al servicio de cirugía general con diagnóstico de hernia perineal posterior primaria

6.3 Descripción del manejo de la información.

Se revisará y describirá el abordaje diagnóstico y terapéutico del paciente diagnosticado de hernia perineal posterior primaria por el servicio de cirugía general en el Hospital de Alta Especialidad “Dr. Juan Graham Casasús”.

6.3.1 Etapa I recolección de la información.

Una vez obtenida la aprobación del comité de investigación y ética del Hospital, se revisó el expediente clínico del paciente intervenido quirúrgicamente por diagnóstico de hernia perineal posterior primaria.

6.3.2 Etapa II captura de información.

Una vez recogida la información, se llevó a cabo el registro mediante Microsoft Word.

6.3.3 Etapa III de análisis de la información.

Se realizó una revisión completa de la literatura acerca de la hernia perineal posterior primaria.

6.4 Consideraciones éticas.

De acuerdo a la ley general de salud en materia de investigación en su título segundo sobre los aspectos éticos de la investigación con seres humanos, capítulo I, artículo 17, este estudio corresponde a la categoría I: investigación con riesgo mínimo para el sujeto de investigación. Este proyecto de investigación se apega a la ley de salud promulgada en 1895 y a las normas éticas elaboradas en Helsinki de 1972 y modificadas en 1989. El estudio no presenta implicación de riesgos de salud, intimidad y derechos individuales de los pacientes. Además, se ajusta a las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica. Al manejar información retrospectiva, se cumplirá a cabalidad con los aspectos éticos de privacidad y confidencialidad, además de que la información generada se utilizará exclusivamente para fines académicos y de investigación. Por tratarse de un estudio retrospectivo, no existen aspectos de bioseguridad a considerar en la investigación.

8. RESULTADOS

Se trata de femenino de 51 años residente de salto de agua Chiapas, casada, múltipara, escolaridad primaria incompleta, niega antecedentes crónicos degenerativos, quirúrgicos y alergia a medicamentos, acude a consulta externa refiriendo masa en región glútea derecha de dos años de evolución (fig, 1) la cual ha aumentado de tamaño en los últimos meses, presentando molestias a la deambulaci3n, negando otra sintomatología urinaria, transito intestinal.



Figura 1. Hernia visible en regi3n perineal posterior derecha

A la exploración física alerta, consciente, alerta, orientada en las tres esferas, abdomen asignológico, asintomático, presenta masa en región glútea a nivel de pliegue glúteo derecho que desplaza el surco glúteo, extremidades sin alteraciones. Labs: hb 13, hto: 39.4, leu: 6.3, plaq: 237, TP: 13, TPT: 29.30, gluc: 111, creat: 0.60 urea: 17, bun: 8.3. Ultrasonido: masa ocupativa en glúteo derecho. (Fig. 2)

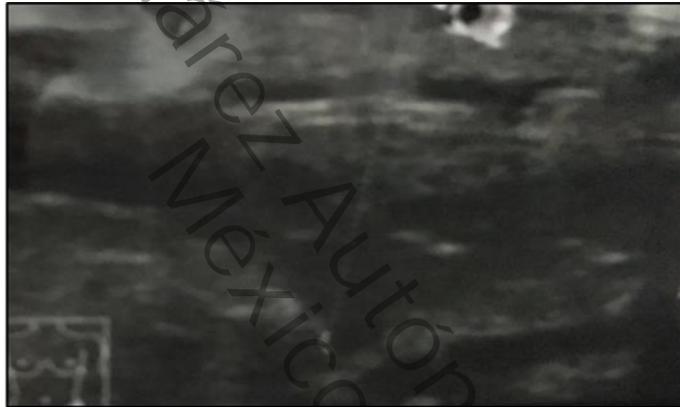


Figura 2. Ultrasonido. Masa ocupativa de glúteo derecho

Se integró diagnóstico de probable lipoma glúteo, se decide su intervención quirúrgica, abordando de forma perineal, durante la disección se encuentra saco herniario de 10 x 20 cm, con anillo de 10 cm, de contenido recto sigmoides sin compromiso. (Fig. 3 y 4).



Figura 3. Saco herniario de 10 x 20cm, con anillo de 10cm, de contenido recto sigmoides sin compromiso



Figura 4. Saco herniario disecado

De acuerdo con el hallazgo antes mencionado, se realizó una plastia con cono y malla, ya que el sitio de la hernia se prestaba para hacerlo se colocó primero el cono el cual se fijo al borde del anillo, y posteriormente la malla de polipropileno de 10cm x 10cm, la cual se fijo a musculo glúteo medio, mayor y ligamento isquiotibial. Colocando drenaje cerrado, egresando al tercer día sin complicaciones aparentes. Durante el seguimiento a 12 meses, el examen físico no mostro evidencia de recidivas.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

9. DISCUSIÓN

El caso que se presenta tiene relevancia por ser una entidad clínica rara, como lo es la hernia perineal posterior, y la prevalencia aun mas ya que es mas frecuente la anterior que la posterior, además, representa un reto para el cirujano, Moscowitz describió su manejo quirúrgico por primera vez en el año 1916.

El abordaje perineal es el más directo y sencillo, pero la exposición puede ser inadecuada con la posibilidad de provocar daño intestinal, además de que está asociado con una recurrencia de la hernia > 16% de los casos. El abordaje transabdominal ofrece mejor exposición para la movilización y disección del contenido del saco herniario, además de permitir que otros procedimientos abdominales sean realizados al mismo tiempo. Sin embargo Pélissier E, et al,¹ plantean el abordaje abdominal como preferible y aceptado, pues permite la reducción del contenido del saco herniario, al disminuir el riesgo de lesionarlo y permitir un cierre más seguro del defecto aponeurótico. Cuando el defecto es grande o existe tensión excesiva sobre la línea de sutura, pueden construirse colgajos aponeuróticos o emplearse una malla protésica.

El abordaje combinado por vía abdominal y perineal puede ser muy ventajoso en algunas ocasiones, sin embargo, sólo se recomienda en casos especiales en los que se requiera una exploración amplia o se asocien con algún otro padecimiento.

Las técnicas quirúrgicas por vía perineal incluyen: cierre simple por planos, transposición de un colgajo con músculo semitendinoso o con glúteo mayor, colocación de mallas sintéticas o biológicas y la retroflexión del útero para el cierre del defecto herniario.¹⁴

El uso de materiales protésicos en el tratamiento de las hernias surgió ante la necesidad de contar con procedimientos sencillos que permitieran aumentar la resistencia de los tejidos y evitar la tensión en las estructuras vecinas al defecto herniario. La colocación de mallas puede realizarse por vía abdominal o perineal, estas pueden ser sintéticas o biológicas.¹¹⁻¹² La mayoría de los autores aconsejan cubrir el área del defecto herniario con mallas de polipropileno o compuestas, es decir que una de sus caras sea compatible como las *composix*, *sepramesh*, *dualmesh*, *biodesign*, entre otras.¹³

Kravarusic D, et al,⁵ sugieren que el cierre primario del defecto herniario es una buena opción de tratamiento en niños sin algún otro tipo de alteración ya que la utilización de colgajos musculares de glúteo mayor y músculo semitendinoso puede lesionar el nervio isquiático o causar incontinencia fecal. Sorelli PG, et⁶ describieron un caso de hernia perineal primaria resuelto por laparoscopia con colocación de malla y señalan que en el futuro ésta podría ser la vía de elección; sin embargo, los casos tratados de esta manera aún son pocos.

10. CONCLUSIONES

En la literatura mundial existe poca experiencia reportada, por lo que aún no es posible determinar la mejor forma de tratamiento; el abordaje perineal permitió liberar sin dificultad el saco herniario y comprobar la viabilidad de su contenido, el cual se redujo sin complicación al abdomen y se colocó una malla de polipropileno sin complicaciones. Tras un año de seguimiento, la paciente realiza sus actividades normales sin evidencias locales de recidiva. Por lo que, la vía perineal puede ser una buena alternativa para el tratamiento quirúrgico de estas hernias, dejando la vía abdominal para los casos de recidiva o casos con sospecha de lesiones asociadas.

11. RECOMENDACIONES

El caso clínico descrito previamente hace hincapié en la importancia de llevar a cabo una adecuada anamnesis y exploración física, mismas que deben ser acordes al diagnóstico.

Independientemente de las herramientas diagnósticas con que contamos actualmente, en el escenario de la paciente que se presenta a consulta externa con cuadro clínico de protuberancia a nivel glúteo sigue siendo vigente la realización adecuada del interrogatorio seguido de la exploración física correcta. Si las condiciones del paciente lo permiten es recomendable complementar su estudio con ultrasonografía de área a estudiar, misma que confirmará nuestra sospecha diagnóstica y permitirá planear el abordaje quirúrgico indicado.

Si bien es cierto que la mayoría de pacientes con hernia perineal posterior primaria casi siempre ameritan tratamiento quirúrgico, se sugiere ahondar en realizar el diagnóstico preoperatorio oportuno.

12. BIBLIOGRAFÍA

- 1 E. Pélissier, P. Ngo, O. Armstrong. (2010). Tratamiento quirúrgico de las hernias perineales laterales. En Técnicas Quirúrgicas- Aparato Digestivo (E 40- 157). Paris: Elsevier Masson SAS.
- 2 Jorge Uriel Méndez-Ibarra,* , Juan Manuel Mora-Sevilla b y Gerardo Evaristo-Méndez. (2017). Hernia perineal posterior primaria asociada a dolico colon. CIRUGÍA y CIRUJANOS, (voll.2), 181-185
- 3 Stamatiou D, Skandalakis JE, Skandalakis LJ, Mirilas P. Perineal hernia: Surgical anatomy, embryology, and technique of repair. Am Surg. 2010;76:474---9.
- 4 Nieto-Zermeno~ J, Godoy-Murillo JG, Cadena-Santillana JL. Posterior perineal hernia. Report of a case and review of the literature. Bol Med Hosp Infant Mex. 1993;50:741---4.
5. Kravarusic D, Swartz M, Freud D. Perineal hernias in children: Case report and review of the literature. Afr J Paediatr Surg. 2012;9:172-5.
6. Sorelli PG, Clark SK, Jenkins JT. Laparoscopic repair of primary perineal hernias: the approach of choice in the 21st century. Colorectal Dis. 2012;14:72-3.
7. Fuentes Valdés E, Dellá Mirabent G. Hernia perineal posoperatoria. Rev Cubana Cir [Internet]. Sep-Dic 2008 [citado 25 Oct 2017];47(3):[aprox. 10

p.].

Disponible

en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932008000300009&lng=es&nrm=iso

8. Cantero Cid R, Cerdán FJ, Gascón A, García JC, Fuente L de la, Escudero M. Hernia perineal primaria. A propósito de un caso. Toko-Gin Práct [Internet]. Ene 1998 [citado 25 Oct 2017];57(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en-revista-toko-ginecologia-practica-133-articulo-hernia-perineal-primaria-a-proposito-13007851>

9. Caballero Michelsen F, Gamarra R. Hernia Perineal, A Propósito de 1 Caso: Revisión del Tema. Rev Colomb Cir [Internet]. 2016 [citado 25 Oct 2017];10(1):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/cirugia/vc-101/hernia-perineal/>.

10. Escandón Espinoza YM, Arizmendi Baena J, González Acosta MA, Vásquez Guerra H, Cruz Salinas MA, Esquivel Ledezma IJ. Hernia perineal primaria. Rev Esp Méd Quir [Internet]. 2012 [citado 25 Oct 2017];17(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=35164>.

11. Bataglia L, Muscara C, Rampa M, Gasparini P, Vanelli A. Small bowel occlusion due to giant perineal hernia. Abdominal approach with plastic perineal reconstruction. G Chir. 2012;33:175-8.

12. Casasanta M, Moore LJ. Laparoscopic repair of a perineal hernia. Hernia. 2012;16:363-7.

13. Abraham Arap JF. Tratamiento de las hernias poco frecuentes. En: Abraham Arap JF, editor. Cirugía de las hernias de la pared abdominal. La Habana: Ecimed; 2010. p. 522-31

14. Rodríguez Wong U. Hernia perineal posterior primaria. reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Cir Cir [Internet]. 2014 [citado 25 Oct 2017];82:[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2014/cc141m.pdf>