



Cirugía y Cirujanos

ISSN: 0009-7411

[cirugiaycirujanos@prodigy.net.mx](mailto:cirugiaycirujanos@prodigy.net.mx)

Academia Mexicana de Cirugía, A.C.

México

Méndez-Ibarra, Jorge Uriel; Mora-Sevilla, Juan Manuel; Evaristo-Méndez, Gerardo  
Hernia perineal posterior primaria asociada a dolico colon  
Cirugía y Cirujanos, vol. 85, núm. 2, marzo-abril, 2017, pp. 181-185  
Academia Mexicana de Cirugía, A.C.  
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66250058015>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



# CIRUGÍA y CIRUJANOS

Órgano de difusión científica de la Academia Mexicana de Cirugía  
Fundada en 1933

[www.amc.org.mx](http://www.amc.org.mx) [www.elsevier.es/circir](http://www.elsevier.es/circir)



## CASO CLÍNICO

### Hernia perineal posterior primaria asociada a dolico colon



Jorge Uriel Méndez-Ibarra<sup>a,\*</sup>, Juan Manuel Mora-Sevilla<sup>b</sup> y Gerardo Evaristo-Méndez<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Cirugía General, Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Zapopan, Jalisco, México

<sup>b</sup> Departamento de Cirugía General, Hospital General Aguascalientes, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Aguascalientes, Aguascalientes, México

Recibido el 15 de mayo de 2015; aceptado el 10 de diciembre de 2015

Disponible en Internet el 30 de marzo de 2016

#### PALABRAS CLAVE

Hernia perineal;  
Dolico colon;  
Abordaje quirúrgico

#### Resumen

**Antecedentes:** Las hernias perineales posteriores primarias en hombres son muy raras. Presentamos un caso de este tipo de hernia asociada a dolico colon, una condición que a nuestro conocimiento no ha sido antes reportada.

**Caso clínico:** Un hombre de 71 años de edad presentó una tumoración perineal de 40 años de evolución. No tuvo el antecedente de cirugía perineal ni de trauma. En la exploración física se apreció una protuberancia de 4 × 3 cm en la región paraanal derecha, que aumentaba de volumen durante la maniobra de Valsalva. La tomografía computada mostró un defecto en el piso pélvico. Para su reconstrucción se colocó un rollo de malla de polipropileno dentro del defecto herniario.

**Discusión:** El caso que describimos es relevante por tratarse de una entidad clínica rara, como lo es la hernia perineal; pero, además, no se ha descrito su reparación mediante un rollo de malla ni se ha reportado asociada a dolico colon, el cual puede ser considerado un factor de riesgo para su desarrollo.

**Conclusiones:** El abordaje quirúrgico y la técnica de reparación del piso pélvico de las hernias perineales deberán individualizarse. El uso de malla para la reconstrucción deberá siempre ser considerada. La presencia de dolico colon puede contribuir al desarrollo progresivo de una hernia perineal.

© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

\* Autor para correspondencia: Departamento de Cirugía General, Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías, Séptimo piso, Av. Soledad Orozco 203, Col. El Capullo, C.P. 45150 Zapopan, Jalisco, México. Teléfono: +52 (33) 3836 0650, ext. 146.

Correo electrónico: [dr\\_uriel\\_mendez@hotmail.com](mailto:dr_uriel_mendez@hotmail.com) (J.U. Méndez-Ibarra).

**KEYWORDS**

Perineal hernia;  
Dolichocolon;  
Surgical approach

**Primary posterior perineal hernia associated with dolichocolon****Abstract**

**Background:** Primary posterior perineal hernias in men are rare. We report a case of this type of hernia associated with dolichocolon, a condition which, to our knowledge, has not been reported previously.

**Clinical case:** A 71-year old male presenting with a perineal tumour of 40 years evolution. He had no history of perineal surgery or trauma. On physical examination, a lump of  $4 \times 3$  cm was observed in the right para-anal region, which increased in volume during the Valsalva manoeuvre. Computed tomography showed a defect in the pelvic floor, which was reconstructed using a roll of polypropylene mesh in the hernia defect.

**Discussion:** The case described is of interest, not only because a perineal hernia is a rare clinical entity, but also because repair using a roll of mesh has not been reported associated with a dolichocolon, which can be considered a factor risk for development.

**Conclusions:** The surgical approach and repair technique of the pelvic floor for perineal hernias should be individualised. The use of mesh for reconstruction should always be considered. The presence of dolichocolon can contribute to the gradual development of a perineal hernia.

© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

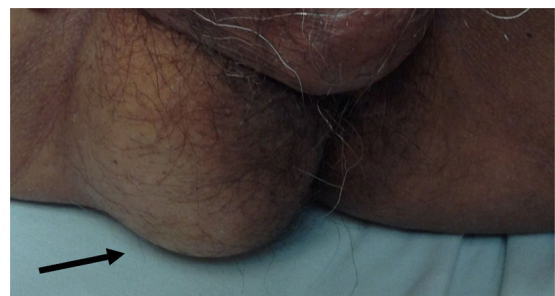
**Antecedentes**

Las hernias del piso pélvico son raras, y 3 variedades pueden ser distinguidas en orden decreciente de frecuencia: las hernias del obturador, las perineales y las ciáticas<sup>1</sup>. Las hernias perineales son definidas como protrusiones del contenido intraperitoneal o extraperitoneal a través de un defecto del diafragma pélvico<sup>2</sup>. Son clasificadas, anatómicamente, como: anteriores o posteriores en base a su relación con el músculo perineal transverso. 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<sup>1</sup>. Además, etiológicamente las hernias perineales son divididas en: primarias (congénitas o adquiridas) y secundarias<sup>3</sup>. Estas últimas generalmente son consecuencia de una cirugía pélvica mayor, como la resección abdominoperineal del recto, la exenteración pélvica y la prostatectomía perineal, así como a una lesión traumática del perineo<sup>4</sup>. La incidencia de esta variedad está entre el 0.6 y el 7% de acuerdo a la cirugía que le antecede<sup>4</sup>, mientras que su prevalencia se ha estimado en el 0.34%<sup>5</sup>. 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<sup>6</sup>. Como posibles factores de riesgo para las hernias perineales primarias se han descrito el aumento de la presión intraabdominal o pélvica durante el embarazo, el parto y la obesidad, así como el tabaquismo, la ascitis crónica y las infecciones recurrentes o la debilidad adquirida del piso pélvico<sup>1</sup>. En el caso del tipo congénito se han documentado alteraciones cromosómicas correspondientes con la monosomía X, en fetos con hernia perineal<sup>7</sup>.

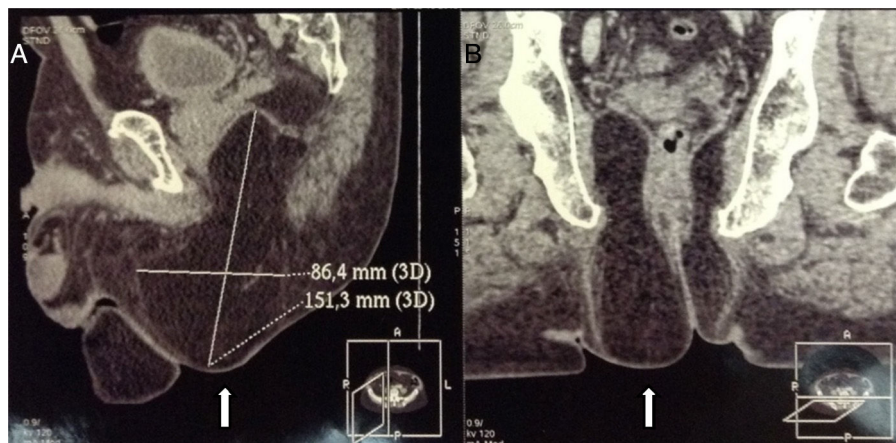
El objetivo de este artículo es: presentar el caso de una hernia perineal posterior primaria, en un paciente del sexo masculino que estuvo asociada a dolichocolon, una condición que a nuestro conocimiento no ha sido antes reportada.

**Caso clínico**

Un hombre de 71 años de edad se presentó con una tumoración perineal de 40 años de evolución. Tuvo el antecedente de herniorrafia inguinal izquierda con técnica a tensión hace 22 años y resección prostática transuretral por hiperplasia benigna hace 2 años. Sus signos vitales al ingreso fueron: presión sanguínea arterial de 120/80 mmHg, frecuencia cardíaca de 75 por minuto, frecuencia respiratoria de 18 por minuto y temperatura corporal de 36.9°C. En la exploración física se apreció una protuberancia de  $4 \times 3$  cm, en la región paraanal derecha de consistencia blanda, la cual durante los últimos años se asoció con constipación y dolor de intensidad progresiva durante la posición sedente (fig. 1). La tumoración aumentaba de volumen durante la maniobra de Valsalva y se palpó un defecto en el periné, aproximadamente de 4 cm de diámetro, durante la reducción digital de la masa. El examen rectal no reveló alteraciones en el canal anorrectal. Los estudios de laboratorio mostraron: hemoglobina de 13 g/dl, hematocrito de 41%, cuenta de leucocitos en sangre de 9,200/mm<sup>3</sup>, cuenta plaquetaria de 244,000/mm<sup>3</sup>, relación normalizada internacional de 1.4, fibrinógeno de 310 mg/dl, tiempo de tromboplastina parcial



**Figura 1** Hernia perineal derecha (flecha).



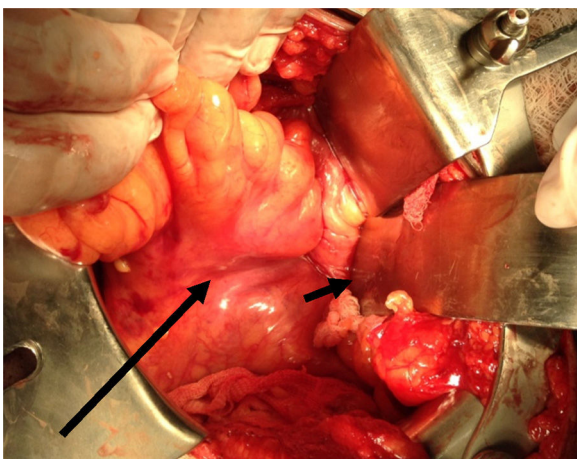
**Figura 2** Tomografía computada de pelvis en vista sagital (A) y coronal (B) que muestra la hernia perineal (flechas).

de 24.2 segundos y tiempo de protrombina de 15.2 segundos. La tomografía computada de la pelvis mostró aumento del espacio prerrectal y un segmento de epiplón a través del piso pélvico hacia la región del periné por un anillo de 4.6 cm de diámetro (fig. 2). Puesto que la hernia fue sintomática, el paciente se sometió a intervención quirúrgica por vía abdominal, mediante una incisión en la línea media inferior. Durante la operación se evidenció un defecto herniario de aproximadamente 4 cm de diámetro, entre el músculo perineal transversal y el músculo coccygeal del piso pélvico derecho, por el cual protruía un saco peritoneal que contenía asas de un colon sigmoideo de longitud excesiva y redundante, así como una porción de la pared derecha del recto extraperitoneal (fig. 3). El saco peritoneal y su contenido fueron liberados de las adherencias circundantes y luego se realizó su reducción dentro de la cavidad abdominal. Para la reconstrucción del piso pélvico se colocó un rollo de malla de polipropileno de 10 cm de longitud y 4 cm de diámetro dentro del defecto herniario (figs. 4 y 5), el cual se fijó mediante suturas no absorbibles 2-0 a los ligamentos pélvicos laterales y a la fascia de sacro (fig. 6), procedi-

miento que se muestra. La malla y el piso de la pelvis se cubrieron con peritoneo y luego se efectuó sigmoidectomía con anastomosis primaria colorrectal terminoterminal, rectopexia e ileostomía en asa como medio de protección de la anastomosis. El paciente cursó el postoperatorio inmediato sin complicaciones y fue egresado del hospital 7 días después de la cirugía. Durante un seguimiento de 10 meses, el examen físico y la tomografía computada de vigilancia no mostraron evidencia de recurrencia de los síntomas ni de la hernia perineal.

## Discusión

Stamatiou et al.<sup>8</sup> refirieron que la primera descripción de una hernia perineal primaria adquirida fue por De Garangeot en 1743, pero Moscovitz describió su manejo quirúrgico por

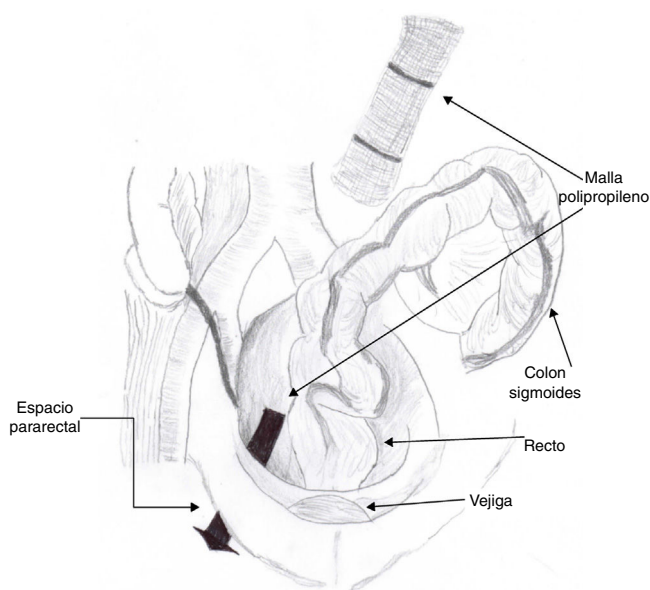


**Figura 3** Separador quirúrgico metálico en el defecto herniario luego de reducir su contenido (flecha corta). Colon recto-sigmoide (flecha larga).



**Figura 4** Rollo de malla de polipropileno para la reconstrucción del piso pélvico.





**Figura 5** Diagrama que muestra la colocación de malla de polipropileno en el espacio pararectal derecho, en la plastia perineal.

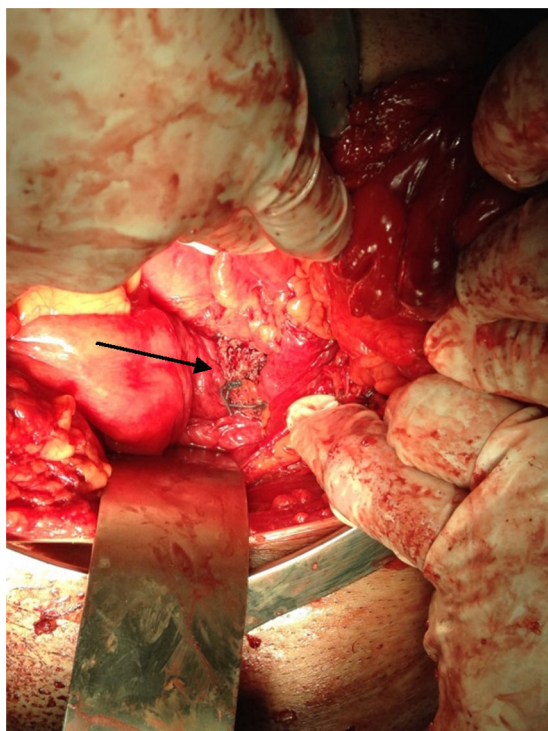
primera vez en el año 1916. Este tipo de hernia perineal es extremadamente raro, ya que en la población adulta solo casi 100 casos se han documentado en la literatura médica<sup>6</sup>, mientras que de la variedad congénita solo 3 casos, aproximadamente, han sido descritos<sup>9</sup>.

Las hernias perineales primarias son más frecuentes entre los 40 y 60 años de edad y en mujeres, probablemente por

la mayor amplitud de su salida pélvica en comparación con los hombres y por la debilidad progresiva de sus músculos y fascias endopélvicas, como resultado de los embarazos y partos<sup>10</sup>. En el hombre, el sitio más vulnerable para la hernia perineal se encuentra entre las fibras musculares del elevador del ano o entre este y el músculo coccígeo, por detrás del músculo perineal transverso en la región pararectal o isquiococcígea, manifestándose clínicamente como un tumor a lo largo del margen inferior del músculo glúteo mayor o en el perineo posterior, entre el recto y la tuberosidad isquiática<sup>3,6</sup>. Es probable que el bulbo cavernoso del pene y la próstata, al ocupar el espacio por delante del músculo perineal transverso, actúen para prevenir la hernia perineal anterior en el hombre<sup>11</sup>.

En ausencia del antecedente de trauma o cirugía pélvica, el diagnóstico de una hernia perineal primaria en el paciente adulto es difícil. Aunque generalmente asintomáticas, sus manifestaciones clínicas pueden incluir malestar o dolor perineal en la posición de sentado o de pie, disfunción urinaria y obstrucción intestinal. La exploración suele revelar una masa glútea o perineal que protruye espontáneamente y que se agrava a las maniobras de Valsalva, así como ulceración de la piel, por lo que el diagnóstico diferencial de las hernias perineales posteriores deberá tener en cuenta los: hematomas, lipomas, fibromas, las lesiones quísticas, los abscesos perianales o perirectales, rectocele, cistocele, prolapso rectal; y sobre todo, las hernias ciáticas<sup>1</sup>. Por ello, el diagnóstico clínico de una hernia perineal deberá ser confirmado por la tomografía computada o una resonancia magnética<sup>12,13</sup>. Las complicaciones de las hernias perineales, como la obstrucción, incarceration y estrangulación intestinal, son poco frecuentes debido a la amplitud del defecto y a la elasticidad de los tejidos que lo circundan<sup>14</sup>.

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<sup>15</sup>. Al respecto, muchos abordajes han sido descritos, pero dado la baja prevalencia de tales hernias no existe acuerdo en la literatura actual sobre cuál es el mejor, por lo que una estrategia individual deberá ser desarrollada. 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<sup>16,17</sup>. 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<sup>18</sup>. También se ha reportado la combinación de ambos abordajes<sup>19</sup>. Por último, la primera reparación laparoscópica de una hernia perineal fue realizada en el año 2002, por lo que este procedimiento puede ser considerado en pacientes seleccionados<sup>20</sup>. Para la reparación del piso pélvico también varias técnicas han sido descritas, incluso la sutura primaria del defecto herniario y la colocación de mallas sintéticas o biológicas con su fijación a estructuras óseas, músculos y ligamentos<sup>21</sup>. Otras técnicas reportadas incluyen el uso de tejido autógeno, como la rotación de músculo gracilis descrita en 1978, como una alternativa en la reparación de defectos perineales<sup>22</sup>.



**Figura 6** Rollo de malla dentro del defecto del músculo elevador del ano (flecha) suturada con material no absorbible 2-0.

Es difícil conocer la tasa de recurrencia con cada uno de los abordajes y técnicas mencionados, ya que los casos estudiados son relativamente pocos y no siempre los métodos de reparación del piso pélvico son claramente descritos. Sin embargo, la tasa total de recurrencia en la reparación quirúrgica de las hernias perineales se ha reportado de hasta el 30%, sobre todo en las reparadas mediante sutura directa y abordaje quirúrgico perineal<sup>21,23</sup>.

El caso que describimos es relevante por tratarse de una entidad clínica rara, así como por presentarse en la población de pacientes menos frecuentemente afectada, como son los hombres con hernia perineal de tipo posterior y variedad primaria. Además, a nuestro conocimiento, no se ha descrito su reparación transabdominal mediante un rollo de material protésico ni se ha reportado asociada a dolico Colon. A este respecto, es probable que el colon redundante haya actuado como un factor de riesgo para el desarrollo de la hernia perineal, al ejercer un aumento de la presión intraabdominal sobre el piso pélvico, similar a lo que ha sido comunicado en pacientes con longitud excesiva del intestino delgado<sup>5</sup>. El procedimiento quirúrgico que realizamos en colon y recto puede ser discutible, pero la cirugía para el dolico Colon es comúnmente indicada en pacientes con patologías concomitantes o síntomas que alteran severamente su calidad de vida<sup>24</sup>.

## Conclusiones

Las hernias perineales posteriores primarias en el hombre son muy raras. El abordaje quirúrgico y la técnica de reparación del piso pélvico deberán ser individualizados, lo que dependerá de la condición clínica del paciente, de la experiencia del cirujano, del tamaño del defecto herniario y de la necesidad de realizar otros procedimientos abdominales. En la actualidad, el uso de malla para la reconstrucción del piso pélvico deberá siempre ser considerada. La presencia de dolico Colon pudo haber contribuido al desarrollo progresivo de la hernia perineal en el caso que presentamos.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Baleato Gonzalez S, Vilanova JC, Lopez Carreira L, Gracia-Figueiras R, Pazos Gonzalez G, Ortiz-Terán L. Perineal hernia. *Emerg Radiol*. 2009;16:395–8.
- Prakash K, Kamalesh PN. Primary posterior perineal herniation of urinary bladder. *J Min Access Surg*. 2013;9:126–7.
- Chander RK, Dubocq FM, Irizarry E. A novel repair of a perineal hernia with long-term follow-up. *Int J Colorectal Dis*. 2012;27:677–8.
- Martijnse IS, Holman F, Nieuwenhuijzen GA, Rutten HJ, Nienhuijs SW. Perineal hernia repair after abdominoperineal rectal excision. *Dis Colon Rectum*. 2012;55:90–5.
- Aboian E, Winter DC, Metcalf DR, Wolff BG. Perineal hernia after proctectomy: Prevalence, risks, and management. *Dis Colon Rectum*. 2006;49:1564–8.
- Preiss A, Herbig B, Dörner A. Primary perineal hernia: A case report and review of the literature. *Hernia*. 2006;10:430–3.
- Bianca S, Bartoloni G, Barrano B, Boemi G, Barone C, Cataliotti A, et al. Congenital perineal hernia in a fetus with X monosomy. *Congenit Anom*. 2009;49:279.
- Stamatiou D, Skandalakis JE, Skandalakis LJ, Mirilas P. Perineal hernia: Surgical anatomy, embryology, and technique of repair. *Am Surg*. 2010;76:474–9.
- Nieto-Zermeño 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.
- Cali RL, Pitsch RM, Blatchford GJ, Thorson A, Christensen MA. Rare pelvic floor hernias. Report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum*. 1992;35:604–12.
- Thomford NR, Sherman NJ. Primary perineal hernia. *Dis Colon Rectum*. 1969;12:441–3.
- Lubat E, Gordon RB, Birnbaum BA, Megibow AJ. CT diagnosis of posterior perineal hernia. *AJR Am J Roentgenol*. 1990;154:761–2.
- Singh K, Reid WM, Berger LA. Translevator gluteal hernia. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2001;12:407–9.
- Fallis SA, Taylor LH, Tiramularaju RMR. Biological mesh repair of a strangulated perineal hernia following abdominoperineal resection. *J Surg Case Rep*. 2013;2013.
- Salameh JR. Primary and unusual abdominal wall hernias. *Surg Clin North Am*. 2008;88:45–60.
- So JB, Palmer MT, Shellito PC. Postoperative perineal hernia. *Dis Colon Rectum*. 1997;40:954–7.
- Martín Fernández J, Martín Duce A, Noguerales F, Lasa I, Granell J. Postoperative perineal hernia repairing technique. *Eur J Surg*. 2001;167:713–4.
- Beck DE, Fazio VW, Jagelman DG, Lavery IC, McGonagle BA. Postoperative perineal hernia. *Dis Colon Rectum*. 1987;30:21–4.
- Delmore JE, Turner DA, Gershenson DM, Horbelt DV. Perineal hernia repair using human dura. *Obstet Gynecol*. 1987;70 (3 Pt 2):507–8.
- Franklin ME Jr, Abrego D, Parra E. Laparoscopic repair of postoperative perineal hernia. *Hernia*. 2002;6:42–4.
- Mjoli M, Sloothaak DA, Buskens CJ, Bemelman WA, Tanis PJ. Perineal hernia repair after abdominoperineal resection: A pooled analysis. *Colorectal Dis*. 2012;14:e400–6.
- Patel RK, Sayers AE, Gunn J. Management of a complex recurrent perineal hernia. *J Surg Case Rep*. 2013;2013.
- Khaikin M, Wexner SD. Treatment strategies in obstructed defecation and fecal incontinence. *World J Gastroenterol*. 2006;12:3168–73.
- Pörnczi B, Varga G, Bursics A. Gracilis muscle repair of a postoperative perineal hernia. *Tech Coloproctol*. 2006;10:364–5.