

Nuevo enfoque quirúrgico de las hernias perineales

Bárbara Febrel Cancio. Cristina Alcaide Brandsaeter. María Pera Serrano.

Facultad de Veterinaria. Universidad Complutense. Av. Puerta de Hierro s/n 28040. Madrid.
bfebrelcancio@gmail.com

Tutores

Patricia Quero Martín. Mercedes Sánchez de la Muela. Paloma García Fernández.

Facultad de Veterinaria. Universidad Complutense. Av. Puerta de Hierro s/n 28040. Madrid.
garciap@vet.ucm.es

Resumen: La hernia perineal ocurre al debilitarse y separarse los componentes del diafragma pélvico, produciéndose un abultamiento por el que puede salir contenido rectal, la vejiga y/o la próstata. La prevalencia es de un 0,1 a un 0,4% en machos enteros, con una edad media de presentación de aproximadamente 10 años. Los perros acuden a consulta por problemas al defecar y/o hinchazón de la zona perianal. El tratamiento de elección es el quirúrgico, existiendo múltiples técnicas: recolocación anatómica; trasposición de diversos músculos, véase el obturador interno, glúteo superficial, semitendinoso, o combinaciones de dos de ellos y colocación de mallas. En la Complutense, por el alto número de recidivas, se han ido desarrollando modificaciones a las técnicas convencionales hasta desarrollar una nueva técnica, que consiste en colocar una o dos mallas de polipropileno desde el esfínter hasta el borde craneal del pubis. Deben de tener una altura desde la base del rabo al isquion y una longitud desde el isquion hasta delante del pubis. El beneficio es que esta técnica tiene un menor índice de recidivas y puede llevarse a cabo cuando la hernia es bilateral solucionando el problema en la misma intervención. Para explicarlo expondremos un caso clínico en el que se realizó esta nueva técnica en un perro operado previamente con una técnica convencional que recidivó. En este caso vemos la buena evolución del animal y la integración de la malla en sus tejidos.

Palabras clave: Hernia. Recidivas. Nueva técnica. Caso clínico.

INTRODUCCIÓN

La hernia perineal se produce al debilitarse y separarse los componentes del diafragma pélvico. Esta hernia suele producirse entre los músculos elevador del ano, obturador interno y esfínter anal externo⁽¹⁾. Lo que permite la formación de un saco herniario en el que puede introducirse tanto grasa como distintos órganos abdominales como la vejiga, la próstata o el recto, provocando una estrangulación de

los mismos y poniendo en peligro la vida del animal afectado.

Los animales afectados pueden presentar signos clínicos diversos en función de las estructuras que se hayan visto afectadas, como hinchazón de la zona perineal, estreñimiento, tenesmo, disquecia, prolapso rectal, estranguria, anuria, vómitos, flatulencia y/o incontinencia fecal⁽²⁾. El diagnóstico definitivo se realiza mediante ecografía y radiografía y el tratamiento de elección es el quirúrgico.

En cuanto a la etiología, se desconoce. Se sospecha que existen 3 componentes: un componente mecánico, como es el estreñimiento; un componente genético; y un componente neurogénico, que consiste en una degeneración neurogénica de los músculos elevador del ano y coccígeo y daño de las ramas del nervio pudendo y plexo sacral.

La prevalencia es de 0,1 a 0,4% en perros, dándose casi exclusivamente en machos, la mayoría de ellos enteros. La edad de presentación es de entre 7 y 13 años, con un pico de incidencia entre los 7 y 9 años⁽³⁾. La máxima presentación en machos es debido a las diferencias anatómicas entre hembras y machos en los perros. Las hembras, debido al esfuerzo al que se ven sometidas durante el parto, tienen un elevador del ano más fuerte y un ligamento sacrotuberoso más grande.

CASO CLÍNICO

En 2009 acude a consulta Bruce, un perro de raza mestiza, de 6 años, macho entero, por una recidiva de hernia perineal derecha que ha evolucionado a bilateral. Había sido intervenido en 2008 en una clínica externa.

El animal presentaba signos de estreñimiento e hinchazón de la zona perineal.

Para solucionar la recidiva de Bruce decidimos reintervenirle y optamos por llevar a cabo una nueva técnica que consiste en la colocación de dos mallas de polipropileno, una a cada lado del defecto bilateral, desde la zona perineal a través del canal pélvico hasta la pared abdominal del mismo lado, de forma que se corrige el defecto anatómico en el diafragma pélvico y se previene al mismo tiempo la herniación de los órganos abdominales.

Antes de llevar a cabo la intervención, el perro siguió un tratamiento encaminado al ablandamiento de las heces, en los 2 o 3 días anteriores que consiste en Duphalac y dieta rica en fibra. Se le administró también un antibiótico.

En día de la intervención con el animal anestesiado, se realizó un vaciado manual de las heces y una sutura "en bolsa de tabaco" para no contaminar el campo quirúrgico. Además, sondamos el animal.

Se rasura desde el apófisis xifoides hasta el pubis y también la zona perineal desde el isquion hasta el pubis y se posiciona en la mesa en decúbito supino. Se cubre con paños estériles las zonas exteriores al campo quirúrgico. Se desinfecta el campo quirúrgico con alcohol y clorexhidina.

La técnica consiste en colocar dos mallas de polipropileno y la realizan dos cirujanos trabajando simultáneamente. En primer lugar, para llevar a cabo este procedimiento, es necesario calcular las medidas correctas de la malla que se utilizará.

La longitud de cada malla tiene que ser igual a la distancia desde el ano a la región umbilical del abdomen y su anchura será igual a la distancia entre la base de la cola y el tubérculo isquiático⁽⁴⁾. La malla aumenta gradualmente de anchura hasta que sea 2-3 cm más ancha en la parte craneal con respecto a la caudal. Una vez medida la malla, se realizará una laparotomía media caudal, a través de una tracción suave, se desplaza ligeramente el contenido abdominal, vejiga, recto y grasa regional, para situarlos manualmente en su posición anatómica.

La incisión para el enfoque perineal se realiza desde la base de la cola y corre paralela al esfínter anal extendiéndose a la región isquiática. Después se realiza una disección roma para abrir el saco herniario y reintroducir el contenido, que no haya sido recolocado por tracción, en el canal pélvico. Este uso de la disección roma a partir de la región perineal crea un espacio a través del canal pélvico por el cual, se pasa la malla de polipropileno de la región perineal a la cavidad abdominal.

Para este proceso la malla se enrolla en un drenaje de Penrose y se introduce en el espacio creado en el canal pélvico; este punto es importante para evitar que los bordes de la malla raspen los tejidos de alrededor. Una vez atravesado, se retira el drenaje Penrose.

Una vez, la malla está en su lugar, hay que desenrollarla (Fig. 1); para ello, hay que prestar atención para evitar la torsión de la malla alrededor de su eje longitudinal. La malla debe desenrollarse simultáneamente en la misma dirección; por ejemplo, desde la línea alba, a través de la pared abdominal profunda hasta alcanzar el final de la malla. Por lo tanto, la malla colocada en su posición tiene que cubrir los defectos perineal y prepúbico.

El defecto perineal se repara en primer lugar suturando la malla al recto caudal, luego al esfínter anal externo, al tubérculo del isquion (perioestio) y a los músculos isquiocavernoso y bulboesponjoso con un patrón simple con sutura reabsorbible a largo plazo o nylon 2/0.

Una vez que la malla se ancla en la región perineal, se ejerce una tracción craneal de la malla hasta que el esfínter anal recupera su lugar anatómico. Luego la malla se fija al músculo transverso del abdomen y al recto abdominal de la pared abdominal con 4-6 puntos con patrón interrumpido con sutura reabsorbibles a largo plazo o nylon

2/0. Durante todo este proceso de fijación de la malla es importante no torcerla. Realizamos el mismo proceso en el lado opuesto, teniendo la precaución de no solapar las mallas al suturarlas en la zona craneal.



Figura 1. Colocación de la malla desenrollándola por ambos extremos.

La laparotomía se cierra de forma rutinaria en 3 planos con patrón continuo de la fascia abdominal y capa subcutánea con sutura reabsorbibles 2/0; la piel se cierra con sutura no reabsorbibles 2/0 dando puntos sueltos.

A continuación, se castró a Bruce mediante técnica habitual.

Los [cuidados postoperatorios](#) podrían clasificarse en dos grandes grupos:

- Tratamiento farmacológico postquirúrgico:

Antiinflamatorio (meloxicam), protector gástrico (pepcid), antibiótico (synulox), analgésico (tramadol) y reactivador de la motilidad intestinal, antibiótico y inmunomodulador (metronidazol)

- Cambio de hábito alimenticio:

Duphalac (primeros días hasta tener consistencia de heces normal) Dieta recomendada: 40% de arroz integral y calabaza. 40% de pescado, conejo ternera, 20% de calabacín, zanahoria y espinacas. Todo hervido. Esto constituirá el 50% de su dieta. El otro 50% será pienso I/D

En el caso de Bruce le recomendamos cambiar su pienso w/d por i/d.

En 2013, debido a la debilidad muscular del tercio posterior de Bruce hubo que reintervenirle para recolocar la malla del lado derecho, momento que se aprovechó

para tomar una biopsia de la malla (Fig. 2) y se observó que estaba perfectamente integrada en los tejidos.

A día de hoy Bruce lleva una vida perfectamente normal y goza de buena salud.

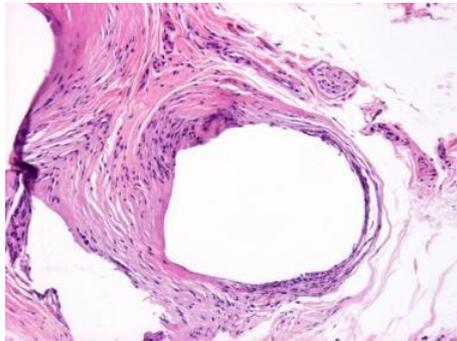


Figura 2. Biopsia de malla de polipropileno

DISCUSIÓN

La cirugía siempre está recomendada en los casos de hernia perineal porque el tratamiento médico prolongado de esta condición puede predisponer al paciente a sufrir de atrapamiento de la vejiga, el intestino o próstata, que son condiciones que amenazan la vida.

Para resolverlas, las técnicas tradicionales que se describen en la literatura veterinaria son: herniorrafia tradicional, transposición del obturador interno, transposición del glúteo superficial, la colocación de un cono de malla de polipropileno, entre otros⁽⁵⁾. Cada uno de estos procedimientos tienen una alta tasa de complicaciones y recurrencias. Por ejemplo la transposición del glúteo superficial no resuelve la parte ventral del defecto y la transposición del músculo obturador no resuelve la parte dorsal y tienen una tasa de recidiva de hasta el 36%. La complicación más común del uso de malla es la aparición de seromas⁽⁶⁾.

Todos estos datos indican que la reparación de hernias perineales son un reto para los cirujanos. Y también, se puede deducir que no hay una técnica ideal para la resolución de este importante problema, ya que todos los procedimientos tienen una tasa de recaída medio-alto. La razón principal de esta tasa de recurrencia se pudo encontrar en la debilidad y atrofia de los músculos utilizados en la reparación. Esta es la causa principal, por lo que creemos que nuestra técnica puede resolver este problema con un gran éxito relativo, ya que reconstruye la membrana perineal sin la ayuda de los músculos perineales.

Además, creemos que nuestra técnica tiene algunas ventajas con respecto a otras técnicas, que son:

Nuestros resultados muestran que la fijación de una malla de polipropileno a músculos anteriormente citados es suficiente para mantener la posición de la malla y las vísceras en su lugar anatómico. Además, el riesgo de daños en las estructuras circundantes es baja. La malla de polipropileno tiene buenas propiedades biomecánicas , es relativamente inerte y mantener la integridad estructural indefinida⁽⁷⁾.

Sin embargo, esta nueva técnica puede presentar algunas complicaciones también. Podría ser posible que la presencia de material extraño dentro de la cavidad abdominal y el canal púbico, causa irritación de los tejidos que lo rodean u órganos adyacentes como el epiplón , el colon , la vejiga , la uretra o próstata.

Por lo tanto , creemos que , esta nueva técnica es capaz de lograr un plano anatómico firme de la región ventral de la pared abdominal la porción más caudal del diafragma pélvico en un solo procedimiento quirúrgico sin incremento significativo en el tiempo quirúrgico y anestésico . También puede proporcionar consistencia adecuada a un plano anatómico que se pierde en los casos graves.

CONCLUSIONES

En la Complutense viendo el alto número de recidivas se ha desarrollado esta nueva técnica que tiene la ventaja de poder solucionar hernias bilaterales. Es una técnica más agresiva que las convencionales y está indicada en casos complicados que ya se hayan intervenido y en los que las técnicas antiguas han fracasado. Una desventaja de la nueva técnica es que deja mucho material externo dentro del animal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Harvey, C.E. Treatment of perineal hernia in the dog. Journal of Small Animal Practice; 1977.
2. Fossum T. Small Animal Surgery 4Ed. Elsevier; 2013.
3. Tobias K. Manual of Small Animal Soft Tissue Surgery. Wiley-Blackwell; 2010.
4. Sánchez de la Muela M. Hernia perineal [PowerPoint]. Madrid. 67 diapositivas.
5. Slatter D. Textbook of Small Animal Surgery. Masson; 1989.
6. Bowman, K. Complications associated with the implantation of polypropylene mesh in dogs and cats. Journal of the American Animal Hospital Association;

1984-1996.

7. Conze J, Klinge U, Anurov M. Polypropylene in the intra-abdominal position: Influence of pore size and surface area. Hernia; 2004.

Recibido: 17 marzo 2014.

Aceptado: 26 abril 2014.