



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-550 - PERFORACIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A HERNIA PERINEAL TRAS AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL

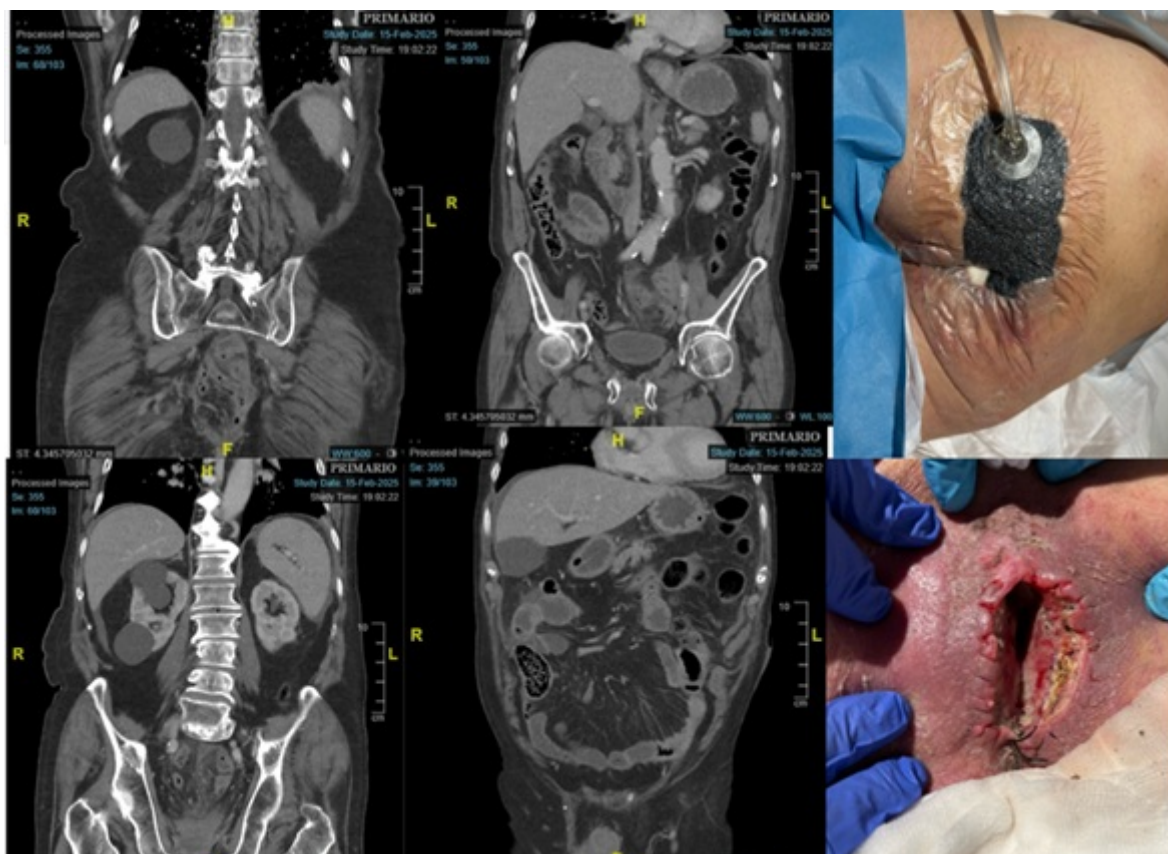
Contreras García, Candela; Linacero Martín, Santiago; Rodríguez Marín, Daniela; Abón Arrojo, Rodrigo; Cisterne López, Cristian; Celi Altamirano, Edgardo; Rueda Orgaz, José Antonio; Martínez Cortijo, Sagrario

Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón.

Resumen

Introducción: La hernia perineal es una complicación infrecuente tras la amputación abdominoperineal (AAP), con una incidencia reportada entre el 0,34% y el 7%. Factores predisponentes incluyen la infección de herida perineal, radioterapia previa y fallo en el soporte del suelo pélvico [3]. Aunque generalmente es asintomática, puede evolucionar en pocas ocasiones hacia complicaciones graves como obstrucción o perforación intestinal, especialmente tras traumatismos.

Caso clínico: Varón de 80 años con antecedente de AAP laparoscópica en 2022 por adenocarcinoma de recto estadio T3N0, tras tratamiento neoadyuvante con capecitabina y radioterapia. Durante la cirugía se empleó una malla de polipropileno en el estoma (técnica de Keyhole) y malla Phasix ST para cierre del defecto perineal. En el seguimiento oncológico se identificó una hernia perineal de 5 cm, reducible y asintomática, incluido en lista de espera quirúrgica para repararla de forma programada. El paciente acudió a urgencias por dolor abdominal y signos de irritación peritoneal tras traumatismo en región coccígea el día anterior. La tomografía computarizada mostró eventración perineal con asas de intestino delgado fijas y colapsadas, dilatación proximal, líquido libre, edema mesentérico y neumoperitoneo con tracción vascular mesentérica, sugiriendo complicación herniaria. Se realizó una intervención urgente con abordaje combinado abdominal (laparotomía media) y perineal. Intraoperatoriamente se halló peritonitis localizada en hemiabdomen inferior, observando una perforación puntiforme de íleon distal y firme adherencia del asa afectada al saco herniario perineal. Se efectuó resección intestinal en bloque (40 cm), incluyendo la zona perforada y el asa adherida, con resección ileocecal y anastomosis laterolateral mecánica ileocólica. La herida perineal se cerró parcialmente con seda, dejando un drenaje Penrose. El posoperatorio fue complejo, con dehiscencia de la herida perineal tras retirada del drenaje, requiriendo curas locales, terapia de presión negativa (VAC) y posterior cierre secundario mediante sutura. El paciente fue dado de alta tras 42 días de ingreso hospitalario, pendiente de reparación quirúrgica de hernia perineal de forma programada.



Discusión: La hernia perineal pos-AAP es una entidad rara, pero con complicaciones potencialmente graves. Su evolución hacia la perforación intestinal, como en este caso, es excepcional y puede estar precipitada por factores como el trauma o la presión aumentada en el saco herniario. El uso de mallas en el cierre del suelo pélvico no elimina el riesgo de eventración. El diagnóstico precoz mediante TC es esencial para planificar el abordaje quirúrgico. La intervención debe ser individualizada, combinando el acceso abdominal y perineal cuando sea necesario, con resección intestinal si existe compromiso visceral. La hernia perineal tras AAP puede evolucionar, aunque raramente, hacia complicaciones graves como la perforación intestinal. Este caso pone de manifiesto la importancia del seguimiento a largo plazo y del abordaje multidisciplinar en situaciones quirúrgicas urgentes. La elección del tipo de malla y la técnica reconstructiva podrían jugar un papel relevante en la prevención de estas complicaciones.