



V-041 - HERNIA PERINEAL CON RECONSTRUCCIÓN TIPO MOONFLAP

Perea, Inés; Abadía Barnó, Pedro; Muñoz Aguado, Bárbara; Sánchez Randulfe, Jacobo; de Vicente Bernal, Irene; Juste Escribano, Carlota; Die Trill, Javier; Fernández Cebrián, José María

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción: La hernia perineal es una complicación infrecuente tras una amputación abdominoperineal, con una incidencia en torno al 1-10%. Suelen ser asintomáticas, y cuando aparecen síntomas los más frecuentes son molestias a nivel perineal, síntomas miccionales y menos frecuente obstrucción intestinal. No hay consenso sobre su tratamiento, pudiéndose reparar mediante abordaje abdominal, perineal o combinado, empleando prótesis o colgajos miocutáneos o dermograsos si es preciso para reforzar el suelo pélvico.

Caso clínico: Varón de 77 años con antecedentes personales de HTA y artritis reumatoide, intervenido en diciembre de 2022 por adenocarcinoma de colon transverso y recto bajo, realizándose en el mismo acto quirúrgico hemicolectomía derecha ampliada D2 y amputación abdominoperineal de Miles laparoscópica. Durante el seguimiento se objetiva hernia perineal de moderado tamaño, no complicada. Se realiza una tomografía computarizada en la cual se objetiva herniación de asas de intestino delgado en el lecho de amputación, sin signos de complicación. Se decide intervención quirúrgica programada para reparación de hernia perineal, llevándose a cabo hernioplastia con *moon flap*. Se coloca al paciente en prono navaja; se comienza con la escisión cutánea de cicatriz previa. Disección del saco herniario; en la cara posterior se realiza dicha disección hasta alcanzar el coxis. Tras llevar a cabo una resección parcial del saco herniario se procede a la plicatura del mismo con sutura continua con Vicryl de 2/0. Se mide el espacio para colocación de malla, y se dan puntos de anclaje de la misma con puntos sueltos de Vicryl de 2/0. Posterior confección y colocación de malla de polipropileno 8 x 10 cm. A continuación se procede con la configuración del *flap* dermograso, cierre del mismo con puntos sueltos de Vicryl de 2/0. Cierre de plano subcuticular con Vicryl de 3/0 y piel con puntos colchoneros con Prolene de 3/0. Se coloca cura PICO. Revisión en Consultas Externas, se encuentra sin dolor perineal, con buen aspecto de herida quirúrgica y sin datos de recidiva herniaria.

Discusión: La hernia perineal es una complicación poco frecuente tras una resección abdominoperineal. Cuando está indicado el tratamiento quirúrgico, la vía de abordaje debe ser individualizada, puede ser perineal o abdominal, siendo de preferencia el primero y reservándose la vía abdominal para hernias recidivadas o cuando se desea revisar el paquete intestinal. El cierre primerio mediante sutura es una opción de tratamiento, si bien presenta alta tasa de recidiva, en especial pacientes con comorbilidades como radioterapia previa. Actualmente la técnica más extendida es la reparación mediante el uso de mallas, y a pesar del auge inicial de las prótesis

biológicas, estas no han demostrado superioridad frente a otras como las de polipropileno, por lo que han caído en desuso. Respecto a los colgajos dermográcos estos tienen especial relevancia tras intervenciones de coloproctología dada su facilidad técnica y capacidad de garantizar una buena vascularización y sutura sin tensión. La tasa de recidiva es del 0-30%, siendo la infección de la herida el principal factor predisponente.