

Tipos de hernias del suelo pélvico

Teresa Guerra Garijo, Santiago Marzoa Ruiz, Bruno Winzer Meliá, Rocio Condori Bustillos, Marta María Guerra Garijo, Andrés Guerra Escarda

¹Hospital Universitario Rio Hortega, Valladolid;

OBJETIVO DOCENTE

Revisaremos la anatomía del suelo pélvico y la patología herniaria de esta zona del organismo. Se describen tres tipos de hernias pélvicas, como son la hernias isquiática, la hernia obturatriz y la hernia perineal. Describiremos su presentación clínica y diagnóstico.

REVISIÓN DEL TEMA

Las hernias del suelo pélvico son muy raras, cursando mayoritariamente con síntomas inespecíficos en la mayoría de ellos, que hacen difícil su diagnóstico.

Debido a estas características, el tratamiento casi siempre se demora, aumentando la morbi-mortalidad, siendo más frecuente las complicaciones, como puede ser el caso de la estrangulación herniaria.

En el suelo pélvico se describen tres tipos de hernias. La isquiática, la hernia obturatriz y la hernia perineal.

Las más raras son las isquiáticas siendo casi siempre un diagnóstico y tratamiento tardío.

Para una mejor valoración de estas patologías, debemos conocer la anatomía de la pelvis, sabiendo que es un espacio en contigüidad con la cavidad abdominal que contiene órganos del sistema urinario como la vejiga y uretra, órganos del sistema genital reproductivo como puede ser el útero, anexos y vagina en la mujer y órganos del sistema digestivo en su extremo más distal, como son el recto y el ano.

Todas estas estructuras se encuentran ancladas por músculos y tejido conectivo, sirviendo además de para la sujeción de las estructuras, para evitar la incontinencia urinaria y fecal.

SUELO PELVICO:

Se divide en tres compartimentos: el compartimento anterior que contiene la vejiga y la uretra, el compartimento medio que contiene vagina y útero y el compartimento posterior que contiene al recto.

En el suelo pélvico se describen tres tipos de hernias como son la hernia isquiática, hernia obturatriz y hernia perineal.

HERNIA ISQUIÁTICA.

También se llama hernia ciática o glútea. Se produce a través de la escotadura ciática que a su vez se encuentra dividida en agujero ciático mayor o menor por el ligamento sacroespinoso.

Son las hernias menos frecuentes de todas las hernias abdominales externas.

Se sub-clasifican en:

- Tipo1 (suprapiriforme): Es la más frecuente de las tres, apareciendo en un 60% aproximadamente.
- Tipo2 (subpiriforme): Aparece en un 30% de las hernias isquiáticas.
- Tipo3 (subespínosa): Se hernia a través del agujero ciático menor. Es la menos frecuente (10%).
- En su mayoría protruye a través del orificio ciático mayor, por el borde superior del músculo piramidal, en unión de los vasos y nervios glúteos superiores o por el borde inferior de este músculo acompañado de los vasos pudendos, de los nervios y vasos glúteos y del nervio ciático mayor.
- Con menor frecuencia se hernia por el agujero ciático menor, estando en ambos casos cubiertos por el músculo glúteo mayor. Son más frecuentes en mujeres debido al tamaño de la pelvis y del agujero ciático mayor, siendo mayor en estos casos. También se observan en pacientes con enfermedades neuromusculares o articulares de la cadera que cursan con atrofia del músculo piramidal o atrofia muscular.

La HERNIA OBTURATRIZ.

- Es una hernia muy rara , siendo aproximadamente de 1% de frecuencia.
- Es una de las causas de obstrucción de intestino delgado, cuyas asas se hernian por este agujero.
- La herniación se produce por un defecto en la membrana obturatriz, siguiendo el canal obturador junto con los vasos y nervios.
- En estas hernias, el saco herniario se encuentra superficial al músculo obturador externo y profundo e inferior al músculo pectíneo.
- Debido al tamaño pequeño del agujero obturador, hacen que estas hernias también sean pequeñas.
- Estas hernias son mas frecuentes en lado derecho y son de predominio femenino.
- La multiparidad, la pérdida de peso y la existencia de ascitis son algunas de las causas desencadenantes.

La HERNIA PERINEAL

- Es la protrusión de vísceras pélvicas, intrabdominales o grasa a través de un defecto en la musculatura y fascias del suelo pélvico.
- Las hernias perineales se clasifican en anteriores o posteriores en función de su relación con el músculo perineal transverso.
- En las hernias anteriores el defecto está en el diafragma urogenital. Hablamos de hernia perineal posterior cuando protruye a través de los músculos elevadores del ano o entre el elevador del ano y los músculos coccígeos .
- Según la etiología se clasifican en hernias perineales primarias cuya causa es un defecto congénito o adquirido y en hernias perineales adquiridas o secundarias, siendo éstas las mas frecuentes.

- Como factor predisponentes de las hernias primarias están: los partos por vía vaginal, el envejecimiento, la obesidad, las enfermedades del tejido conectivo y el estreñimiento crónico .
- Las hernias secundarias o adquiridas son hernias incisionales verdaderas, como resultado de procedimientos perineales extensos como pueden ser las resecciones abdomino-perineales del recto, exenteración pélvica, la resección rectal parasacra o trans-esfinteriana, la histerectomía vaginal o la prostatectomía perineal.
- Las hernias primarias ocurren generalmente en mujeres mayores de 40 años con una clínica de presentación escasa o inespecífica en función de los órganos herniados.
- Puede cursar con disuria, polaquiuria e incontinencia urinaria, en el caso que se hernie la vejiga. Puede cursar con alteraciones dispépsicos, estreñimiento e incontinencia fecal cuando se hernia el epiplón o asas intestinales.
- También pueden existir otros síntomas como la disfunción sexual.

- El síntoma más frecuente en estos casos suele ser una masa blanda que aumenta con las maniobras de Valsalva, siendo fácil su reducción.
- La tumoración de partes blandas se verá en la parte posterior del labio mayor en caso de hernias anteriores o encontrar una tumoración por debajo del borde posterior del glúteo mayor en las hernias posteriores.
- Es importante distinguir la hernia anterior de la hernia inguinal que suele ser mas alta.
- Suelen ser hernias de buen pronóstico con una tasa baja de estrangulación debido a la laxitud de los músculos que contienen los orificios herniarios.

Diagnóstico

- En todas las hernias pélvicas puede ser útil la radiografía simple de abdomen, en caso de presentarse como una obstrucción intestinal o la cistografía en caso de afectación vesical.
- La Tc multiplanar es la prueba idónea para su diagnóstico y sus complicaciones, aportando delimitación anatómica que facilita el diagnóstico y la planificación terapéutica. En caso de dudas se puede completar la exploración con una RM pélvica.

Tratamiento

El tratamiento siempre será quirúrgico por vía perineal o abdominal, siendo obligatoria esta última vía, en caso de estrangulación de la hernia para tratar las lesiones isquémicas. A veces se pueden usarse ambas vías.

CONCLUSIÓN

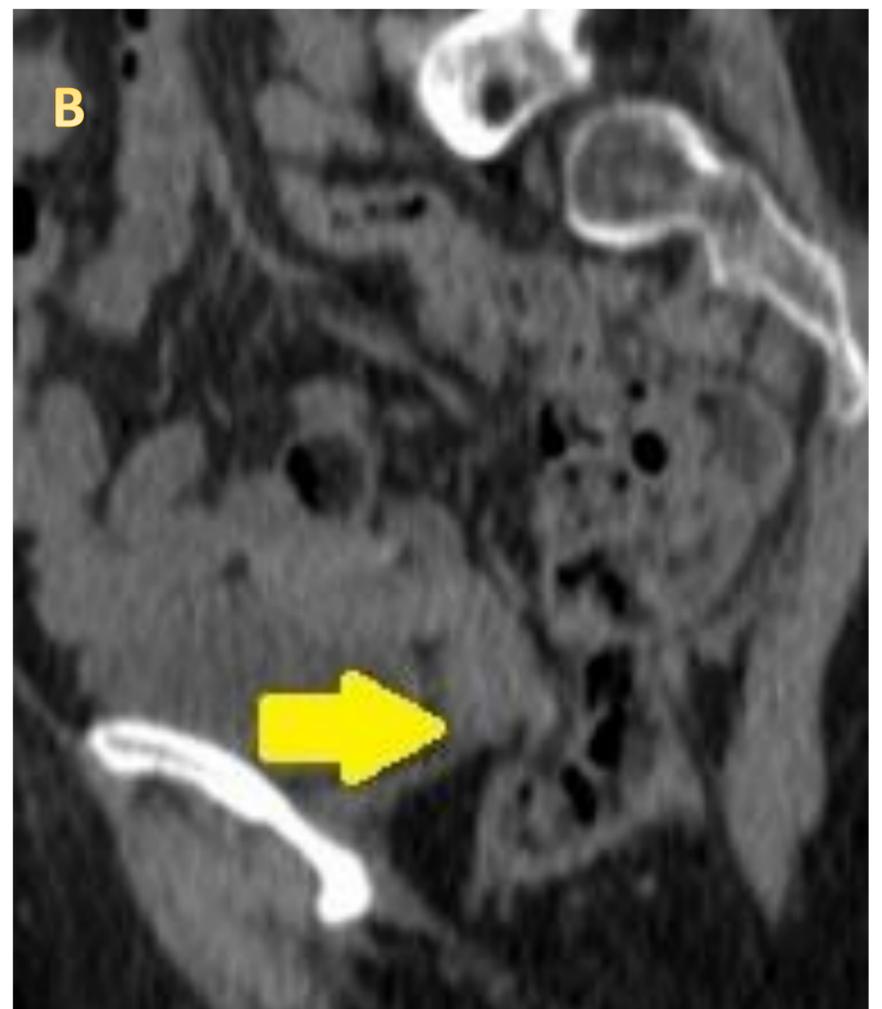
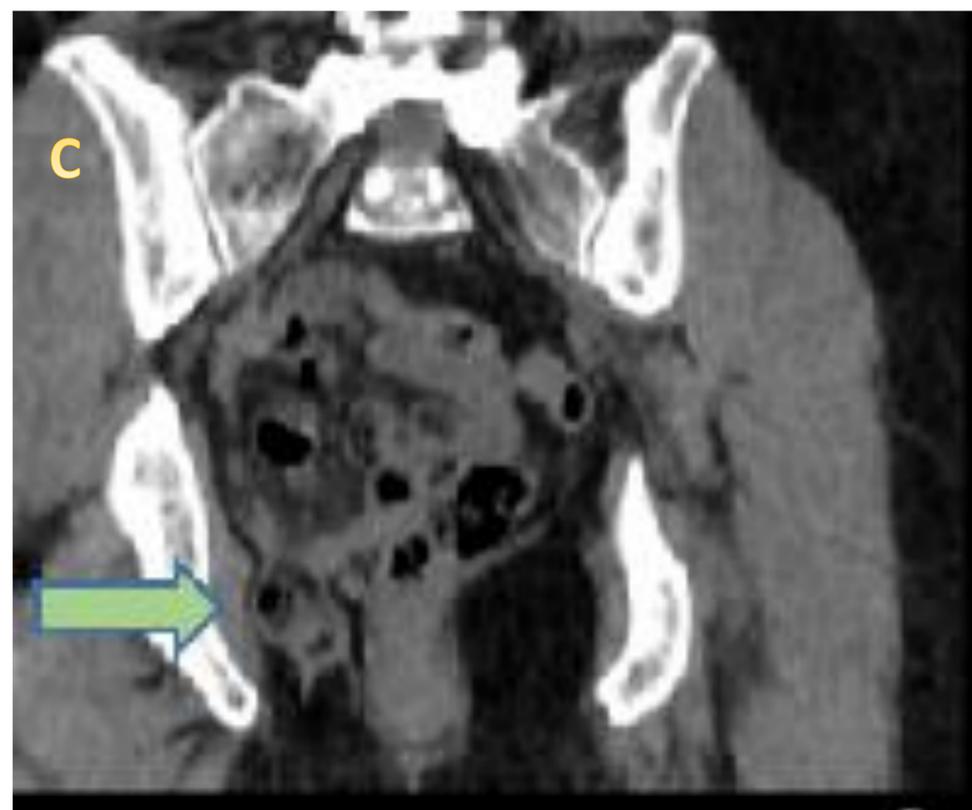
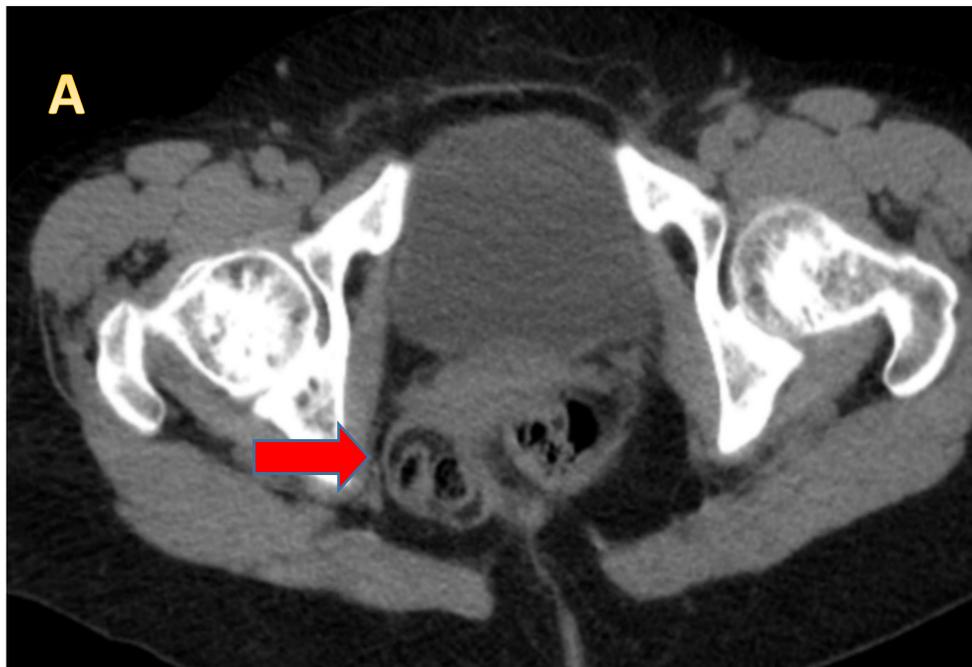
- Las hernias pélvicas generalmente son secundarias a una debilidad adquirida del suelo pélvico. Las hernias isquiática y obturatriz son extremadamente raras, siendo las perineales más comunes por su asociación con procedimientos quirúrgicos perineales extensos.
- La TCMC permite evaluar las hernias y sus complicaciones .
- Debemos conocer una causa de dolor perineal infrecuente cuyo diagnóstico puede pasar desapercibido .

Recuerdo anatómico



A: Corte axial de Tc a nivel de la sínfisis del pubis :
Músculo elevador del ano (flecha roja)

B: Corte axial de Tc a nivel de pelvis. Obsérvese la
Fosa isquiorrectal(flecha azul)



Tc de pelvis sin c.i,v. a nivel del periné .

A:Corte axial (flecha roja)

B:Corte sagital (flecha amarilla)

C: Corte coronal (flecha verde).

En ambos cortes se observa la herniación de asas de sigmoide

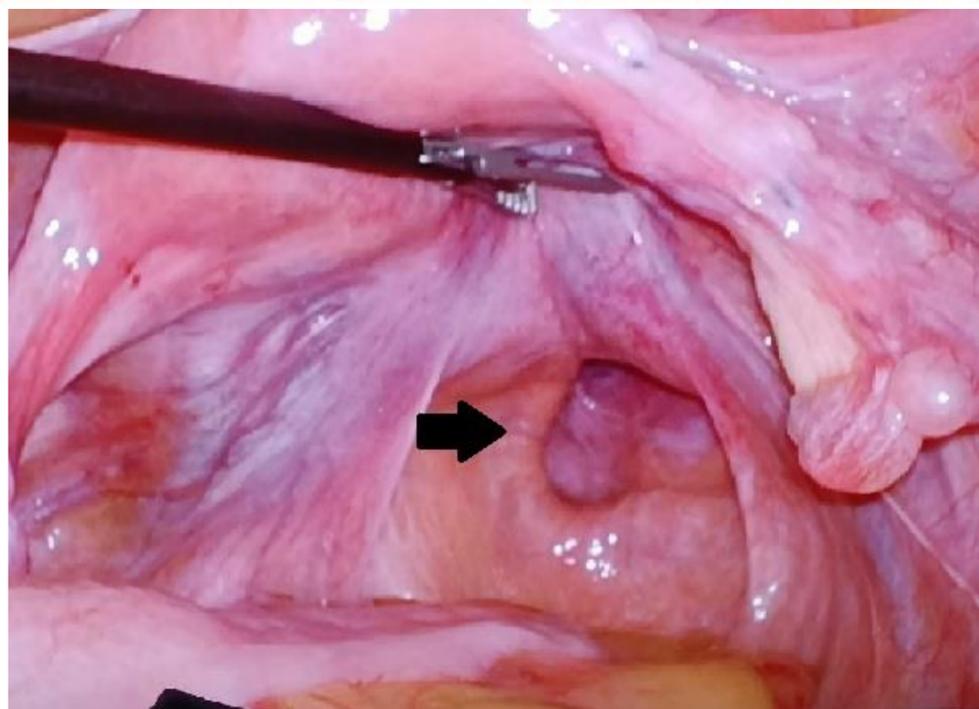
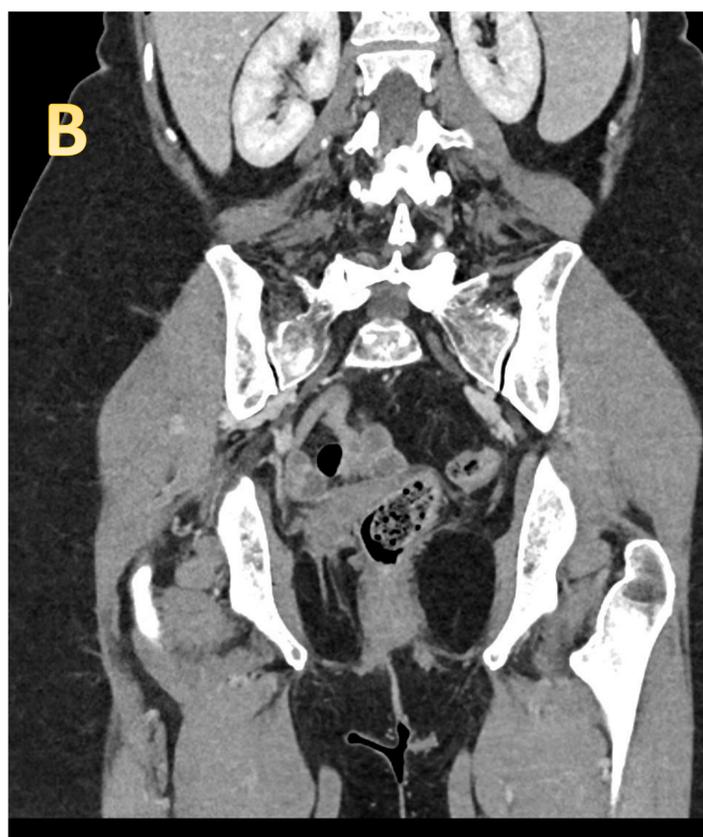
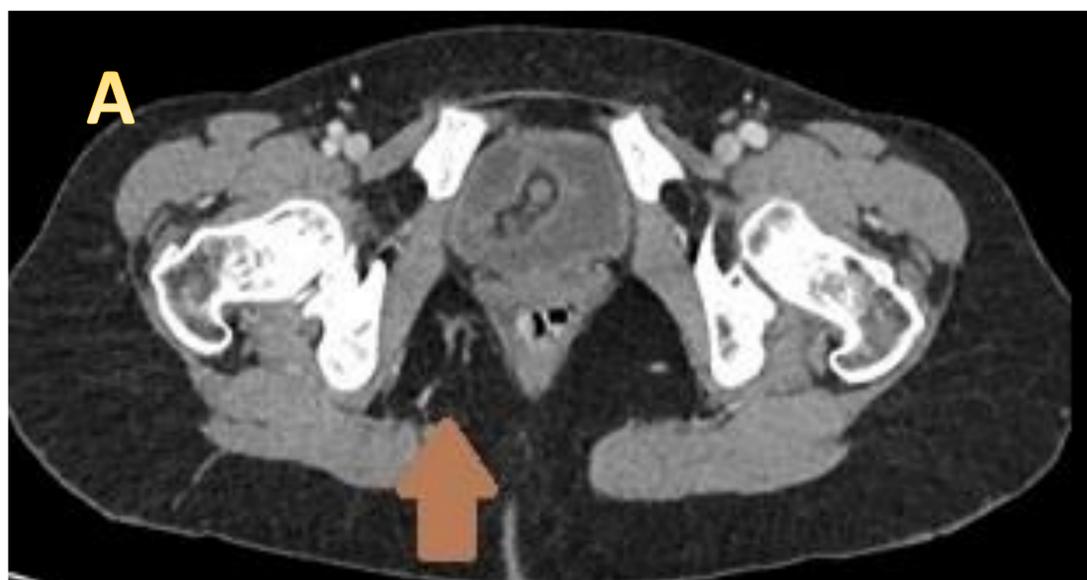


Imagen quirúrgica donde se observa un defecto a nivel de la musculatura del periné (flecha negra) por donde se hernian las asas intestinales.



Tc de pelvis postquirúrgico sin c.i.v.
A: Corte axial (flecha marrón), B: Corte coronal y C: Corte sagital..
Obsérvese la ausencia de asas intestinales de sigmoide herniadas.

REFERENCIAS

- Sanjay M. Khaladkar, Anubhav Kamal, Sahil Garg, and Vigyat Kamal, “Bilateral Obturator Hernia Diagnosed by Computed Tomography: A Case Report with Review of the Literature,” *Radiology Research and Practice*, vol. 2014, Article ID 625873, 4 pages, 2014.
doi:10.1155/2014/625873.
- E. Muñoz-Forner, S. García-Botello, F. López-Mozos, R. Martí-Obiol, A. MartínezLloret, S. Lledó. Computed tomographic diagnosis of obturator hernia and its surgical management: A case series. *Int J Surg.*, 5 (2007), pp. 139-142. doi: org/10.1016/j.ijsu.2006.10.001