

HÉRNIAS PERINEAIS

Data de aceite: 01/03/2023

Antonio José Araújo De Lima

Sofia Carneiro Pinto Costa
<http://lattes.cnpq.br/3320442704250817>

Marília Mendes de Oliveira
<http://lattes.cnpq.br/2993145491131132>

Henrique Assis de Oliveira Junior
<http://lattes.cnpq.br/7456900493664700>

Larissa Prado Ferreira
<http://lattes.cnpq.br/9289357934587038>

Ana Cristina Alves Cândido
<http://lattes.cnpq.br/1829382239247642>

Vitor Moretto Salomão
<http://lattes.cnpq.br/1687833278562235>

Andrea Moretto Salomao
<http://lattes.cnpq.br/9501782071176453>

Lyslie Aparecida Pichara Itaparica Salomao
<http://lattes.cnpq.br/7947948103085344>

Aline Ayres Leme de Moraes
<http://lattes.cnpq.br/9501782071176453>

1 | INTRODUÇÃO

O períneo é um espaço pouco profundo localizado abaixo da fáscia da face inferior do músculo diafragma da pele. Superficialmente e em posição de litotomia limita-se anteriormente pelo monte do púbis nas mulheres, lateralmente pelas faces mediais das coxas, posteriormente pela extremidade superior da fenda interglútea e pregas glúteas. Profundamente seus limites são: sínfise púbica anteriormente, ramos isquiopúbicos anterolateralmente, túberes isquiáticos lateralmente, ligamentos sacrotuberais posterolateralmente e parte inferior do sacro e cóccix posteriormente. Divide-se em trígonos urogenital e anal, em posição anterior e posterior respectivamente, e espaços superficial e profundo do períneo pela membrana do períneo, estrutura de tecido conjuntivo que se estende dos dois lados do arco púbico cobrindo o triângulo urogenital¹.

Hérnias perineais tratam-se da protrusão anormal de conteúdo intra-

abdominal através de defeitos no assoalho da pelve^{2,11}. Tal condição pode ser classificada em primárias, onde o defeito é congênito, ou secundárias, cujo defeito em seus tecidos de sustentação é produzido por trauma ou procedimento cirúrgico, sendo os mais frequentemente associados a saber: amputação abdominoperineal de reto²⁻⁷ (cirurgia de Milles), exenteração pélvica^{2-5,7} e proctectomia⁷. A cirurgia de Milles resseca grande parte dos tecidos do assoalho pélvico restando para seu fechamento quase que exclusivamente pele e tecido adiposo das fossas isquiorretais, facilitando o desenvolvimento de complicações locais da ferida operatória perineal, entre elas as hérnias^{5,7}. Estas hérnias podem conter intestino delgado, cólon, bexiga, útero ou omento maior⁸.

2 | HÉRNIAS PRIMÁRIAS

Três tipos diferentes de hérnias raras do assoalho pélvico podem ser distinguidos em ordem decrescente de frequência: obturatória, perineal e ciática⁹⁻¹⁰. Entre o grupo de hérnias perineais, uma anterior e uma forma posterior podem ser distinguidas (Fig. 1). Eles são separados por sua posição em relação ao músculo transverso do períneo (Fig. 1b). A origem da forma anterior são defeitos no diafragma urogenital anterior aos músculos perineais transversos superficiais pareados (Fig. 1a). A manifestação clínica é um prolapso na região dos lábios. A origem da forma posterior é um defeito dentro dos *músculos levantadores do ânus* que constituem o diafragma pélvico ou através de defeitos resultantes da falha dos músculos *obturador interno* e *ileococígeo* em se unirem (Fig. 1c). A manifestação clínica é um abaulamento unilateral da região glútea ou perineal. As hérnias perineais anteriores ocorrem apenas em mulheres, enquanto as hérnias perineais posteriores podem ocorrer em ambos os sexos.¹¹

2.1 Hérnias perineais congênitas

A hérnia perineal ocorre principalmente secundária a operações urológicas/ginecológicas ou após tratamento cirúrgico de câncer retal¹¹⁻¹⁴. As formas primárias são extremamente raras; podem ser congênitas ou adquiridas. Apenas cerca de 100 casos foram relatados na literatura¹⁵.

Existem poucas informações sobre hérnias perineais congênitas, devido sua raridade, com apenas 10 casos descritos. Oito desses relataram hérnias perineais em crianças^{34,35}, enquanto os outros dois descreveram a associação de hérnias perineais congênitas com anormalidades cromossômicas em fetos abortados, incluindo Síndrome de Turner e Trissomia 18³⁶.

Não surpreendentemente, esses pacientes podem representar um desafio diagnóstico para o cirurgião que não foi exposto a essa entidade rara. Nieto-Zermeno et al. relatou sobre o distúrbio geral da matriz extracelular visto em uma criança com hérnia perineal primária e elastose primária generalizada¹⁶. Sciacca et al. descreveu um defeito da

fusão da fásia retovaginal como uma razão para hérnia perineal congênita.

Fatores de risco para adquirir hérnia perineal primária são sexo feminino (5:1), gestação, obesidade, ascite e infecções de assoalho pélvico recorrentes¹⁸.

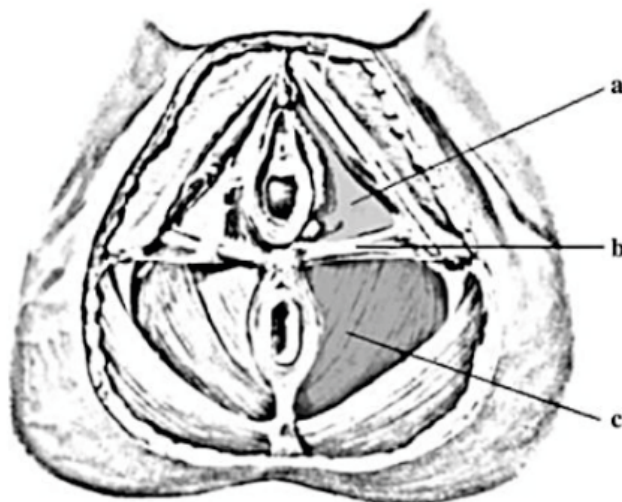


Fig 1. Assoalho pélvico. A: hérnia perineal anterior; b: músculo transverso perineal; c: hérnia perineal posterior

FONTE: Villar F et al, Perineal incisional hernia following rectal resection. Diagnostic and management. Ann Chir 128:246–250, 2003.

2.1.1 *Hernia perineal traumática*

A hérnia perineal secundária a trauma é entidade rara, sem incidência documentada na literatura. Normalmente associado a trauma ortopédico ou ginecológico com diástase da sínfise púbica⁹.

2.1.2 *Hernia perineal pós-parto*

Cirurgiões e ginecologistas precisam estar cientes dessa condição incomum como um diagnóstico diferencial potencial para uma lesão perineal atípica ou massa labial.

Um diagnóstico diferencial abrangente também incluem condições como cisto do canal de Nuck, doença de Bartholin, cisto do ducto, hérnia interna através do ligamento redondo e hérnias dos canais obturador e ciático⁹.

Está associada a trauma obstétrico, normalmente associado a grande diástase de sínfise púbica, com relato de caso de hérnia perineal anterior da bexiga. A separação da sínfise púbica ou diástase púbica relacionada ao parto ocorre em aproximadamente 1 a cada 500 partos. No pós-parto imediato, a diástase pubiana é mais frequentemente tratada

de forma conservadora; no entanto, em casos de incapacidade grave após o parto ou incapacidade física prolongada, a intervenção cirúrgica ortopédica está indicada²³.

2.2 Clínica e diagnóstico

O diagnóstico clínico pode evidenciar uma massa abaixo da margem inferior do *glúteo máximo* ou um inchaço entre o ânus e a tuberosidade isquiática, dependendo da localização do defeito herniário³⁷. Pode caracterizar-se por tumoração amolecida, dolorosa e eventualmente redutível em grandes lábios, períneo ou glúteos, podendo associar-se a distúrbios miccionais e evacuatorios, sendo pouco frequentes os quadros obstrutivos agudos por estrangulamento do conteúdo herniário. Entretanto, muitas outras condições mais comuns mimetizam massas perineais e glúteas, como hamartomas, lipomas, cistos, sobretudo os de Bartholin, retoceles e cistoceles, prolapso retal e, principalmente, abscessos anorretais⁹⁻¹⁴.

O reparo é indicado em hérnias congênitas ou que desenvolvem sintomas como erosão cutânea, desconforto, dor, obstrução intestinal ou urinária. O quadro pode ser confirmado por diferentes técnicas investigativas, como radiografia simples ou contrastadas (enema opaco), ultrassonografia¹⁹, Tomografia Computadorizada²⁰, herniografia²¹ ou Ressonância Magnética^{22,23}.

3 | HERNIAS SECUNDÁRIAS

Para as secundárias a procedimentos cirúrgicos elenca-se como fatores de risco: infecção de feridas operatórias perineais^{2,8,9}, coccigotomia^{2,3,8}, histerectomia prévia^{2,3,8,9}, radioterapia da pelve^{2,4,8,9}, intestino delgado com mesentério longo, sexo feminino (relaciona-se à configuração anatômica da pelve)^{2,8}, excisão ou falha na aproximação dos músculos elevadores da pelve após procedimento cirúrgico^{2,3,8}, feridas cicatrizadas por segunda intenção, tabagismo^{2,8}, passagem de drenos através da própria ferida perineal e não por incisão contralateral², diabetes mellitus e obesidade⁴. A incidência de hérnias perineais pós-operatórias gira em torno de 0,6%^{2,3,8} a 7% na maior parte das séries de casos^{2,7,8}, em geral manifestando-se cerca de 8 a 22 meses após o procedimento cirúrgico⁴.

3.1 Clínica e diagnóstico

Clinicamente manifestam-se por massa redutível em períneo, aumento do volume local, desconforto perineal ou dor^{2,3,6,7,9}. Podem complicar com encarceramento e estrangulamento de alça intestinal causando sintomas de abdome agudo obstrutivo^{2,3,6,8,9}, sintomas urinários^{3,6,8}, fístulas enterocutâneas ou deiscência total de ferida perineal com evisceração local². Porém nem todas as hérnias apresentam-se sintomáticas, havendo casos de que as mesmas são achados de exames de imagem em seguimento oncológico⁸. Para o diagnóstico, além de anamnese e exame físico pode-se lançar mão de exames de imagem como tomografia computadorizada (TC), ressonância nuclear magnética (RNM)

e exames radiográficos contrastados^{2,3,9}. Estes exames podem esclarecer acerca do conteúdo herniário, tecidos disponíveis ao redor para auxiliar na correção cirúrgica bem como para excluir recorrência de malignidade², haja vista que na massiva maioria das vezes os procedimentos cirúrgicos acima citados são realizados por doença oncológica. Entre os diagnósticos diferenciais encontram-se lipomas, fibromas, retoccele, cistocele e prolapso do reto³.

3.2 Tratamento

O tratamento é eminentemente cirúrgico, podendo haver opção por observação clínica se tais hérnias forem achadas em exames de imagem sem repercussões clínicas ao paciente^{3,7,8} bem como se o mesmo não apresentar condições cirúrgicas devido à baixa performance status decorrente de sua doença oncológica de base⁹. Para o reparo cirúrgico segue-se os princípios de reparo de qualquer hérnia, assim seja: dissecação do saco herniário com exposição de seu conteúdo, excisão do saco herniário e reparo do defeito anatômico².

Vias de abordagem e técnicas de fechamento variam na literatura existente. Isso pode ser devido à anatomia complexa do assoalho pélvico. Identificação e, especialmente, mobilização dos componentes fasciais e musculares da região são difíceis. Embora o fechamento simples do defeito pélvico reunindo os músculos elevadores do ânus ao longo da linha média seja ocasionalmente viável, o assoalho pélvico geralmente é deficiente e requer suporte com materiais autólogos ou protéticos⁴. O reparo dessas hérnias é um problema cirúrgico desafiador, por isso vários métodos foram descritos, mas a abordagem ideal ainda não foi estabelecida^{5,6}. Portanto, uma estratégia individualizada deve ser desenvolvida. Cali et al defende a abordagem transabdominal da maioria dos casos⁹. Esses resultados são suportados por Beck et al.²⁴.

No entanto, Martin et al. e So et al. preferem a abordagem perineal e descrevem uma terapia adequada^{14,25}. Outros recomendam abordagem abdominoperineal combinada^{26,27}. Dependendo da dimensão do defeito do assoalho pélvico, nem sutura direta, nem implantação de telas de material autólogo parece aconselhável.^{26,27}. Ghelai et al. e Franklin et al. reportaram abordagem laparoscópica usando telas para fechamento do defeito pélvico^{28,29}.

De todo modo, a pedra fundamental encontra-se no fechamento do defeito do assoalho pélvico, correção esta que pode dar-se por aproximação primária dos músculos desta região^{2,4,6,8,9}, por uso de retalho pediculado de grande omento^{5,9}, de fáschia lata^{2,4,9}, miocutâneo de músculo glúteo máximo, reto abdominal^{2-6,8}, latíssimo do dorso⁵ ou grácil ou, ainda, pelo emprego de telas biológicas ou sintéticas^{2-6,8,9}. Descreve-se também a retroflexão do útero com fixação às paredes da pelve^{3,9} ou a mobilização do ceco como maneira de obliterar a entrada da pelve verdadeira seguido do fechamento primário dos músculos elevadores^{3,5}. Remzi et al. usou a bexiga em si para fechamento do defeito³³.

O fechamento primário dos músculos elevadores na pelve associou-se a uma incidência de 18% a 34% de complicações em feridas operatórias perineais⁴, os retalhos pediculados de omento maior tem incidência descrita na literatura de complicações na faixa de 14% a 18%⁵ e a retroflexão do útero pode promover dispareunia⁵.

O uso de retalhos miocutâneos foram associados a maior morbidade e tempo cirúrgico sem superioridade de resultados corretivos^{3,4,5}, tendo sua ideal utilização sobre tecidos que não foram irradiados^{4,8,9}, pois este tratamento leva a arterites e lesiona os fibroblastos, dificultando o processo cicatricial⁴. Os retalhos miocutâneos de músculo grácil ou glúteo máximo, por terem menores dimensões, aplicam-se a defeitos menores. Nos defeitos de grandes dimensões o ideal é o uso do músculo reto abdominal⁴.

A reconstrução com base em telas é a mais empregada nas correções deste defeito anatômico⁶. Entre as telas sintéticas disponíveis para uso existem a de polipropileno (PP) e a de politetrafluoroetileno expandido (PTFE). A tela de PP revestida por metilcelulose possui, em sua face visceral, celulose oxidada e regenerada que fornece uma camada de gel isolante entre a estrutura da tela e as vísceras abdominais, além de promover a formação de um neoperitônio³. Das telas biológicas cita-se aquelas feitas de pericárdio bovino ou derme porcina ou as produzidas com base em derme humana acelular⁴, sendo que estes materiais promovem regeneração tecidual, neovascularização e proliferação de fibroblastos^{5,8}. As telas costumam ser empregadas “inlay” ou em ponte de um lado a outro do defeito, sendo fixadas em posição pelo emprego de pontos de fio inabsorvível com intervalos de 1cm⁵. Deve-se ter atenção ao tipo de tela e local de alocação da mesma, pois o contato de alças intestinais com o material sintético pode promover a formação de aderências e erosão da parede intestinal com consequente fístula local⁸. O emprego de telas biológicas apresenta índices de infecção local e complicações semelhante ao uso dos retalhos miocutâneos. As telas sintéticas facilitam a ocorrência de infecções^{5,8} e são contraindicadas para feridas perineais por muitos cirurgiões⁵, causando também reações de corpo estranho e inflamação crônica⁹. O tempo cirúrgico na aplicação das telas é reduzido, bem como o tempo de internação uma vez que os pacientes podem ser mobilizados do leito mais precocemente⁵, mas eleva-se os custos do procedimento⁴. As telas biológicas tem como vantagens o fato de serem absorvíveis em sua totalidade e permitirem a aplicação sobre locais infectados⁴. A reconstrução com uso de telas não elimina o risco de recorrências locais, porém estas ocorrem com menos frequência do que no uso de retalhos miocutâneos^{4,6}.

Um novo método para fixação do material autólogo foi descrito por Berrevoet e Pattyn. Eles aplicaram um sistema de ancoramento ósseo de Mitek Gil para fixar a tela ao osso sacral²⁸. Esse sistema é usado com sucesso em cirurgias ortopédicas e orais^{31,32}.

É possível a combinação entre retalho miocutâneo e emprego de telas, uma vez que o primeiro fornece tecido para obliterar o espaço morto que se forma entre a prótese e os tecidos do assoalho pélvico, espaço este que pode permitir acúmulo de líquido e infecções

locais⁶ facilitando a recorrência da hérnia.

REFERÊNCIAS

1. Moore, K. L., Dalley A. F. Anatomia orientada para a clínica. Rio de Janeiro: Editora Guanabara. 4 ed. pag 399 e 404.
2. Garzón HJA, Maubon T, Jauffret C, Vieille P, Fatton B, Tayrac R. Syntetic mesh repair of na anterior perineal hernia following robotic radical urethrocystectomy. *Int Braz J Urol.* 2017; 43: 982-986
3. Schiltz B, Buchs NC, Penna M, Scarpa CR, Liot E, Morel P et.al. Biological mesh reconstruction of the pelvic floor following abdominoperineal excision for câncer: a review. *World J Clin Oncol.* 2017 June 10; 8(3): 249-254
4. Alam NN, Narang SK, Kockerling F, Daniels IR, Smart NJ. Biologic mesh recosntruction of the pelvic floor after after extralevator abdominoperineal excision: a systematic review. *Front Surg.* 2016; 3: 9
5. Sharabiany S, Brouwer TPA, Kreisel SI, Musters GD, Blok RD, Hompes R et.al. Mesh, flap or combined repair of perineal hernia after abdominoperineal resection – A systematic review and meta-analysis. *Colorectal Disease.* 2022; 24: 1285-1294
6. Melich G, Lim DR, Hur H, Min BS, Baik SH, Arena GO et. al. Prevention of perineal hernia after laparoscopic and robotic abdominoperineal resection: review with illustrative case series of internal hernia through pelvic mesh. *J Can Chir.* 2016 fev; 59(1): 54-58
7. Cali RL, Pitsch RM, Blatchford GJ, Thorson A, Christensen MA (1992) Rare pelvic Floor hernias. Report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 115:604–612
8. Hehl AJ, Sommer P, Breitschaft K (1996) A rare form of pelvic floor hernia. Combined (intra- and extraperitoneal) monolateral, trans-levator, posterior perineal hernia. *Chirurg* 67:1270–1272
9. Rasmussen HM, Frederiksen HJ (1993) Perineal hernia after rectal extirpation. *Ugeskr Laeger* 155:2817–2818
10. Abdul Jabbar AS (2002) Postoperative perineal hernia. *Hernia* 6:188–190
11. Villar F, Frampas E, Mirallie E, Potiron L, Villet R, Lehur PA (2003) Perineal incisional hernia following rectal resection. Diagnostic and management. *Ann Chir* 128:246–250
12. So JB, Palmer MT, Shellito PC (1997) Postoperative perineal hernia. *Dis Colon Rectum* 40:954–957
13. Nieto-Zermeno J, Godoy-Murillo JG, Cadena-Santillana JL (1993) Posterior perineal hernia. Report of a case and review of the literature. *Bol Med Hosp Infant Mex* 50:741–744
14. Padilla-Longoria R, Martinez-Munive A, Quijano-Orvananos F, Zavala-Ruiz J, Valerio-Urena J (1999) Tension free perineal hernioplasty: report of a case. *Hernia* 221–223
15. Singer AA (1994) Ultrasonographic diagnosis of perineal hernia. *J Ultrasound Med* 13:987–988

16. Lubat E, Gordon RB, Birnbaum BA, Megibow AJ (1990) CT diagnosis of posterior perineal hernia. *AJR Am J Roentgenol* 154:761–762
17. Ekberg O, Nordblom I, Fork FT, Gullmo A (1985) Herniography of femoral, obturator and perineal hernias. *Röfo* 143:193–199
18. Singh K, Reid WM, Berger LA (2001) Translevator gluteal hernia. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 12:407–409
19. Sprenger D, Lienemann A, Anthuber C, Reiser M (2000) Functional MRI of the pelvic Xoor: its normal anatomy and pathological Wndings. *Radiologe* 40:451–457
20. Beck DE, Fazio VW, Jagelman DG, Lavery IC, McGonagle BA (1987) Postoperative perineal hernia. *Dis Colon Rectum* 30:21–24
21. Martin FJ, Martin DA, Noguerales F, Lasa I, Granell J (2001) Postoperative perineal hernia repairing technique. *Eur J Surg* 167:713–714
22. Sarr MG, Stewart JR, Cameron JC (1982) Combined abdominoperineal approach to repair of postoperative perineal hernia. *Dis Colon Rectum* 25:597–599
23. Salum MR, Prado-Kobata MH, Saad SS, Matos D (2005) Primary perineal posterior hernia: an abdominoperineal approach for mesh repair of the pelvic Xoor. *Clinics* 60:71–74
24. Ghellai AM, Islam S, Stoker ME (2002) Laparoscopic repair of postoperative perineal hernia. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 12:119–121
25. Franklin ME Jr, Abrego D, Parra E (2002) Laparoscopic repair of postoperative perineal hernia. *Hernia* 6:42–44
26. Berrevoet F, Pattyn P (2005) Use of bone anchors in perineal hernia repair: a practical note. *Langenbecks Arch Surg* 390:255–258
27. Bell JG, Weiser EB, Metz P, Hoskins WJ (1980) Gracilis muscle repair of perineal hernia following pelvic exenteration. *Obstet Gynecol* 56:377–380
28. Giampapa V, Keller A, Shaw WW, Colen SR (1984) Pelvic Xoor reconstruction using the rectus abdominis muscle Xap. *Ann Plast Surg* 13:56–59
29. Remzi FH, Oncel M, Wu JS (2005) Meshless repair of perineal hernia after abdominoperineal resection: case report. *Tech Coloproctol* 9:142–144
30. A. Mohta , SK Bhargava Hérnia perineal congênita: relato de caso. *Surg Today* , 84 (2004) , pp . 630 - 631
31. RL Cali , RM Pitsch , GJ Blatchford , A. Thorson , MA Christensen. Hérnias raras do assoalho pélvico. Relato de um caso e revisão da literatura. *Dis Colon Rectum* , 35 (1992) , pp . 604 - 612
32. . Bianca , G. Bartoloni , B. Barrano , G. Boemi , C. Barone , A. Cataliotti , L. Indaco , G. Ettore. Hérnia perineal congênita em feto com monossomia do cromossomo X. *Congenit Anom (Kyoto)* , 49 (4) (2009) , p. 279

33. D. Stamatiou , JE Skandalakis , LJ Skandalakis , P. Mirilas. Hérnia perineal: anatomia cirúrgica, embriologia e técnica de reparo. Am Surg , 76 (5) (2010) , pp . 474 – 479

34. Taichiro S , Shigehiko N , Seiji M , et al. Técnica cirúrgica da hérnia perineal . Operação . 1979 ; 38: 115-119 .