

## Síndrome da pelve vazia e hérnia perineal em pós-operatório tardio de retossigmoidectomia videolaparoscópica com anastomose coloanal complicado com prolapso anastomótico

*Empty pelvis syndrome and perineal hernia in the late postoperative period of laparoscopic rectosigmoidectomy with coloanal anastomosis complicated by anastomotic prolapse*

Lucas de Araujo Horcel, Marcos Claudio Radtke

Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil

Publicação do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (Iamspe)

### RESUMO

**Introdução:** Hérnias perineais são definidas como a protrusão de estruturas intra ou extraperitoneais através de um defeito no diafragma pélvico. Estima-se que a incidência das hérnias perineais venha a crescer nos próximos anos devido ao maior número de casos de pacientes submetidos a tratamentos curativos para neoplasias malignas do reto e uso de radioterapia associada. **Relato do Caso:** Paciente de 77 anos do sexo feminino com antecedente de quimio e radioterapia neoadjuvantes e retossigmoidectomia videolaparoscópica com anastomose coloanal término-terminal por adenocarcinoma de reto baixo. Evoluiu com prolapso retal importante, sendo necessária a confecção de colostomia terminal e fechamento perineal. Após quatro anos da primeira abordagem cirúrgica, desenvolveu hérnia perineal, com exame físico e exames de imagem que confirmaram a hipótese diagnóstica. Foi realizada abordagem laparotômica com redução do conteúdo herniário e fixação de tela dupla face. Alta no segundo dia de pós-operatório. **Conclusão:** Hérnias perineais são complicações raras pós abordagens colorretais oncológicas. Estudos com níveis de evidência superiores e maiores tempos de seguimento dos pacientes submetidos a cirurgias são necessários para determinar quais as melhores abordagens para tratá-los a fim de evitar recorrências e complicações futuras.

**Descritores:** Hérnia interna; reto; adenocarcinoma; cirurgias; ileostomia; quimiorradioterapia; tomografia computadorizada.

### ABSTRACT

**Introduction:** Perineal hernias are defined as the protrusion of intra or extraperitoneal structures through a defect in the pelvic diaphragm. It is estimated that the incidence of perineal hernias will grow in the coming years due to the greater number of cases of patients undergoing curative treatments for malignant neoplasms of the rectum and the use of associated radiotherapy. **Case Report:** A 77-year-old female patient with a history of neoadjuvant chemo and radiotherapy and videolaparoscopic rectosigmoidectomy with end-to-end coloanal anastomosis due to a low rectum adenocarcinoma. The patient evolved with significant rectal prolapse, requiring a terminal colostomy and perineal closure. Four years after the first surgical approach, she developed a perineal hernia, with physical examination and imaging tests confirming the diagnostic hypothesis. A laparotomy was performed with reduction of hernial content and dual-side mesh fixation, and the patient was discharged on the second postoperative day. **Conclusion:** Perineal hernias are rare complications after colorectal oncological procedures. Studies with stronger levels of evidence and longer follow-up times for patients undergoing surgery are needed to determine the best approaches to treat them in order to avoid recurrences and future complications.

**Keywords:** Internal Hernia; rectum; adenocarcinoma; surgery; ileostomy, chemoradiotherapy; computed tomography.

#### Correspondência:

Lucas de Araujo Horcel  
E-mail: lucashorcel@uol.com.br  
Data de submissão: 29/03/2022  
Data de aceite: 07/11/2022

#### Trabalho realizado:

Serviço de Gastrocirurgia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP.  
Endereço: Rua Pedro de Toledo, 1800, 14º andar - Vila Clementino - CEP: 04039-901, São Paulo, SP, Brasil.

## INTRODUÇÃO

Hérnias perineais são definidas como a protrusão de estruturas intra ou extraperitoneais através de um defeito no diafragma pélvico. Quando o defeito é congênito, classifica-se a hérnia como primária, e se adquirido, como em pós-operatórios de cirurgias pélvicas intra-abdominais, denomina-se secundária. Procedimentos pélvicos mais relacionados com a incidência de hérnias perineais são as cirurgias de reto e próstata. Anatomicamente, as hérnias perineais podem ser classificadas em anteriores e posteriores, usando como referência o músculo transverso superficial perineal<sup>1-2</sup>.

Em pós-operatórios de cirurgias colorretais oncológicas como amputação abdominoperineal e sua variante com excisão dos músculos supraelevadores, a ELAPE, a incidência de hérnias perineais chega a aproximadamente 1% em pacientes sintomáticos e 7% em assintomáticos<sup>3</sup>. Estima-se que a incidência das hérnias perineais venha a crescer nos próximos anos devido ao maior número de casos de pacientes submetidos a tratamentos curativos para neoplasias malignas do reto e uso de radioterapia associada<sup>4-5</sup>. Essas herniações são decorrentes da síndrome da pelve vazia, isto é, do vazio deixado após cirurgias colorretais, urológicas e ginecológicas, o qual permite acúmulo de líquidos e alças entéricas, favorecendo deiscência perineal e fístulas enterocutâneas<sup>6</sup>.

Apesar de mostrar-se uma complicação incomum, existem relatos de casos e outros estudos na literatura vigente com descrições de diversas técnicas cirúrgicas, desde abdominais laparotômicas e laparoscópicas, abordagens perineais, retalhos de fechamento, uso de telas biológicas ou dupla face e até mesmo o preenchimento do oco pélvico com próteses de silicone<sup>6-8</sup>.

Por ser uma complicação rara e na maioria das vezes, assintomática, há poucos relatos de caso que documentam essa doença, o que justifica a realização deste relato de caso.

## CASO CLÍNICO

Paciente selecionada com 77 anos de idade, do sexo feminino. Antecedentes pessoais incluem hipertensão arterial, diabetes e passado de tabagismo cessado há 30 anos. Antecedentes cirúrgicos com histerectomia por mioma uterino.

Realizava seguimento com equipe de coloproctologia de hospital terciário devido a adenocarcinoma moderadamente diferenciado do reto baixo. Tratada com neoadjuvância com o xaliplatina e radioterapia, resultou em downstage em 8 semanas de cT3N0M0 para cT1N0M0. Submetida a retossigmoidectomia videolaparoscópica com anastomose coloanal término terminal manual e confecção de ileostomia de proteção dois meses após quimiorradioterapia. Sete meses após a cirurgia, referiu dor em região perineal e incontinência fecal. Exame proctológico mostrou prolapso retal importante. Optado por confecção de colostomia terminal em flanco esquerdo, fechamento da ileostomia de proteção e amputação do ânus com fechamento perineal em dezembro de 2017.

Dois anos após, evoluiu com abaulamento da região da colostomia, e foi avaliada e diagnosticada com volumosa hérnia paracolostômica, abordada cirurgicamente com herniorrafia paracolostômica com colocação de tela. Após quatro anos da primeira cirurgia, a paciente retornou em consulta ambulatorial, com seguimento oncológico adequado, porém referindo dores em região perineal, principalmente ao sentar e deambular.

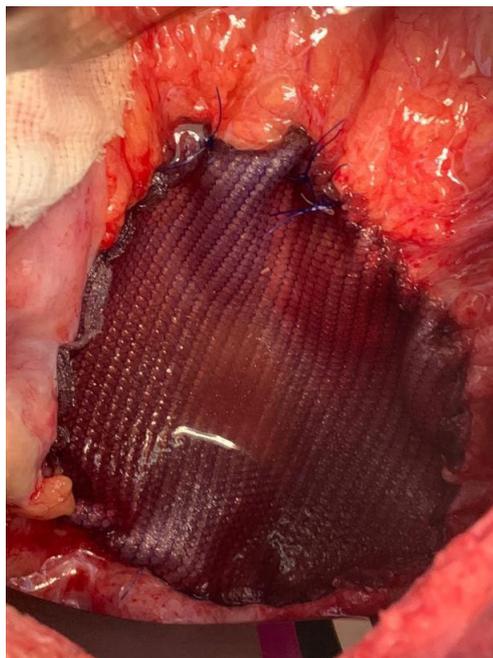
Seu exame físico exibia abaulamento volumoso da região perineal posterior, sem acometimento da região vaginal, com conteúdo de alças intestinais palpáveis com peristaltismo visível, concomitante a erosão da pele adjacente. Exame de ressonância magnética da pelve revelou herniação de conteúdo adiposo e alças intestinais em oco pélvico, posterior ao músculo superficial transversal do períneo, o que configurou hérnia perineal posterior. Tomografia computadorizada detectou a mesma alteração.



**Figura 1** - Tomografia computadorizada confirmando achado de hérnia perineal. Observa-se protrusão de alças entéricas que passam a ocupar o oco pélvico.

No intraoperatório não foram necessárias lises de aderências para mobilização das alças entéricas. As dimensões da pelve foram aferidas com régua plástica estéril, com diâmetro anteroposterior de 8 cm e laterolateral de 7 cm.

Realizada correção laparotômica abdominal da hérnia perineal com redução do conteúdo herniado e fixação de tela dupla face nas reflexões peritoneais circunferencialmente na altura do promontório (figura 2).



**Figura 2** - Fixação de tela dupla face.

A paciente recebeu alta hospitalar no 2º dia de pós-operatório após adequado controle algico e boa aceitação de dieta.

Em seguimento ambulatorial, em 4 meses de pós operatório, não houve sinais de recidiva da hérnia e paciente obteve melhora da qualidade de vida com alívio sintomático e prevenção de complicações.

## DISCUSSÃO

O caso relatado retrata paciente do sexo feminino com múltiplos fatores de risco para desenvolvimento da síndrome da pelve vazia e hérnia perineal, dentre eles: cirurgia colorretal, neoplasia maligna, histerectomia prévia e tratamento radioterápico adjuvante<sup>9-11</sup>.

Quanto ao tempo de desenvolvimento da herniação, o objeto de pesquisa estudado não mostrou concordância com a literatura, visto que a complicação foi documentada após mais de três anos (41 meses) após fechamento do períneo, enquanto a base de dados vigente mostra que o tempo mais frequentemente documentado é dentro dos dois primeiros anos após cirurgia, principalmente nos dez primeiros meses<sup>5,12</sup>.

Não há um melhor método comprovado para o diagnóstico da doença. O exame físico que demonstra abaulamento e até mesmo a sensação de peristalse de alças intestinais por uma área enfraquecida do períneo, muitas vezes não é corroborado por exames de imagem, visto que a hérnia pode ser reduzida facilmente quando o paciente está em posição supina.

O paciente com hérnia perineal pequena e assintomática deve avaliar o desejo de procedimento cirúrgico, visto que podem ocorrer complicações cirúrgicas. Já em pacientes com hérnias volumosas concomitante a erosões de pele e risco de formação de fístu-

las enterocutâneas, o procedimento deve ser estimulado para ser realizado a fim de reduzir maiores complicações.

Existem diversas formas de correção de hérnias perineais, desde cirurgias exclusivamente perineais ou abdominais até combinações entre as duas. O objeto de pesquisa deste relato de caso foi submetido a abordagem abdominal exclusiva, visto que a hérnia era de grandes dimensões e abordagem abdominal relaciona-se com menor percentagem de recorrência<sup>3</sup>.

Acredita-se que a abordagem perineal tenha uma apresentação de estruturas mais limitada durante o intraoperatório e, por conta disso, a fixação de tela e a realização de retalhos musculares tornam-se mais difíceis. Entretanto, a cirurgia perineal ainda é a mais utilizada, provavelmente por ser mais segura para o paciente, com menores chances de íleo paralítico no pós-operatório e recuperação mais rápida<sup>13-14</sup>.

Segundo revisão sistemática de Balla et al.<sup>15</sup>, a via laparoscópica tem substituído a via laparotômica nos últimos anos. No caso descrito, foi optada pela via laparotômica devido à possibilidade de dificuldade ao acesso da cavidade, visto múltiplas cirurgias abdominais prévias.

A fim de evitar o desenvolvimento da síndrome da pelve vazia, estudos recentes propõem abordagem conjunta da ressecção oncológica com o fechamento do oco pélvico com retalho ou tela, apresentando bons resultados. Os indivíduos submetidos a fechamento com tela apresentaram menor desenvolvimento de hérnia perineal quando comparados ao retalho<sup>16-20</sup>.

Dentre as limitações do presente estudo está o número de um único paciente devido à raridade da complicação descrita.

Outra limitação que deve ser ressaltada é a ausência de seguimento a longo prazo do objeto de pesquisa descrito neste relato, a qual não permitiu avaliar a recorrência da hérnia.

## REFERÊNCIAS

1. Stamatiou D, Skandalakis JE, Skandalakis LJ, Mirilas P. Perineal hernia: surgical anatomy, embryology, and technique of repair. *Am Surg.* 2010;76(5):474-9.
2. Berendzen J, Copas Jr P. Recurrent perineal hernia repair: a novel approach. *Hernia.* 2013;17(1):141-44.
3. Bertrand K, Lefevre JH, Creavin B, Luong M, Debove C, Voron T, et al. The management of perineal hernia following abdomino-perineal excision for cancer. *Hernia.* 2020;24(2):279-86.
4. Martijnse IS, Holman F, Nieuwenhuijzen GA, Rutten HJ, Nienhuijs SW. Perineal hernia repair after abdominoperineal rectal excision. *Dis Colon Rectum* 2012;55(1):90-95.
5. Sayers AE, Patel RK, Hunter IA. Perineal hernia formation following extralevator abdominoperineal excision. *Colorectal Dis.* 2015;17(4):351-55.
6. Johnson YL, West MA, Gould LE, Drami I, Behrenbruch C, Burns EM, et al. Empty pelvis syndrome: a systematic review of reconstruction techniques and their associated complications. *Colorectal Dis.* 2022;24(1):16-26.
7. Peña ME, Sadava EE, Perfumo MM, Piatti J, Bun ME, Rotholtz NA. Primary Perineal Hernia: Laparoscopic Repair. *Dis Colon Rectum.* 2020;63(4):563.
8. Morales-Cruz M, Oliveira-Cunha M, Chaudhri S. Perineal hernia repair after abdominoperineal rectal excision with prosthetic mesh-a single surgeon experience. *Colorectal Dis.* 2021;23(6):1569-72.
9. Bullard KM, Trudel JL, Baxter NN, Rothenberger DA. Primary perineal wound closure after preoperative radiotherapy and abdominoperineal resection has a high incidence of wound failure. *Dis Colon Rectum.* 2005;48(3):438-43.
10. Stone HB, Coleman CN, Anscher MS, McBride WH. Effects of radiation on normal tissue: consequences and mechanisms. *Lancet Oncol.* 2003;4(9):529-36.
11. Artioukh DY, Smith RA, Gokul K. Risk factors for impaired healing of the perineal wound after abdominoperineal resection of rectum for carcinoma. *Colorectal Dis.* 2007;9(4):362-67.
12. Aboian E, Winter DC, Metcalf DR, Wolff BG. Perineal hernia after proctectomy: prevalence, risks, and management. *Dis Colon Rectum.* 2006;49(10):1564-68.
13. So JB, Palmer MT, Shellito PC. Postoperative perineal hernia. *Dis Colon Rectum.* 1997;40(8):954-57.
14. Mjoli M, Sloothaak DA, Buskens CJ, Bemelman WA, Tanis PJ. Perineal hernia repair after abdominoperineal resection: a pooled analysis. *Colorectal Dis.* 2012;14(7):e400-e406.
15. Balla A, Batista Rodríguez G, Buonomo N, Martinez C, Hernández P, Bollo J, Targarona EM. Perineal hernia repair after abdominoperineal excision or extralevator abdominoperineal excision: a systematic review of the literature. *Tech Coloproctol.* 2017;21(5):329-36.

16. Musters GD, Klaver CE, Bosker RJ, Burger JW, van Duijvendijk P, van Etten B, et al. Biological mesh closure of the pelvic floor after extralevator abdominoperineal resection for rectal cancer: a multicenter randomized controlled trial (the BIOPEX-study). *Ann Surg.* 2017;265(6):1074-81.
17. Jensen KK, Rashid L, Pilsgaard B, Møller P, Wille-Jørgensen P. Pelvic floor reconstruction with a biological mesh after extralevator abdominoperineal excision leads to few perineal hernias and acceptable wound complication rates with minor movement limitations: single-centre experience including clinical examination and interview. *Colorectal Dis.* 2014;16(3):192-97.
18. Ge W, Jiang SS, Qi W, Chen H, Zheng LM, Chen G. Extralevator abdominoperineal excision for rectal cancer with biological mesh for pelvic floor reconstruction. *Oncotarget.* 2017;8(5):8818-24.
19. Christensen HK, Nerstrøm P, Tei T, Laurberg S. Perineal repair after extralevator abdominoperineal excision for low rectal cancer. *Dis Colon Rectum.* 2011;54(6):711-17.
20. Foster JD, Pathak S, Smart NJ, Branagan G, Longman RJ, Thomas MG, Francis N. Reconstruction of the perineum following extralevator abdominoperineal excision for carcinoma of the lower rectum: a systematic review. *Colorectal Dis.* 2012;14(9):1052-59.