

Cirugía reconstructiva del periné

Repaso de la anatomía quirúrgica

El periné forma parte del triángulo anal posterior. El cuerpo perineal es una estructura formada por tejido muscular y tejido conectivo. Confluyen en el cuerpo perineal los músculos bulbocavernosos, los transversos superficiales del periné, la porción puboperineal del músculo pubococcígeo del elevador del ano y la membrana perineal (denominada músculo transverso profundo). Se relaciona en su parte superior con la pared vaginal posterior (en el nivel III de DeLancey) y por la parte inferior con el esfínter anal externo. Su parte más extensa está recubierta por la piel.

Identificación de los distintos defectos perineales

Pueden presentarse diferentes tipos de defectos:

- Dehiscencia del cuerpo perineal.
- Desgarro obstétrico de segundo grado.
- Periné descendido. Con discontinuidad entre la pared vaginal posterior y el cuerpo perineal.
- Hiato urogenital aumentado (no están definidos los límites de normalidad).

Todos estos defectos pueden presentarse combinados.

Técnica quirúrgica estandarizada en la cirugía reconstructiva del periné

Denominación

Reparación perineal.

Objetivo

Reconstrucción anatómica del cuerpo perineal y reducción del hiato.

Estructuras clave

Carúnculas himeneales, introito vaginal, músculo elevador (músculo pubococcígeo), músculos perineales (bulbocavernoso y transverso superficial, porción puboperineal del músculo pubococcígeo), membrana perineal y tabique rectovaginal.

Procedimiento clásico

Colpoperineoplastia, perineoplastia simple, perineorrafia.

Alcance

Nivel III, triángulo anal posterior.

Técnica

- Infiltración opcional con solución vasoconstrictora.
- Incisión transversa vestibular o en la mucosa, paralela a los restos himeneales, de longitud igual a la distancia entre los músculos bulbocavernosos, de unos 3-4 cm, que se continúa con una incisión triangular en la piel del vestíbulo y del periné hasta llegar a 2-3 cm del margen anal. Cuando se realiza tras la reparación posterior, la incisión se practica al finalizarla.
- Disección de la piel y exposición de los músculos transverso superficial y bulbocavernoso y de la membrana perineal. Mediante disección lateral se alcanza la fascia del músculo elevador del ano, sin que sea necesario abrirla (porción puboperineal del músculo pubococcígeo).
- La elevación de la pared posterior, mediante tacto rectal, ayuda a identificar los defectos perineales y las estructuras que se van a disecar.
- Fruncimiento central del tabique rectovaginal (tal como se ha explicado en el apartado sobre la reparación de defectos del compartimento posterior) si hiciera falta.
- Aproximación medial, por debajo del himen, de los músculos pubococcígeos (porción puboperineal), mediante 2 o 3 suturas reabsorbibles (que deben quedar por debajo del himen); aproximación medial de los músculos perineales en varias capas; fijación del nuevo cuerpo perineal al tabique rectovaginal.
- Aproximación de la piel del vestíbulo y del periné. Se utilizan suturas de reabsorción prolongada de 2/0 y rápida de 3/0 en la piel. Opcionalmente, se puede dejar la piel sin suturar, si está suficientemente aproximada. ■

BIBLIOGRAFÍA

- Kanter G, Jeppson PC, McGuire BL, Rogers RG. Perineorrhaphy: commonly performed yet poorly understood. A survey of surgeons. *Int Urogynecol J*. 2015; 26: 1.797-1.801.
- Muir TW. Surgical treatment of rectocele and perineal defects. En: Walters MD, Karram MM, eds. *Urogynecology and reconstructive pelvic surgery*, 4.ª ed. Filadelfia: Elsevier Saunders, 2015; 342-359.
- Park AJ, Muir TW, Paraiso MF. Surgical management of posterior vaginal defects. *UpToDate*. 2015; 1-20. Walters Kluwer. Section Editor: Linda Brubaker. Disponible en: www.uptodate.com