

PSEUDOQUISTE ABDOMINAL GIGANTE COMO COMPLICACIÓN POSTQUIRÚRGICA TARDÍA TRAS REPARACIÓN DE EVENTRACIÓN CON MALLA DE PPL: LA CIRUGÍA COMO TERAPIA DEFINITIVA.

Giant abdominal pseudocyst as late post-surgical complication after eventration repair with ppl mesh: surgery as definitive therapy.

Cano Pina MB, Vergara Morante T, Gallart Aragón T, García Rubio J, Mirón Pozo B.
HOSPITAL SAN CECILIO. GRANADA.

Resumen

Las hernias incisionales constituyen la complicación tardía más frecuente tras las intervenciones quirúrgicas. A su vez, como complicación poco frecuente de su reparación (principalmente con material protésico), se han evidenciado casos de pseudoquiste abdominal gigante. Esta entidad se define como una colección líquida no delimitada por epitelio, mayor de diez centímetros. La etiología aún no está claramente definida hoy en día, aunque existen varias hipótesis entre las que se contempla la obesidad como factor de riesgo. Como única medida terapéutica definitiva se recomienda la cirugía. Presentamos el caso de un paciente tratado en nuestro hospital.

Palabras clave: pseudoquiste abdominal, eventración, reparación, mallas, complicación.

CORRESPONDENCIA

María Belén Cano Pina / belcanpin@gmail.com
Hospital Clínico San Cecilio - 18016. Granada
Fecha de envío: 15/03/2022 - Fecha de aceptación: 04/04/2022

Abstract

Incisional hernias are the most frequent late complication after surgical interventions. In turn, as a rare complication of its repair (mainly with prosthetic material), cases of giant abdominal pseudocyst have been evidenced. This entity is defined as a liquid collection not delimited by epithelium, larger than ten centimeters. The etiology is still not clearly defined today, although there are several hypotheses among which obesity is considered a risk factor. Surgery is recommended as the only definitive therapeutic measure. We present the case of a patient treated in our hospital.

Keywords: abdominal pseudocyst, incisional hernia, repair, mesh, complication.

Introducción

Las complicaciones más frecuentes tras la reparación de las hernias incisionales o eventraciones son la formación de seroma, hematoma e incluso absceso¹.

Como complicación menos habitual aunque más frecuente de lo esperable, se encuentra la formación de un pseudoquistes abdominal. Esta entidad fue descrita por primera vez en 1993 por Waldrep². Se define como una colección líquida no delimitada por epitelio, que puede ser resultado de una respuesta inflamatoria secundaria a un proceso crónico patológico³.

A pesar de que, actualmente, la etiología de este proceso sigue siendo incierta, existen varias hipótesis al respecto^{1,4,5}.

En cuanto al tratamiento, únicamente la resección quirúrgica completa supone una medida definitiva, pues las punciones evacuadoras constituyen una alternativa terapéutica transitoria dado el alto riesgo de recidiva¹⁻⁹.

Presentamos el caso de un varón con un pseudoquistes abdominal gigante de tres años de evolución tras la reparación de una eventración en la línea media supraumbilical con malla de prolene.

Descripción del caso clínico

Varón de 54 años, obeso y diabético insulinodependiente, intervenido en 2018 de una gran eventración a nivel de la línea media supraumbilical, secundaria a una laparotomía en 2015 por una perforación gástrica. En dicha intervención se realiza eventroplastia con malla de polipropileno de 30 × 30 cm según técnica de Chevrel. En el seguimiento posoperatorio acude en varias ocasiones para drenaje de seroma a nivel de la cicatriz, apreciándose salida de abundante líquido serosanguíneo oscuro. Se realiza TC abdominopélvico con contraste intravenoso que informa de la persistencia de una colección subcutánea en pared abdominal en relación con seroma postquirúrgico ya conocido, con aumento significativo del tamaño con respecto a TC previa, actualmente de 9 × 20 × 20 cm (APxTxCC). Dados los hallazgos y la recidiva tras varias punciones de drenaje (3 años de evolución), se decide intervenir de forma programada (Figura 1).



FIGURA 1
SEROMA PREVIO A LA CIRUGÍA.

Se realiza incisión elíptica rodeando la cicatriz previa supraumbilical. Se evidencia gran seroma quístico de unos 20 × 30 cm de base y 10 cm de altura (figura 2), que contiene aproximadamente 3 litros de líquido seroso oscuro y fibrina oscura. Se envía muestra del líquido a microbiología, y se extirpa en bloque toda la cápsula del seroma (que se envía a anatomía patológica) (figura 3) sin necesidad de extirpar la malla de polipropileno, que queda expuesta y sin restos de cápsula (figura 4). Se dejan dos drenajes aspirativos a nivel subcutáneo.

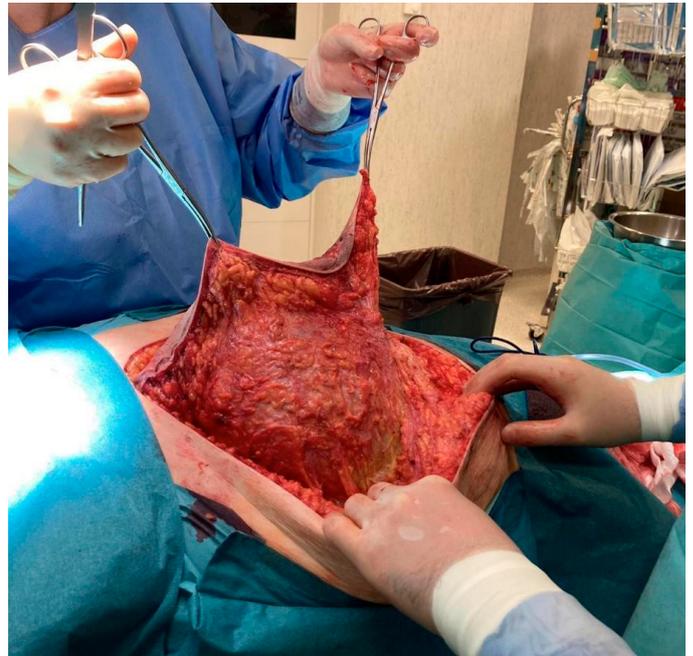


FIGURA 2
DISECCIÓN DE TEJIDO SUBCUTÁNEO QUE ENVUELVE AL PSEUDOQUISTE.

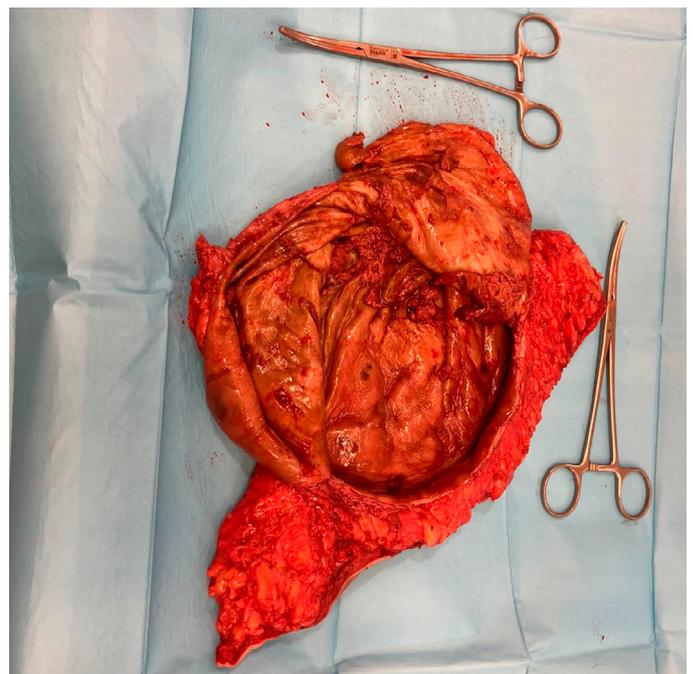


FIGURA 3
CÁPSULA DE PSEUDOQUISTE YA DRENADO.

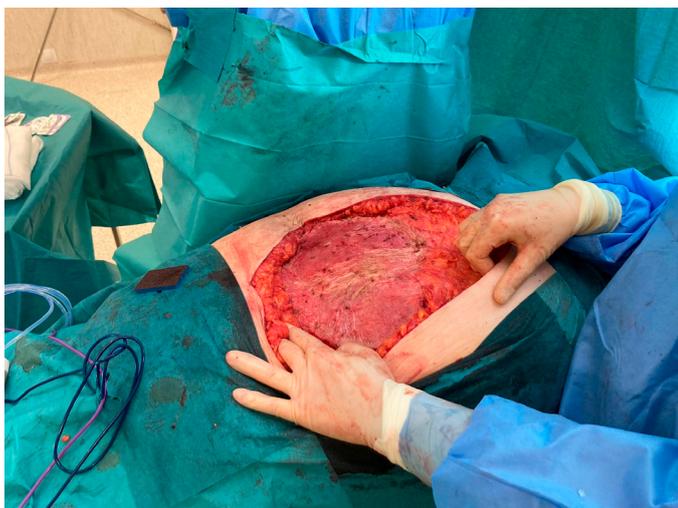


FIGURA 4
MALLA EXPUESTA TRAS RETIRADA DE PSEUDOQUISTE ABDOMINAL GIGANTE.

Discusión

La complicación posquirúrgica tardía más frecuente es la hernia incisional. El pseudoquiste abdominal gigante, descrito por primera vez en 1993 por Waldrep², es una complicación poco habitual tras la reparación de la misma y supone una clara indicación de reintervención⁴.

Aunque, actualmente, no puede precisarse con exactitud su etiología, diversos autores plantean una serie de hipótesis y factores de riesgo asociados para el desarrollo de dicho pseudoquiste abdominal. Como primera hipótesis se encuentra el desarrollo de un seroma posquirúrgico de larga evolución, presente en el 27 % de los casos en los que se coloca una malla de polipropileno⁵. Esta hipótesis se sustenta en la interrupción de los vasos linfáticos y la inflamación alrededor de la malla, con la consecuente formación de una colección de líquido linfático en el espacio subcutáneo remanente, que puede condicionar la formación de una cápsula gruesa con el paso del tiempo^{1,4}. Por lo tanto, además del dolor o la infección, la evolución prolongada de un seroma (más de 8 semanas) es indicación de drenaje del mismo³.

Otras posibles causas son la disección tisular en el área subcutánea secundaria a un hematoma, así como una resección amplia entre el tejido subcutáneo y la fascia subyacente, quedando un espacio muerto que puede ser ocupado por sangre, líquido linfático o grasa necrótica^{1,4}.

Se cree que el uso de material protésico en la reparación de las hernias incisionales constituye un factor de riesgo para el desarrollo del pseudoquiste abdominal^{2,4}, debido a la reacción inflamatoria que produce en el tejido circundante⁵.

A pesar de que Morrisid y Hughes hallaron en 1998 en un metaanálisis que las mallas de polipropileno tienen una mayor tasa de formación de seroma, principalmente en posición supraaponeurótica⁶, hoy en día no hay prueba que relacione el tipo de malla o técnica empleada con el desarrollo del pseudoquiste⁵.

Cabe destacar, que también han sido descritos casos de desarrollo de pseudoquiste tras intervenciones sin uso de malla, como son las liposucciones abdominales y las abdominoplastias^{4,7,8}.

Otro factor de riesgo a tener en cuenta es la obesidad, pues el aumento de tejido celular subcutáneo está directamente relacionado con el riesgo de complicaciones postoperatorias como el seroma^{1,4}.

El diagnóstico del pseudoquiste abdominal es esencialmente clínico. Sin embargo, el uso de técnicas radiológicas como la TC abdominal, ha supuesto un gran avance en la caracterización de la lesión previa a la cirugía, siendo útil en el diagnóstico diferencial con la recidiva herniaria. A nivel radiológico se describe como una colección líquida bien delimitada adyacente a la malla³. El estudio microbiológico no detecta crecimiento bacteriano en el líquido serosanguíneo marrónáceo turbio que contiene, siendo este rico en células inflamatorias principalmente³.

Se ha demostrado que el único tratamiento definitivo es la cirugía con resección completa de la cápsula¹⁻⁹, no siendo necesaria la extracción de la malla si se encuentra en buen estado. Las punciones evacuadoras constituyen una medida paliativa, pues el riesgo de recidiva es alto dado que se suele aspirar de forma incompleta debido a su alta densidad y trabeculación^{1,9}.

Es fundamental implementar medidas antes, durante y tras la intervención que disminuyan el riesgo de formación de pseudoquiste abdominal: corregir el sobrepeso antes de someterse a una intervención quirúrgica, evitar grandes disecciones, limitar el uso de electrocauterio, limitar la cantidad de material protésico en contacto con el tejido celular subcutáneo, colocar drenajes aspirativos (así como evitar la retirada precoz de los mismos) y realizar compresión de la herida en el postoperatorio inmediato³.

Conclusión

El pseudoquiste abdominal gigante es una de las complicaciones tardías poco frecuentes tras la reparación de las hernias incisionales. Aunque su etiología aún es incierta, el uso de mallas sintéticas se asocia a un aumento de su prevalencia. El tratamiento definitivo consiste en la resección quirúrgica completa, colocando drenajes aspirativos y realizando compresión durante el postoperatorio inmediato.

Bibliografía

1. Ielpo B, Cabeza J, Jimenez D et al (2011) Abdominal pseudocyst complicating incisional hernia repair: our experience and literature review. *Hernia* 15:233–237.
2. Waldrep DJ, Shabot MM, Hiatt JR. Mature fibrous cyst formation after Marlex mesh ventral herniorrhaphy: a newly described pathologic entity. *Am Surg*. 1993 Nov;59(11):716-8. PMID: 8239192.
3. Narkhede A, Marda SS, Balani A, Alwala S, Shah M, et al. (2015) Giant Abdominal Wall Pseudocyst with Recurrent Incisional Hernia Following Mesh Repair Hernioplasty. *J Gastrointest Dig Syst* 5: 349. doi:10.4172/2161-069X.1000349.
4. Mantelou, A. G., Georgiou, G. K., & Harissis, H. V. (2013). Giant pseudocyst of the anterior abdominal wall after incisional hernia mesh repair: a rare case report. *Hernia*, 18(1), 141–144. <https://doi.org/10.1007/s10029-013-1144-1>.
5. Roche, S., Bertone, S., & Brandi, C. D. (2016). Pseudoquiste gigante de pared abdominal: reporte de casos. *Revista Hispanoamericana de Hernia*, 4(3), 127–131. <https://doi.org/10.1016/j.rehah.2016.04.002>.
6. Morris-Stiff GJ, Hughes LE. The outcomes of nonabsorbable mesh placed within the abdominal cavity: literature review and clinical experience. *J Am Coll Surg*. 1998;186(3):352–67.
7. Scaranelo AM, Davanc, o RA (2005) Pseudocyst formation after abdominal liposuction-extravasations of Morel-Lavallée on MR images. *Br J Plast Surg* 58:849–851.
8. Zecha PJ, Missotten FE (1999) Pseudocyst formation after abdominoplasty—extravasations of Morel-Lavallée. *Br J Plast Surg* 52(6):500–502.
9. Mehrotra PK, Ramachandran CS, Goel D, Arora V (2006) Giant pseudocyst of the anterior abdominal wall following mesh repair of incisional hernia: a rare complication managed laparoscopically. *Hernia* 10:192–194.