



P-068 - PSEUDOQUISTE GIGANTE DE PARED ABDOMINAL TRAS EVENTROPLASTIA CON MALLA

A.I. Gutiérrez Ferreras, Á. Zorraquino González, M. Elías Aldama, A. Expósito Rodríguez, I. del Hoyo Aretxabala, B. Uriarte Bergara, J.M. Gómez Martínez y M.Á. Taibo Asencor

Hospital de Basurto-Osakidetza, Bilbao.

Resumen

Introducción: El pseudoquiste gigante de pared abdominal es una complicación infrecuente tras la reparación de una eventración, con muy pocos casos descritos en la literatura. En nuestra Unidad de Pared Abdominal creada en el año 2007 hemos intervenido hasta diciembre del 2013 un total de 658 eventraciones con un único caso de pseudoquiste gigante abdominal.

Caso clínico: Mujer de 80 años con antecedentes médico-quirúrgicos de diabetes mellitus no insulino dependiente, HTA, ACFA en tratamiento con sintrom. Mastectomía derecha por carcinoma de mama hace 22 años con linfedema crónico en extremidad superior derecha y hernia umbilical intervenida en 4 ocasiones. En el año 2010 es intervenida de eventración supra-infraumbilical multirecidivada con defecto de 10×15 cm. Se retiró la malla previa y se realizó una eventroplastia con malla de Polipropileno de 30×30 cm según la técnica de separación anatómica de componentes. La paciente refiere al año de la intervención quirúrgica una tumoración abdominal asintomática a nivel de la cicatriz de línea media. Se realiza un TAC abdomino-pélvico donde se observa una colección líquida de 18×12 cm en tejido celular subcutáneo. Se le realiza punción aspiración guiada por ecografía por parte de servicio de Radiología Intervencionista, con temprana recidiva. Se le realizan nuevos drenajes-aspiraciones sin conseguir una resolución completa, por lo que se plantea tratamiento quirúrgico que la paciente rechaza. Al cabo de dos años de drenaje-aspiración guiados por ecografía la paciente acepta tratamiento quirúrgico. En la última ecografía realizada previa a la intervención quirúrgica se evidencia recidiva del seroma a nivel infraumbilical con múltiples septos en su interior, de 7 cm de espesor y drenaje de 650 cc de líquido serohemático. La paciente fue intervenida quirúrgicamente realizándose exéresis completa de la lesión quística, y aunque la base del quiste se encontraba en contacto con la malla de polipropileno se extirpo sin dañar la integridad de la malla, evitando el riesgo de recidiva en un futuro de la eventración. Se realizó en el mismo acto quirúrgico hernioplastia de Lichtenstein por hernia inguinal derecha ya conocida. Dejamos un drenaje aspirativo que se retiró al 5º día postoperatorio, siendo dada de alta al 6º día con faja abdominal. El seguimiento postoperatorio fue a través de nuestras consultas externas sin presentar complicaciones hasta el día de la fecha. Estudio anatómo-patológico: lesión quística de $12 \times 10 \times 7$ cm con pared gruesa constituida por tejido fibroso que delimita un interior con restos hemorrágicos y fibrinosos. Sin epitelio de revestimiento.

Discusión: El pseudoquiste de pared abdominal gigante es una complicación infrecuente tras la reparación de una eventración con malla. Su etiología es desconocida; se postula que pueda ser debido a un seroma o hematoma pero en los casos publicados ningún paciente presento en el postoperatorio inmediato dichas complicaciones como es en el caso de nuestra paciente. La única causa relacionada con la formación de un

pseudoquiste es el uso de mallas en la reparación de la hernia incisional. El tratamiento definitivo debe ser quirúrgico con la exéresis completa del quiste, ya que la punción aspiración del contenido presenta una recidiva precoz.