

P-551 - TUMORACIÓN QUÍSTICA GIGANTE SOBRE MALLA TRAS HERNIOPLASTIA DE PARED ABDOMINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO POCO FRECUENTE DE COMPLICACIÓN TARDÍA

León Salinas, Carlos¹; Menéndez Sánchez, Pablo¹; García Carranza, Alberto²; Martín Fernández, Jesús¹

¹Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real; ²Hospital Gutiérrez Ortega, Valdepeñas.

Resumen

Introducción: La reparación protésica con mallas de las hernias y eventraciones de pared abdominal supuso un gran avance quirúrgico. Sin embargo, también conllevó la aparición asociada de complicaciones habituales como el seroma de herida o más graves como fístulas enterocutáneas. Una complicación poco reportada en la literatura y muy rara es la aparición tardía de una tumoración fibrosa quística sobre la malla.

Caso clínico: Paciente varón de 61 años con antecedentes de cirugía abierta por ulcus gastroduodenal complicado y posterior eventroplastia hacía 16 años. Acude a consulta por presentar tumoración en línea media de pared abdominal de meses de evolución. Presenta una tumoración en epigastrio bajo cicatriz de laparotomía previa, dura y no reductible, de gran tamaño. El TAC abdominal informa como "masa hipodensa de 100 × 80 mm de diámetro, localizada en tejido celular subcutáneo epigástrico, que comprime a la musculatura abdominal y puede corresponder a seroma, reacción inflamatoria a malla quirúrgica, tumor desmoide sobre cicatriz quirúrgica". Se propone laparotomía exploradora programada, donde objetivamos una tumoración quística fibrosa de gran tamaño de contenido líquido marrónáceo adherida a cara anterior de malla y tejido cicatricial previo, sin presentar defecto aponeurótico. Se realiza extirpación completa y refuerzo de pared con malla supraaponeurótica de polipropileno. El informe anatomopatológico informa de "tumoración quística gigante con necrosis colicuativa masiva y pseudocápsula fascial envolvente con reacción granulomatosa a cuerpo extraño".



Discusión: La etiología más probable de estas tumoraciones podría estar relacionada con el desarrollo de seroma en la herida quirúrgica. Es conocido que la frecuencia de seromas es más alta tras la reparación protésica con mallas de polipropileno en comparación con otros materiales protésicos, sobre todo cuando parte de la malla queda expuesta en el tejido subcutáneo. Sin embargo también se ha descrito que la obesidad de pacientes con panículo adiposo aumentado fue importante factor de riesgo. Se suelen presentar como una tumoración indolora de lento crecimiento que provoca sensación de peso en la pared abdominal anterior. El tiempo de presentación varía desde pocos meses tras la cirugía hasta varios años después. Es una complicación muy rara con una incidencia reportada baja (0,45-0,88%) y pocos casos descritos en la literatura. Sin embargo el uso generalizado y masivo de mallas de polipropileno en la reparación de hernias de pared abdominal hace dudar de su incidencia real, pensando que sea un problema infra reportado. Las pruebas de imagen ayudarán a descartar de entrada otras posibilidades como seroma, hematoma organizado o recidiva herniaria incarcerada. La ultrasonografía permite caracterizar la naturaleza quística con una pared gruesa, incluso la naturaleza fluida o heterogénea del contenido. La tomografía computarizada informa sobre tamaño y localización exacta de la tumoración, así como su posible comunicación con la cavidad abdominal. Respecto al manejo, cuando se presenta a los pocos meses tras la cirugía, su manejo conservador con aspiración del contenido ha obtenido en general malos resultados. La extirpación quirúrgica completa de la tumoración con toda la cápsula y la colocación de drenajes para evitar la posterior formación de seroma es el tratamiento definitivo recomendado.