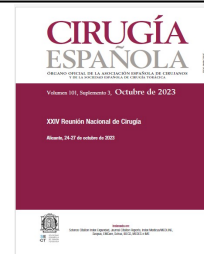




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-457 - PSEUDOQUISTE FIBROSO GIGANTE DE LA PARED ABDOMINAL

González Valverde, Francisco Miguel; del Valle Ruiz, Sergio Rodrigo; Medina Manuel, Esther; Valero Soriano, Maria; Fernández López, Antonio Jose; Parra Baños, Pedro; Albarracín Marín Blázquez, Antonio

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Resumen

Introducción: La eventración es una de las complicaciones más frecuentes tratadas por los servicios de cirugía de todo el mundo, con una incidencia cercana al 20%. La reparación con mallas ha adquirido importancia creciente hasta convertirse en la actualidad en un procedimiento usual en todos los servicios de Cirugía General debido a sus buenos resultados a largo plazo y a su aparente sencillez. No obstante, un uso tan extenso de esta técnica debe de ir asociado a un incremento paralelo de su conocimiento por parte de los cirujanos no especializados en la misma. La popularización de la técnica se acompaña de una gran variabilidad que no está exenta de complicaciones. Una de ellas, extremadamente infrecuente, es el pseudoquiste fibroso gigante, que se define como una colección líquida mayor de 10 cm.

Caso clínico: Varón de 63 años con antecedentes de HTA, obesidad (IMC: 37 kg/m²), hiperlipidemia y colecistectomía laparoscópica en 2011. Fue intervenido en 2013 por una eventración del trocar supraumbilical, realizándose una eventroplastia con *plug* de polipropileno. Un año después, fue reintervenido por recidiva de la eventración colocándose una malla de polipropileno *onlay* con un hematoma de la herida como complicación a destacar. En el posoperatorio el paciente desarrolló una gran tumoración redondeada, móvil y bien delimitada en abdomen. Consultó a su médico, que interpretó la masa como una nueva recidiva de su eventración. A pesar de las limitaciones que la lesión le ocasionaba, el paciente decidió no ser remitido a cirugía hasta 2022. Fue estudiado por la Unidad de Pared, presentando a la exploración una tumoración en epimesogastrio de más de 20 cm, móvil, no dolorosa, perfectamente definida e irreductible. La tomografía axial computada (TAC) evidenció, a nivel de tejido celular subcutáneo, una formación quística, ovalada e hipodensa, con paredes fibrosas. El paciente fue intervenido realizándose la disección y resección de las paredes fibrosa hasta llegar a la prótesis, que formaba parte del propio quiste. A su apertura se obtuvo un líquido denso, marrón y grumoso (cultivos negativos). El posoperatorio transcurrió sin complicaciones y actualmente se encuentra asintomático.

Discusión: Descrito por primera vez en 1993 por Waldrep, el pseudoquiste fibroso gigante ha sido comunicado en pocas ocasiones aunque en nuestra opinión está infradiagnosticado. Consiste en una colección líquida con un diámetro mayor de 10 cm y cuya pared no está tapizada por epitelio, sino por tejido conjuntivo fibroso denso. El diagnóstico es clínico, pero la TAC ayuda a confirmar y delimitar correctamente la lesión. Su etiología permanece sin aclarar aunque parece relacionada con un seroma posoperatorio. En lo referente a su manejo, la punción evacuadora solo es una solución transitoria, por lo que la cirugía con la resección completa del quiste es el único tratamiento efectivo. El pseudoquiste fibroso gigante es una complicación infrecuente Su diagnóstico es clínico aunque el tac es necesario. Su etiología es desconocida y el único tratamiento curativo es la resección quirúrgica completa.