



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-086 - EXPLANTE DE MALLA LAPAROSCÓPICO

Almoguera González, Francisco José; Suárez Grau, Juan Manuel; García Sánchez, Carlos Javier; Tallón Aguilar, Luis; Padillo Ruiz, Francisco Javier

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: Los explante de malla no tienen una guía clínica en la literatura, encontramos artículos muy dispares en grupos que defienden el explante de malla cuando encontramos una recidiva herniaria, sin embargo otros defienden la no necesidad del explante. El caso de la retirada ante una infección crónica está aún menos estudiado, hay ciertos artículos en la literatura en el que exponen evidencia en el explante de malla ante una hernia ventral, en la inguinal no encontramos ninguna evidencia. Por ello presentamos el caso de un explante de malla bilateral por una infección crónica y también por el abordaje que en nuestro caso sería laparoscópico.

Caso clínico: Varón de 65 años sin antecedentes personales de interés excepto quirúrgicos dónde presenta una hernioplastia tipo TAPP en septiembre de 2022. Inicialmente acude al servicio de urgencias por cuadro de tumoración inguinal junto con febrícula por lo que se realiza TC en el que se observa dos colecciones preperitoneales en ambas regiones inguinales. Inicialmente el manejo fue con antibioterapia y drenaje de abscesos por vía percutánea guiado por ecografía que no fue satisfactorio por lo que finalmente se decide intervención quirúrgica programada. En la cirugía lo que se objetiva infección con contenido purulento en ambas cavidades preperitoneales con malla fija a ligamento de Cooper. Finalmente se consigue realizar el explante de malla sin lesionar estructuras nobles con lavado de la cavidad colocando un drenaje a través de antiguo orificio. Cierre complejo de *flap* con sutura barbada por la tensión generada tanto por la malla como por intervención quirúrgica previa.

Discusión: El paciente tras intervención quirúrgica presenta excelente evolución clínica, se mantuvo ingreso para finalizar tratamiento antibiótico y en la revisión en consultas no presenta recidiva herniaria ni signos sugestivos de infección a este nivel. Heridas quirúrgicas completamente cerradas, así como orificio de antiguo drenaje. Por ello, presentamos el caso de un abordaje laparoscópico de este tipo de patología que presenta controversia en la literatura y que no encontramos la suficiente evidencia ni en el tipo de abordaje que debemos utilizar ni sin debemos retirar la malla.