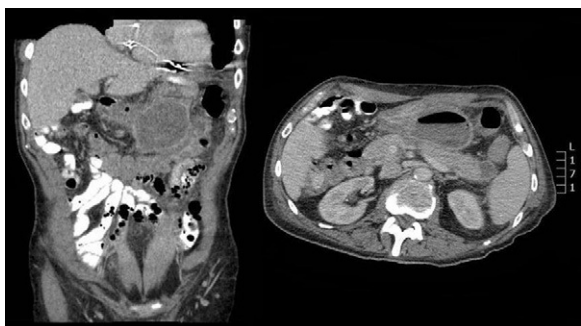


**Figura 1 – Imagen de TC correspondiente a pseudoquiste pancreático al momento del diagnóstico.**



**Figura 2 – Imagen residual del pseudoquiste pancreático posterior al drenaje espontáneo a colon.**

En conclusión, la ruptura espontánea de un pseudoquiste en colon es una complicación poco frecuente y que puede conducir a la muerte del paciente si se acompaña de un pseudoaneurisma sangrante en su interior, el cual suele presentarse como un sangrado franco. En caso de repercusión hemodinámica y no autolimitarse el sangrado, la combinación de la angiografía con embolización y la cirugía suele ser el tratamiento más apropiado para reducir la elevada tasa de mortalidad de estos pacientes. Por el contrario, el caso presentado se manifestó en primer lugar con una anemia secundaria a sangrado en el interior del pseudoquiste, requiriendo únicamente transfusión de hematíes y en

segundo lugar, a las 2 semanas el paciente presentó rectorragias autolimitadas a las 48 horas coincidiendo con la fistulización del pseudoquiste al tubo digestivo objetivado por TC y correspondiendo estas al vaciado en colon del contenido hemático del pseudoquiste.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Balfour JF. Pancreatic pseudocysts: Complications and their relation to the timing of treatment. *Surg Clin North Am.* 1970;50:395-402.
2. Rosen RJ, Terplick SK, Shapiro JH. Spontaneous communication between a pancreatic pseudocyst and the colon: Unusual clinical and radiographic presentation. *Gastrointest Radiol.* 1980;5:353-5.
3. Clements JL, Bradley EL, Eaton SB. Spontaneous internal drainage of pancreatic pseudocysts. *AJR.* 1976;126:985-91.
4. Elliott D. Pancreatic pseudocysts. *Surg Clin North Am.* 1975;55:339-62.
5. Bresler L, Boissel P, Grosdidier J. Major hemorrhage from pseudocysts and pseudoaneurysms caused by chronic pancreatitis: surgical therapy. *World J Surg.* 1991;15:649-53.
6. Urakami A, Tsunoda T, Kubozoe T, Takeo T, Yamashita K, Imai H. Rupture of a bleeding pancreatic pseudocyst into the stomach. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2002;9:383-5.
7. Woods MS, Traversa LW, Kozarek RA, Brandabur J, Hauptmann E. Successful treatment of bleeding pseudoaneurysms of chronic pancreatitis. *Pancreas.* 1995;10:22-30.

Laia Estalella\*, Franco Marinello, Jose Antonio González, Manuel Rodríguez y Vicente Artigas

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [LEstalella@santpau.cat](mailto:LEstalella@santpau.cat) (L. Estalella).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

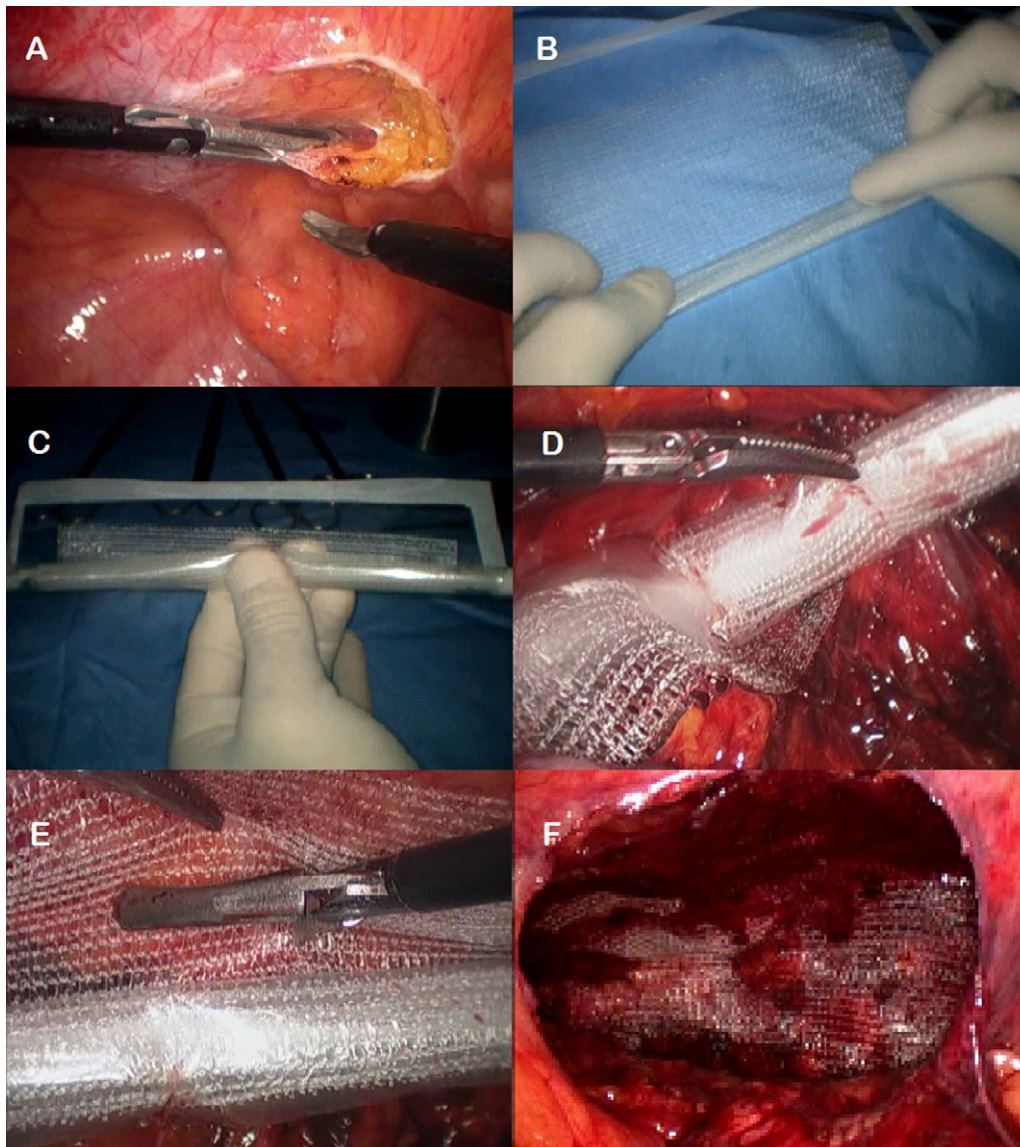
doi:[10.1016/j.ciresp.2011.04.028](https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2011.04.028)

## Utilización de malla autoadhesiva en la hernioplastia inguinal por vía endoscópica transabdominoperitoneal

### Use of a self-adhesive mesh in inguinal herniorrhaphy by a trans-abdominal-peritoneal endoscopic approach

Presentamos el caso de una mujer de 48 años de edad, sin antecedentes, diagnosticada de hernia inguinal bilateral que se propuso para hernioplastia inguinal bilateral laparoscópica mediante abordaje transabdominal preperitoneal (TAPP). La

indicación del abordaje laparoscópico en esta paciente fue la bilateralidad de la hernia y la tendencia a realizar técnicas preperitoneales en mujeres para cubrir tanto el orificio inguinal como el crural.



**Figura 1 - A) Apertura peritoneal. B) y C) Confección de la malla. D) Colocación de la malla en el espacio preperitoneal. E) Extensión de la malla. F) Vista final de la malla extendida.**

Comenzamos realizando el neumoperitoneo con aguja de Veress en hipocondrio izquierdo. Se utilizaron 3 trocares (10 mm umbilical y 2 de 5 mm en ambas fosas ilíacas), confeccionando el espacio preperitoneal mediante incisión en el peritoneo comenzando 5 cm en dirección craneal al defecto herniario (fig. 1A). Tras identificar el defecto herniario directo y las diferentes estructuras de referencia, vasos epigástricos, ligamento redondo, vasos femorales y ligamento de Cooper, se procedió a la reducción del mismo. Se introdujo una malla de 13 x 15 cm (Parietex Progrid, Covidien Ltd, Norwalk, Connecticut, EE.UU.) parcialmente absorbible, auto-adhesiva, de bajo peso y poro ancho, envuelta con el plástico de su cubierta, con los «grips» de la malla hacia el plástico (fig. 1B), y dejando la solapa superior de la malla libre para comenzar la fijación en ese punto (fig. 1C). Para evitar el desenrollamiento de la malla antes del posicionamiento, se colocaron 2 puntos laterales en la malla recubierta por el citado plástico.

Una vez introducida en el espacio preperitoneal, se fijó el reborde superior libre de la malla sobre el músculo transversal, comenzando justo por debajo del margen superior de la apertura peritoneal. Una vez conseguida la fijación del borde superior de la malla, y quedando la malla suspendida por dicho borde, se cortaron los 2 puntos y se extendió completamente la malla (fig. 1D-E), traccionando caudalmente del plástico para exponer progresivamente los grips, y facilitar la fijación de la malla. La porción inferior de la malla se asentó sobre el ligamento de Cooper y el espacio prevesical para conseguir una mejor adherencia. Al extender la malla de este modo, conseguimos cubrir tanto la región inguinal como la crural (fig. 1F). Finalmente se retiró el plástico con el que ayudamos a introducir la malla y se suturó el flap peritoneal con una sutura continua.

La intervención se realizó en 40 min, sin presentarse complicaciones intraoperatorias ni post-operatorias. A la

paciente le fue dada el alta al día siguiente y en la revisión mensual, semestral y anual no se apreciaron signos de recidiva ni dolor residual.

Actualmente existe controversia sobre la malla y el tipo de fijación que se debe usar en el abordaje laparoscópico de la hernia inguinal. Con relación a las prótesis, las mallas tridimensionales están específicamente confeccionadas para su uso por vía laparoscópica, facilitando su colocación y por tanto disminuyendo el tiempo quirúrgico. Con la aparición de las mallas de bajo peso y poro ancho, se ha demostrado que estas producen menor dolor post-operatorio a corto y largo plazo, con una disminución de la sensación de cuerpo extraño debido a la menor cantidad de material implantado. Sin embargo, algunos autores han informado de la posibilidad de un aumento del índice de recurrencia herniaria a largo plazo, probablemente debido a una incorrecta colocación o fijación de la prótesis. Recomiendan por tanto su uso prestando especial atención a una adecuada extensión y fijación de la malla en el espacio preperitoneal.

Con relación a la fijación protésica, hay una evidencia creciente de la disminución del dolor post-operatorio en la hernioplastia laparoscópica con la fijación de la prótesis utilizando colas biológicas al compararlas con la fijación convencional con tackers<sup>1-3</sup>, lo cual parece indicar que estos representan un papel determinante en el dolor post-operatorio generado en la hernioplastia laparoscópica. No obstante, no parece que haya diferencias en cuanto a la formación de seromas, hematomas o recurrencia herniaria entre los grupos comparados.

Actualmente existe consenso entre la comunidad quirúrgica en relación al tipo de malla y fijación a usar durante la hernioplastia laparoscópica. La elección final dependerá de la individualización de cada paciente, en función de la historia clínica, tipo y tamaño del defecto herniario a tratar.

Las mallas autoadhesivas representan una opción que se debe tener en cuenta en la cirugía de la hernia inguinal. Estas prótesis surgieron con la finalidad de evitar las complicaciones derivadas de la fijación de las prótesis mediante suturas en cirugía abierta, fundamentalmente la persistencia del dolor post-operatorio derivado del atrapamiento de fibras nerviosas en la sutura<sup>4</sup>. Los estudios realizados usando esta malla se han centrado en modelos animales, aunque recientemente se han comenzado a publicar resultados derivados de su aplicación clínica en hernioplastia abierta. Actualmente hay pocos estudios al respecto, y todavía no hay evidencia suficiente que respalde estas afirmaciones, y las publicaciones muestran conclusiones divergentes al analizar el dolor post-operatorio<sup>5,6</sup>, aunque sí parece haber consenso respecto al menor consumo de tiempo quirúrgico al utilizar estas mallas.

El abordaje mínimamente invasivo de la hernia inguinal se presenta como una alternativa a tener en cuenta ya que, aunque pueda parecer más costosa inicialmente, cada vez hay más estudios que sugieren que puede resultar una técnica coste-efectiva al permitir una reincorporación precoz al trabajo, así como menor tasa de infección de herida quirúrgica y dolor crónico<sup>7,8</sup>.

Nuestro objetivo al implantar la prótesis autoadhesiva por vía laparoscópica es conseguir los beneficios que presentan

tanto el uso de esta vía de abordaje como el de las mallas de bajo peso y poro ancho, evitando asimismo el anclaje de la malla mediante suturas o tackers con la consiguiente disminución del dolor post-operatorio y la mejora del bienestar de los pacientes tras la intervención, realizando por tanto una fijación uniforme y estable por toda la superficie protésica.

Adicionalmente, se disminuye el gasto de la técnica al evitar el coste generado por el instrumental adicional requerido para la fijación de la prótesis.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ceccarelli G, Casciola L, Pisanelli MC, Bartoli A, Di Zitti L, Spaziani A, et al. Comparing fibrin sealant with staples for mesh fixation in laparoscopic transabdominal hernia repair: a case control-study. *Surg Endosc*. 2008;22:668-73.
2. Boldo E, Armelles A, Perez de Lucia G, Martin F, Aracil JP, Miralles JM, et al. Pain after laparoscopic bilateral hernioplasty: Early results of a prospective randomized double-blind study comparing fibrin versus staples. *Surg Endosc*. 2008;22:1206-9.
3. Schäfer M, Vuilleumier H, Di Mare L, Demartines N. Fibrin sealant for mesh fixation in endoscopic inguinal hernia repair: is there enough evidence for its routine use? *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2010;20:205-12.
4. Chastan P. Tension-free open hernia repair using an innovative self-gripping semi-resorbable mesh. *Hernia*. 2009;13:137-42.
5. Hollinsky C, Kolbe T, Walter I, Joachim A, Sandberg S, Koch T, et al. Comparison of a new self-gripping mesh with other fixation methods for laparoscopic hernia repair in a rat model. *J Am Coll Surg*. 2009;208:1107-14.
6. Bruna Esteban M, Cantos Pallarés M, Artigues Sánchez De Rojas E. Utilización de mallas autoadhesivas en la hernioplastia frente a la técnica convencional. Resultados de un estudio prospectivo y aleatorizado. *Cir Esp*. 2010;88:253-8.
7. McCormack K, Scott NW, Go PM, Ross S, Grant AM. Laparoscopic techniques versus open techniques for inguinal hernia repair. *EU Hernia Trialists Collaboration*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;1:CD001785.
8. Feliu Palà X, Viñas Trullén X, Estrada A, Clavería R, Besora P, Crespo Cortinas JM, et al. Análisis del coste económico del tratamiento laparoscópico de la hernia inguinal recidivada: estudio comparativo con la técnica de Lichtenstein. *Cir Esp*. 2003;73:227-32.

Juan Antonio Bellido Luque\*, Joaquín García Moreno, Juan Guadalajara Jurado, Juan Manuel Suárez Grau y Julio Gómez Menchero

*Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Básico de Riotinto, Minas de Riotinto, Huelva, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [J\\_Bellido\\_l@hotmail.com](mailto:J_Bellido_l@hotmail.com)  
(J.A. Bellido Luque).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2011.06.006