

P-522 - PSEUDOQUISTE ABDOMINAL GIGANTE COMO COMPLICACIÓN DE LA REPARACIÓN CON MALLA DE LA PARED ABDOMINAL EN PACIENTE CON OBESIDAD MÓRBIDA

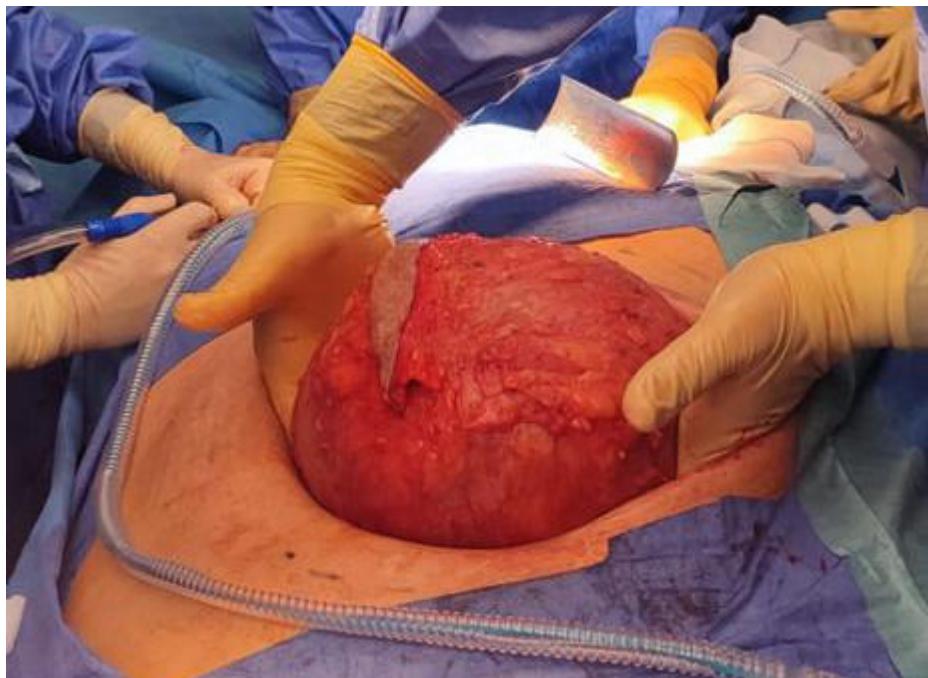
Gutiérrez, Carmen; Serrano, Alba María; Nieto, Marta; Guerrero, Pablo; Carbo, Juan; Carreño, Omar; Palassi, Rosana; Pous Serrano, Salvador

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción: El pseudoquiste de pared abdominal es una complicación poco frecuente tras las intervenciones de cirugía de pared y está relacionado en la mayoría de casos con el empleo de material protésico. Se define como una colección líquida, no delimitada por epitelio, mayor de 10 cm. A pesar de la que etiología no está claramente definida, la obesidad se considera factor de riesgo en ambas patologías. El tratamiento definitivo es la exéresis completa del pseudoquiste.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 38 años, con IMC de 62,2 (talla 162 cm, peso 221,5 kg), hipertensión arterial (HTA), SAOS y con antecedentes de hernia umbilical reparada en dos ocasiones con malla supraaponeurótica de polipropileno en el cual, tras 7 años de seguimiento, se detecta la aparición de gran masa centroabdominal. En pruebas de imagen se muestra una tumoración de 22 cm con densidad homogénea y componente líquido, sin encontrar una clara solución de continuidad en pared abdominal, considerándose por tanto una colección posquirúrgica. En sesión clínica multidisciplinar, se acuerda la necesidad de exéresis de la tumoración y cirugía de la obesidad mórbida de forma conjunta, previa preparación del paciente con medidas dietéticas para la pérdida de peso. Durante el primer tiempo quirúrgico, se procede a la exéresis del Pseudoquiste, visualizando firmes adherencias en cara posterior hacia la malla previa, por lo que es preciso la retirada de esta, evidenciando dos defectos herniarios M3W2 y M3W1. En un segundo tiempo se realiza gastrectomía vertical laparoscópica, accediendo a la cavidad abdominal mediante trócares sobre plano músculo-aponeurótico. Se repara la pared con malla Ventrio intraperitoneal de 11 x 14 cm y se cierran los defectos herniarios con sutura continua de Monomax n.º1. Tras comprobar la perfusión cutánea mediante la instilación 2 ml de verde de indocianina (dilución 25 mg colorante en 10 ml agua destilada), se realiza dermolipectomía y cierre primario de pared junto con 2 drenajes aspirativos en tejido subcutáneo. El resultado anatomopatológico de la pieza quirúrgica mostró pseudoquiste con material serohemático y cristales de colesterol en su interior, sin signos de malignidad. El paciente presenta una evolución posoperatoria favorable. En posteriores controles, se comprueba la adecuada cicatrización de heridas quirúrgicas, pérdida progresiva de peso y mejoría del estado funcional.



Discusión: El pseudoquiste abdominal gigante se considera una complicación poco frecuente tras la reparación de pared abdominal. Su etiología no está claramente definida, aunque se relaciona con la presencia de seroma crónico posoperatorio, alteración del drenaje linfático subcutáneo y la reacción inflamatoria generada por la malla, además de otros factores relacionados con el paciente como la obesidad, la HTA y el tabaquismo. Así mismo, existen medidas que reducen el riesgo de aparición como la disección cuidadosa del tejido, disminuir el contacto del material protésico con tejido subcutáneo y el uso de drenajes aspirativos. La punción y aspiración del quiste solo se considera como medida paliativa dado el alto riesgo de recidiva. En estos pacientes, para valorar la perfusión cutánea es útil la fluorescencia con ICG.