



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## P-206 - Meshoma

M. Huesa Andrade<sup>a</sup>, M. González Lavandeira<sup>a</sup> y C. Fernández Bonilla<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CS San Pablo. <sup>b</sup>CS Montequinto.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente, mujer de 31 años, que consulta por presentar desde hace 48 horas, tras esfuerzo al coger peso, dolor intenso a nivel de región púbica derecha. La propia paciente lo define como “tirantez”. No ha presentado fiebre. Si refiere sensación nauseosa, sin llegar a presentar vómitos. No presentó alteraciones en el hábito intestinal, salvo estreñimiento en los últimos días. No mostró síndrome miccional. La paciente fue intervenida el pasado año de hernia inguinal derecha mediante hernioplastia inguinal UltraProHernia System. El postoperatorio inmediato evolucionó favorablemente. No obstante, se le derivó tres meses más tarde al servicio de cirugía general ante la presencia de una discreta molestia a nivel del trayecto inguinal. Se le valoró y realizó una ecografía en la que únicamente se objetivaron hallazgos compatibles con fibrosis en la zona. Como antecedentes personales, la paciente no presentaba alergias medicamentosas conocidas. Fumadora de 12 paquetes/año. No presentaba otros antecedentes médicos de interés. Salvo estar intervenida hace un año de una hernia inguinal derecha.

**Exploración y pruebas complementarias:** La paciente presentaba buen estado general, consciente, orientada y colaboradora. Bien hidratada y perfundida. La auscultación cardiopulmonar era rítmica y sin soplos, a unos 65 latidos por minuto. El murmullo vesicular estaba conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos. Saturando al 99%. El abdomen era blando y depresible, sin masas ni megalias, no doloroso a la palpación. Bloomberg y psoas negativos. A nivel del trayecto inguinal derecho, en región púbica derecha se objetivó una tumoración o masa. La clínica se exacerba con la tos, siendo muy dolorosa la exploración. Resto de examen sin hallazgos destacables. Se procedió a intentar la reducción de la hernia, lo cual no se consigue. Ante la sospecha de estrangulación se procede a su derivación a Hospital de referencia para valoración. Se le realizaron como pruebas complementarias: analítica completa con hemograma, bioquímica y coagulación siendo normal. Radiografía de abdomen en bipedestación sin hallazgos. TAC de abdomen en el que se objetivó meshoma. Se le diagnosticó de meshoma inguinal, y se procedió a la exéresis del mismo. La paciente ha evolucionado satisfactoriamente en el postoperatorio, sin presentar fiebre, náuseas o vómitos. Controlándose el dolor con analgesia habitual. Actualmente asintomática.

**Juicio clínico:** Meshoma.

**Diagnóstico diferencial:** Hernia recurrente, infección de la malla herniaria, trastornos del plexo lumbosacro, otros trastornos neuropáticos.

**Comentario final:** La hernioplastia es una intervención muy frecuente en la práctica diaria. Es, por tanto, esencial para un médico de atención primaria conocer las posibles complicaciones de esta. El meshoma es la malla protésica plegada, formando una tumoración siendo causa de inguinodinia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Amid PK, Hiatt JR. New understanding of the causes and surgical treatment of postherniorraphy inguinodynia and orchalgia. *J Am Coll Surg*. 2007;205:381-5.
2. Amid PK. Radiologic images of meshoma: a new phenomenon causing chronic pain after prosthetic repair of abdominal wall hernias. *Arg Surg*. 2004;139:1297-8.
3. Lange JF, Kauffman R, Wissmuller AR, Piere JP, Ploeg RJ. An international consensus algorithm for management of chronic postoperative inguinal pain. *Hernia*. 2015;19:33-43.