



Nota clínica

Pseudoquiste de pared abdominal: tratamiento con presión negativa. A propósito de un caso



Abdominal pseudocyst: management with negative pressure. A case report



Natalia Sánchez¹, Sebastián Roche², Santiago Bertone², Fernando Cetolini¹, Claudio D. Brandi³

¹Fellow Paredes Abdominales y Microcirugía Reconstructiva. Servicio de Cirugía General. Hospital Italiano de Buenos Aires (Argentina).

²Cirujano del Sector Paredes Abdominales y Microcirugía Reconstructiva. Servicio de Cirugía General. Hospital Italiano de Buenos Aires (Argentina).

³Jefe del Sector Paredes Abdominales y Microcirugía Reconstructiva. Servicio de Cirugía General. Hospital Italiano de Buenos Aires (Argentina)

Recibido: 20-12-2017

Aceptado: 19-01-2018

Palabras clave:

Pseudoquiste, pared abdominal, sistema de vacío.

Resumen

Introducción: La eventración constituye la complicación tardía más común de la cirugía abdominal. Una complicación poco frecuente de su reparación con material protésico lo constituye el pseudoquiste fibroso gigante de pared. En cuanto al tratamiento, la punción evacuadora solo es una solución transitoria, por lo que la cirugía con la resección completa del pseudoquiste se considera el tratamiento de elección.

Caso clínico: Se presenta un caso clínico cuyo tratamiento consistió en un sistema de vacío y compactación.

Discusión: El pseudoquiste es una complicación poco frecuente tras la reparación de una hernia incisional con prótesis. El tratamiento de elección es la resección total del mismo. Los sistemas de vacío y compactación pueden considerarse una alternativa de tratamiento, en casos recidivados.

Abstract

Introduction: Incisional hernia is the most common late surgical complication of abdominal wall surgery. A giant fibrous pseudocyst is the least frequent complication. The puncture and the aspiration of the cyst enables only a temporary solution. Thus, we consider that the complete resection of the cyst is the only effective treatment.

Case report: A clinical case is presented in which the treatment is based on the application of a vacuum and compaction systems.

Discussion: A giant fibrous pseudocyst is the least frequent complication after abdominal wall surgery. The definite treatment is the complete excision of the cyst. The vacuum and compaction systems can be considered an alternative treatment, in recurrent cases.

Key words:

Pseudocyst, abdominal wall, vacuum system.

* Autor para correspondencia. Sebastián Roche. Álvarez Thomas 2148 Departamento 3E. Código Postal: 1430. Capital Federal (Argentina)

Correo electrónico: sebastian.roche@hospitalitaliano.org.ar

2255-2677/© 2018 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Publicado por Arán Ediciones, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.20960/rhh.111>

Introducción

La eventración constituye la complicación tardía más común de la cirugía abdominal, con una incidencia que oscila entre el 20-30 %. La reparación de estos defectos con mallas sintéticas se ha convertido en la técnica de elección (1).

Una complicación poco frecuente de estos procedimientos, lo constituye el «pseudoquiste fibroso gigante» de pared abdominal, descrito en 1993 por Waldrep *et al.* y cuya incidencia oscila entre 0.45-1 % (1-6). Se define al pseudoquiste de pared abdominal como una colección líquida mayor de 10 cm, no revestida por epitelio (5).

Si bien la punción evacuadora puede ser una solución, la misma suele ser transitoria. Por lo cual, la resección quirúrgica completa del pseudoquiste se considera el tratamiento de elección (1).

El objetivo de este artículo es presentar el caso de una paciente con recidiva de un pseudoquiste de pared, el cual fue resuelto mediante la colocación de un sistema de vacío y compactación. Dicho caso ya fue presentado en un artículo en esta misma revista (1).

Caso clínico

Mujer de 71 años, fumadora, con índice de masa corporal (IMC) de 31.2 y cirugía de reparación de eventración umbilical con malla de polipropileno intraperitoneal en 2014. Presentó seroma a los 14 días posoperatorios, el cual se drenó por punción en forma semanal por 30 días. Se le realizó una tomografía axial computada (TAC) de abdomen, en la cual se reconoce una formación quística a nivel supraaoneurótico de 90 × 92 × 38 mm (fig. 1).

Se decide la resección total del pseudoquiste y colocación de drenaje en el lecho (fig. 2).

El estudio anatomopatológico informó fragmentos aplanados de tejido blanquecino de 10.8 × 6.4 cm. Al corte se observó tejido de consistencia firme y elástica, con diagnóstico de tejido fibroso denso y escaso infiltrado linfoide y acúmulos de histiocitos.

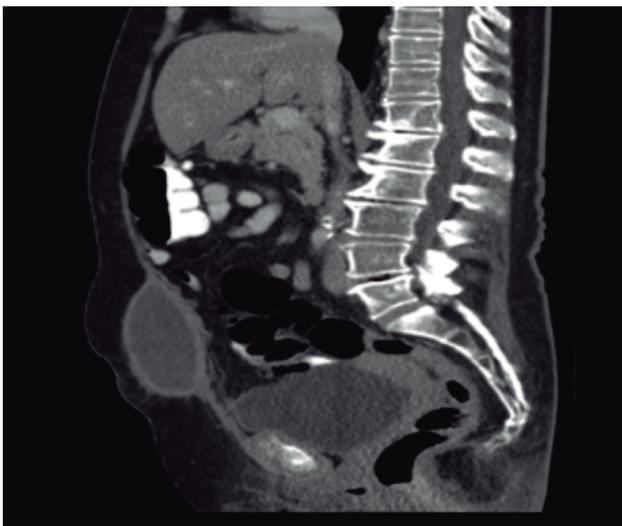


Figura 1. Imagen quística supraaoneurótica.

Cursó un posoperatorio inmediato sin complicaciones. A los 60 días consultó por bulto sobre el área quirúrgica, asociado a fiebre y dolor. Se punzó dicha formación obteniéndose líquido seroso.

Con sospecha de recidiva del pseudoquiste, se realiza TAC de abdomen y pelvis donde se constata colección líquida en los planos subcutáneos adyacentes a músculos rectos anteriores abdominales de la región infraumbilical, compatible con un seroma. Se explora la herida quirúrgica, se drena el seroma y se decide la colocación de un sistema de vacío y compactación (fig. 3).

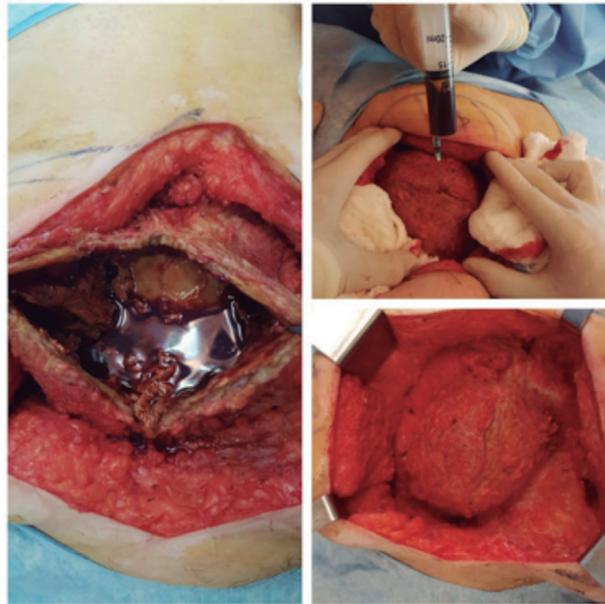


Figura 2. Pseudoquiste de pared abdominal.



Figura 3. Sistema de presión negativa.

Permaneció internada durante 5 días con dicho tratamiento, y luego pasó a cura asistida por presión negativa, domiciliario. Retirándose el mismo definitivamente a los 45 días con cierre total de la herida (fig. 4).

A los 6 meses se le realizó una TAC de control, sin evidenciarse recidiva (fig. 5). Actualmente, cumplidos los 12 meses continúa asintomática y sin constatare recidiva al examen físico.

Discusión

La etiología del pseudoquistes sigue siendo poco clara. La mayoría de los autores concuerdan en que esta condición está relacio-



Figura 4. Cierre progresivo de la herida.

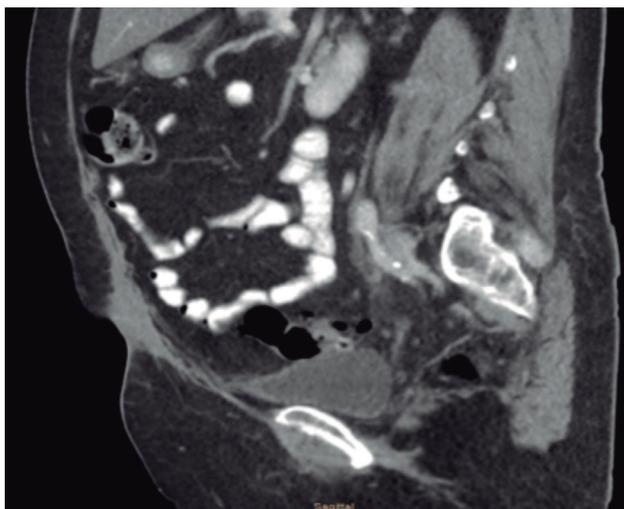


Figura 5. Fibrosis en tejido celular subcutáneo sin colección residual.

nada con la presencia de seroma (1,5). Y el seroma, a su vez es mucho más frecuente con la colocación de prótesis. El hematoma también podría ser un factor etiológico como consecuencia de su maduración y organización (7,8).

Con respecto al tratamiento, la punción y aspiración del mismo permite una solución transitoria, ya que muchas veces no es evacuado por completo y recidiva. Por lo tanto, consideramos que la resección total del pseudoquistes es el único tratamiento efectivo.

El caso presentado resultó ser una recidiva al tratamiento quirúrgico, por lo cual decidimos tomar una conducta diferente a la inicial; con la colocación de la terapia de presión negativa a nivel de la herida.

Son bien conocidos los beneficios de la terapia de presión negativa en el manejo de las heridas: a) incrementa el flujo sanguíneo aumentando la angiogénesis; b) acelera la proliferación celular y la formación de tejido de granulación; c) facilita el desbridamiento del tejido necrótico; y d) elimina el exudado y genera una eliminación de bacterias (9,10).

Teniendo en cuenta todos estos beneficios, decidimos implementar dicho tratamiento a nuestra paciente, con buenos resultados y con mínima morbilidad, sin la necesidad de someterla nuevamente a una cirugía.

Conclusión

Si bien el tratamiento «estándar de oro» del pseudoquistes de pared es la resección quirúrgica del mismo; consideramos que la terapia de presión negativa es una opción a tener en cuenta, principalmente en pacientes con recidivas o que no están en condiciones de someterse a una cirugía. Además, conlleva una escasa morbilidad y permite el alta hospitalaria precoz del paciente, con la posibilidad de continuar el tratamiento de manera ambulatoria.

Bibliografía

1. Roche S, Bertone S, Brandi CD. Pseudoquistes gigante de pared abdominal: reporte de casos. *Rev Hispano Am Hernia*. 2016;4(3):127-31.
2. Ielpo B, Cabeza J, Jiménez D, Delgado I, Torres AJ. Abdominal pseudocyst complicating incisional hernia repair: our experience and literature review. *Hernia*. 2011;15:233-7.
3. Ogunbiyi SO, Morris-Stiff G, Sheridan WG. Giant mature cyst formation following mesh repair of hernias: an underreported complication? *Hernia*. 2004;8:166-8.
4. Waldrep DJ, Shabot MM, Hiatt JR. Mature fibrous cyst formation after a marlex mesh ventral herniorrhaphy: a newly describe pathologic entity. *Am Surg*. 1993;59:716-8.
5. Mantelou AG, Georgiou GK, Harissis HV. Giant pseudocyst of the anterior abdominal wall after incisional hernia mesh repair: a rare case report. *Hernia*. 2014;18:141-4.
6. Mayagoitia JC, Almaraz A, Díaz C. Two cases of cystic seroma following mesh incisional hernia repair. *Hernia*. 2006;10:83-6.
7. Ielpo B, Lapuente F, Martín P, Acedo F, San Román J, Corripio R, et al. First cases of giant pseudocyst complicating inguinal hernia repair. *Hernia*. 2012;16:589-91.
8. Hoefkens MF, Vles WJ. A giant pseudocyst following repair of an incisional hernia by a propylene mesh. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2008;152(4):216-20.
9. Huang C, Leavitt T, Bayer R, Orgill DP. Effect of negative pressure wound therapy on wound healing. *Curr Probl Surg*. 2014;51(7):301-31.
10. Mendez-Eastman S. Guidelines for using negative pressure wound therapy. *Adv Skin Wound Care*. 2001;14(6):314-22.