



Nota clínica

Pseudoquiste gigante de pared abdominal: reporte de casos



Sebastián Roche^a, Santiago Bertone^a y Claudio D. Brandi^{b,*}

^a Cirujano del Sector de Paredes Abdominales y Microcirugía Reconstructiva, Servicio de Cirugía General del Hospital Italiano de Buenos Aires (Argentina)

^b Jefe del Sector de Paredes Abdominales y Microcirugía Reconstructiva, Servicio de Cirugía General del Hospital Italiano de Buenos Aires (Argentina)

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 3 de abril de 2016
Aceptado el 19 de abril de 2016
On-line el 11 de junio de 2016

Palabras clave:

Eventración
Mallas
Pseudoquiste
Hernia
Complicación

Keywords:

Incisional hernia
Mesh
Pseudocyst
Hernia
Complication

R E S U M E N

Introducción: La eventración constituye la complicación tardía más frecuente de la cirugía abdominal, con una incidencia que oscila entre el 20-30%. Su reparación con mallas se ha convertido en la técnica de elección del tratamiento. Sin embargo, estos materiales no están exentos de complicaciones. Una complicación poco frecuente es el pseudoquiste fibroso gigante, que se define como una colección líquida mayor de 10 cm. Se presentan tres casos clínicos tratados en nuestro hospital. El diagnóstico es clínico, pero la TAC ayuda a identificar bien la lesión. Su etiología no está definida claramente. En cuanto al tratamiento, la punción evacuadora solo es una solución transitoria, por lo que la cirugía con la resección completa del quiste se considera el tratamiento de elección.

Conclusión: El pseudoquiste fibroso gigante es una complicación poco frecuente. Su diagnóstico se obtiene a partir del examen físico, aunque el tac es de gran ayuda. En cuanto a su etiología, no está definida aún. El tratamiento de elección es su resección completa.

© 2016 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Giant pseudocyst of the abdominal wall: Cases report

A B S T R A C T

Introduction: Incisional hernia is the most common late surgical complication of abdominal surgery. Its prevalence has been estimated between 20-30%. Repair using synthetic meshes has turned into the "gold standard" of the treatment. However, it is not exempt from complications. A giant fibrous pseudocyst is the least frequent complication. It is defined as a collection of fluid, larger than 10 cm. The aim of this article is to report 3 clinical cases in our service. The diagnosis is based on the physical examination and on the CAT. The etiology of the pseudocyst formation still remains unclear. The puncture and the aspiration of the cyst

* Autor para correspondencia: Álvarez Thomas 2148 Departamento 3E, Capital Federal (Argentina) Código Postal: 1430. Teléfono: +54111526585736.

Correo electrónico: claudio.brandi@hospitalitaliano.org.ar (C.D. Brandi).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehah.2016.04.002>

2255-2677/© 2016 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

enables only a temporary treatment. Thus, we consider that the complete resection of the cyst is the only effective treatment.

Conclusion: A giant fibrous pseudocyst is the least frequent complication. The diagnosis is based on the physical examination and on the CAT. The etiology of the pseudocyst formation still remains unclear. The definite treatment is the complete excision of the cyst.

© 2016 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

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 del tratamiento.

Entre los tipos de mallas sintéticas ofertadas por el mercado, las compuestas por polipropileno (PP) son las más empleadas, ya que el polímero presenta mejor tolerancia, integración tisular y resistencia^{1,2}. Sin embargo, este material no está exento de facilitar complicaciones como seroma, hematoma, infección, adherencias intestinales y fístulas entero-cutáneas, y una complicación poco frecuente como es el *pseudoquistes fibroso gigante*, descrito por primera vez en 1993 por Waldrep con dos casos asociados a la colocación de mallas irreabsorbibles (PP) en hernias incisionales¹⁻⁵.

El pseudoquiste gigante es una colección líquida con un diámetro mayor de 10 cm y cuya pared no está tapizada por epitelio, sino por tejido conjuntivo fibroso denso⁴. Su incidencia es de 0.45% a 1%, pero se considera una entidad subregistrada^{2,6,7}, por lo que el objetivo de este artículo es presentar tres casos clínicos tratados en nuestro servicio, junto con una revisión de la bibliografía publicada sobre dicha patología.

Caso 1

Varón de 57 años, obeso (IMC de 36.7), que consulta por tumor abdominal de crecimiento progresivo y síntomas inespecíficos. Tiene como antecedente quirúrgico una hernioplastia umbilical por atascamiento en 2012, que requirió resección intestinal y colocación de malla de poliglactina (Vicryl®) intraperitoneal. En el examen físico se constata tumor redondeado, móvil y bien delimitado (fig. 1). La tomografía axial computada (TAC) muestra, a nivel de tejido celular subcutáneo (TCS), una formación quística, redondeada e hipodensa, con paredes fibrosas de 137 × 151 mm (fig. 2).

Se decide tratamiento quirúrgico y se aborda por la cicatriz previa hasta identificar dicha formación (fig. 3). Se punza y se obtienen 1100 ml de material hemático oscuro, y se envía muestra para cultivo. Luego se abre y reseca la pared del quiste (fig. 4), constándose la indemnidad de la pared abdominal, por lo que no se agrega nueva plástica a la pared. Se dejan drenajes en el lecho de la quistectomía. El posoperatorio cursa sin complicaciones, y se le da el alta a las 48 h. Los drenajes se le retiran al séptimo día.



Figura 1 – Caso 1. Tumor abdominal voluminoso (indicado por la flecha).

El cultivo del líquido obtenido es estéril, y el examen anatomopatológico informa de una estructura quística de 19 × 13 × 6 cm, de superficie externa e interna blanquecina lisa y de pared de hasta 0.5 cm de espesor, con diagnóstico de tejido fibrohistiario con depósitos de hemosiderina (hematoma organizado) (fig. 5).

En la TAC no se observa comunicación entre la malla de Vicryl® intraperitoneal y el tejido celular subcutáneo. El plano

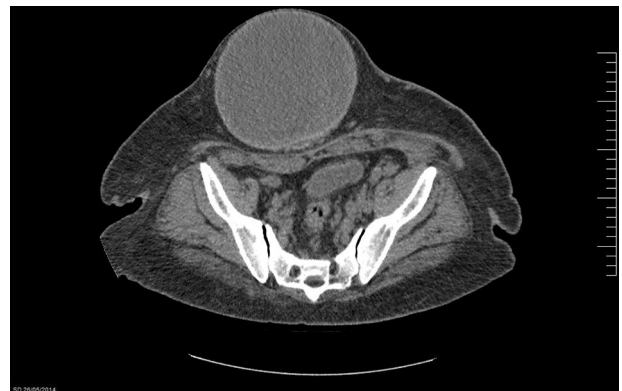


Figura 2 – Caso 1. Imagen quística localizada en tejido celular subcutáneo.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4306030>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4306030>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)