



Pseudoquiste subcutáneo secundario a hernioplastia incisional con malla irreabsorbible

Subcutaneous Pseudocyst caused by Incisional Hernia Repair with Non-absorbable Mesh

Karel Borroto Martínez^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-3183-1312>

Yoanna Ramírez Fernández² <https://orcid.org/0000-0002-6343-3781>

Manuel Alejandro Ceballos Rojas³ <https://orcid.org/0000-0002-0683-1599>

¹Centro de Investigaciones Clínicas. La Habana, Cuba.

²Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kourí”. La Habana, Cuba.

³Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: karelborroto@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Los pseudoquistes subcutáneos se definen como una colección líquida, serosa y estéril, casi siempre mayor a 10 cm de diámetro y se caracterizan por presentar una pared fibrótica y gruesa, no revestida por epitelio.

Objetivo: Exponer el caso clínico de un paciente con un pseudoquiste subcutáneo secundario a una hernioplastia incisional con malla irreabsorbible.

Caso Clínico: Paciente femenina de 36 años de edad con obesidad mórbida y antecedentes de síndrome de ovario poliquístico, anemia ferripriva crónica y múltiples cirugías abdominales. Acude a consulta con dolor en hernia incisional gigante, media, infraumbilical. Se realizó hernioplastia incisional con colocación de malla supra-aponeurótica. Al segundo mes del postoperatorio, consultó por aumento de volumen en la herida, se efectúan complementarios y se diagnosticó pseudoquiste subcutáneo. En un

<http://scielo.sld.cu>

<https://revmedmilitar.sld.cu>



primer tiempo se drena con *pigtail*. Al fallar esta línea de tratamiento por infección del pseudoquiste se ejecutó la exéresis completa con colocación de drenajes aspirativos.

Conclusión: El pseudoquiste subcutáneo constituye una entidad poco común debido a su muy baja incidencia y a las dificultades para su diagnóstico.

Palabras clave: hernia incisional; mallas quirúrgicas; pseudoquiste.

ABSTRACT

Introduction: Subcutaneous pseudocysts are serous, liquid and sterile collections with a diameter above 10 cm.

Objective: To present the clinical case of a patient with a subcutaneous pseudocyst secondary to an incisional hernioplasty with non-absorbable mesh.

Clinic Case: A 36-year-old female patient with morbid obesity and a history of polycystic ovary syndrome, chronic iron deficiency anemia and multiple abdominal surgeries came to the clinic with pain in a giant, medium, infraumbilical incisional hernia. Incisional hernioplasty with placement of supra-aponeurotic mesh was performed. In the second month after surgery, she consulted for an increase in volume in the wound. Complementary tests were performed and a subcutaneous pseudocyst was diagnosed. Initially, the procedure was drained with a pigtail. When this line of treatment failed due to infection of the pseudocyst, complete excision was performed with placement of suction drains.

Conclusion: The subcutaneous pseudocyst is a rare entity due to its very low incidence and the difficulties in its diagnosis.

Keywords: incisional hernia; pseudocyst; surgical mesh.

Recibido: 30/07/2024

Aprobado: 30/11/2024



INTRODUCCIÓN

Los pseudoquistes subcutáneos (PS) se definen como una colección líquida, serosa, estéril y mayor a 10 cm de diámetro.^(1,2,3) Se caracterizan por presentar una pared fibrótica y gruesa, no revestida por epitelio.^(1,3)

Esta entidad fue descrita por primera vez en 1993, por *Waldrep DJ* y otros,^(3,4,5) quienes la observaron como una complicación tardía en pacientes sometidas a hernioplastias incisionales con mallas irreabsorbibles. Los casos reportados no sobrepasan la treintena,^(3,5) lo que puede deberse al subregistro de la entidad. Por tal motivo, la incidencia varía de 0,45 al 1 % en aquellos casos de hernia incisional reparada con material irreabsorbible, aunque se describen casos en hernioplastia inguinal.^(2,3,5)

El objetivo del presente artículo es exponer el caso clínico de un paciente con un pseudoquiste subcutáneo secundario a una hernioplastia incisional con malla irreabsorbible.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 36 años de edad con antecedentes patológicos de obesidad mórbida, síndrome de ovario poliquístico, diabetes mellitus tipo 2, anemia crónica ferripriva y abdomen operado en diferentes ocasiones; que acude a consulta de Cirugía General por presentar hernia incisional sintomática en una herida media infraumbilical existente. Se le realiza hernioplastia con malla irreabsorbible en posición supra-aponeurótica, se le colocan 2 drenajes aspirativos y se le indicó luego del acto quirúrgico una faja abdominal. En la consulta de seguimiento a los 10 días aparece secreción serohemática por el borde inferior de la herida que fue tratada como un seroma. En la consulta del día 15 se le retiraron los puntos de sutura sin ninguna otra complicación.

A los 2 meses de operada, regresó a consulta por aumento de volumen de la herida y dolor leve, además, del abandono ocasional de la compresión abdominal con faja. Al examen físico, se constata gran aumento del volumen de la herida quirúrgica, de aproximadamente 10 cm, de consistencia ligeramente renitente, con dolor leve a la palpación e irreductible. Se realizó tomografía computarizada (TC) del abdomen (Fig. 1) que informó imagen redondeada de 16 cm de diámetro, de contornos bien definidos, que se situaba en



la pared abdominal anterior, en el sitio quirúrgico y que presentaba una densidad variable entre 3 y 20 UH.

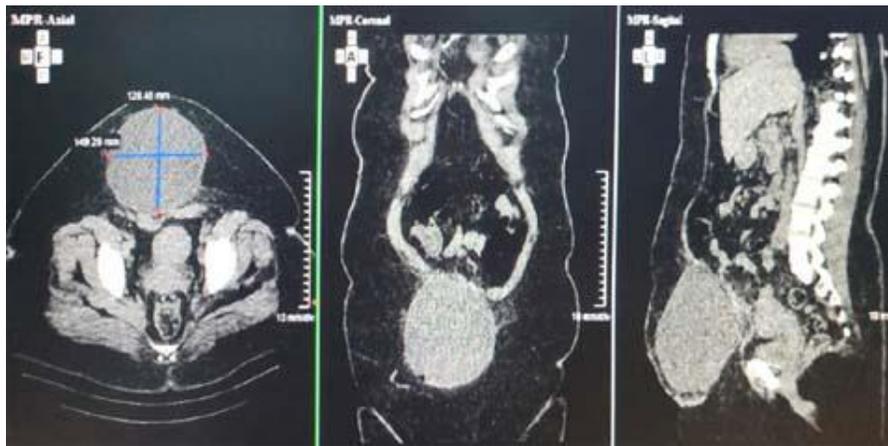


Fig. 1 – Tomografía computarizada del abdomen. Lesión de aspecto quístico, en el tejido subcutáneo, con una gruesa cápsula.

Se puncionó la lesión y se evacuaron alrededor de 2 litros de líquido seroso. Se indicó cultivo que resultó aséptico. Se decidió mantener conducta conservadora con tratamiento médico y compresión abdominal. A los 7 días se colocó drenaje *pigtail* el cual sufre dislocación a la semana.

Alrededor de 4 días después, la paciente comenzó con toma del estado general, fiebre y cambios de coloración en la herida quirúrgica. Se le realizaron complementarios hematológicos y presentó: leucocitos en $7,3 \times 10^9/L$, granulocitos en 56,9 %, linfocitos en 38 %, monocitos en 5,1 %, hemoglobina en 95 g/L, plaquetas en $588 \times 10^9/L$, eritrosedimentación en 110 mm/h y proteína C reactiva en 25 mg/mL. Por presentar una trombocitosis importante, la aceleración con valores en 3 cifras de la sedimentación globular y una proteína C reactiva elevada, se plantea la posibilidad de sobreinfección bacteriana, motivo por el cual se ingresó e indicó antibioticoterapia parenteral y a las 72 horas fue llevada a salón para reseca la lesión. En el acto quirúrgico se resecó una gran lesión tumoral (Fig. 2), de contenido líquido, fétido y purulento. Esta presentaba una gruesa cápsula y la pared posterior involucraba malla de reparación herniaria, la cual fue resecada. Se colocaron puntos de refuerzos en la aponeurosis de los rectos abdominales y se realizó cierre escalonado con colocación de 2 drenajes aspirativos.



Fig. 2 - Pieza quirúrgica.

El contenido fue cultivado y se identificaron *Escherichia coli* y *Enterococcus spp*, para lo cual la paciente recibió tratamiento antibiótico específico. Al terminar, fue egresada con un débito serohemático de 90 mL por los drenajes. Se le indicó faja abdominal, medidas térmicas y fisioterapia en 2 sesiones diarias con Hivamat.

El estudio anatomopatológico informó cavidad quística con una pared que llega a medir 4 cm y una pseudocápsula fibroelástica de 0,6 cm que no impresiona epitelizada. En la luz de esta cavidad existía material eosinófilo acelular. En consulta de seguimiento a los 2 meses, la herida se encontraba cerrada en su totalidad, sin recidiva herniaria ni colección.

COMENTARIOS

La etiología de los PS es poco clara,^(2,3) aunque, existe consenso en que está relacionada con los seromas postoperatorios y otras colecciones no supuradas.^(2,3) En la fisiopatología, juegan un papel fundamental, la disrupción del drenaje linfático y el tejido celular subcutáneo; debido a las amplias disecciones de este plano, típicas de las hernioplastias incisionales.^(1,3) Esta situación, añadida a la necrosis grasa y a los espacios muertos así creados, facilita la formación de colecciones líquidas,⁽⁶⁾ y la reacción inflamatoria



que genera el material protésico in situ, lo que favorece el encapsulamiento de estas colecciones, en un intento del organismo por aislarlas.^(1,3,6) Sin embargo, no hay pruebas que relacionen el tipo de malla o técnica empleada con el desarrollo del pseudoquiste.⁽³⁾

Su cuadro clínico se caracteriza por ser asintomático y con una evolución insidiosa.⁽³⁾ Es típica su presencia en pacientes obesos y con el antecedente de hernioplastia.⁽⁷⁾ En los que en un período de 1 a 24 meses después de la cirugía reparadora de la hernia, aparece una tumoración que se incrementa de forma gradual y de consistencia más o menos fluctuante sobre la cicatriz.^(3,5)

Para confirmar el diagnóstico la punción y el estudio microbiológico del líquido son imprescindibles.⁽⁶⁾ A través de la ultrasonografía se describen lesiones focales, anecoicas y que en profundidad llegan a la hipodermis.⁽⁶⁾ La TC muestra colección líquida con cápsula que la rodea.⁽⁶⁾ El hallazgo anatomopatológico típico es el que describe una formación de aspecto quístico con pared fibrosa sin revestimiento epitelial.⁽⁷⁾

Aún no existe consenso en cuanto a la mejor línea de tratamiento. Por una parte, algunos proponen el drenaje percutáneo como un tratamiento eficaz para los pacientes con retraso en el diagnóstico.⁽⁶⁾ Incluso sugieren el tratamiento conservador, cuando asiente en el abdomen inferior, con el empleo de la escleroterapia inducida por doxiciclina, seguido de vendaje compresivo elástico.⁽⁶⁾ A pesar de esto, la mayoría coincide en que la punción evacuadora es una solución transitoria con una alta probabilidad de recidiva o infección.^(2,3) Por ello, la resección quirúrgica completa se considera el tratamiento de elección.^(2,3,7)

El pseudoquiste subcutáneo constituye una entidad poco común debido a su muy baja incidencia y a las dificultades para su diagnóstico.

Ética y consentimiento

Se obtuvo el consentimiento informado del paciente, quien autorizó a publicar las imágenes que aparecen en el presente artículo. Se preservó en todo momento la integridad y confidencialidad de los datos.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rizzese ML, Sitta S, Gómez Echevarrieta A, López MA, Polo Rivera E, Tripoloni DE. ¿Supuración crónica o pseudoquiste infectado? Una complicación de la eventroplastia con malla [Internet]. Rev Argent Cir. 2022; 114(2):162-6. DOI: [10.25132/raac.v114.n2.1613](https://doi.org/10.25132/raac.v114.n2.1613)
2. Sánchez N, Roche S, Bertone S, Cetolini F, Brandi CD. Pseudoquiste de pared abdominal: tratamiento con presión negativa. A propósito de un caso [Internet]. Rev Hispanoam Hernia. 2018; 6(2):100-2. DOI: [10.20960/rhh.111](https://doi.org/10.20960/rhh.111)
3. Roche S, Bertone S, Brandi CD. Pseudoquiste gigante de pared abdominal: reporte de casos [Internet]. Rev Hispanoam Hernia. 2016; 4(3):127–31. DOI: [10.1016/j.rehah.2016.04.002](https://doi.org/10.1016/j.rehah.2016.04.002)
4. Waldrep DJ, Shabot MM, Hiatt JR. Mature fibrous cyst formation after Marlex mesh ventral herniorrhaphy: a newly described pathologic entity [Internet]. The American Surgeon. 1993 [acceso: 06/07/2024]; 59(11):716-8. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/8239192>
5. Jain A, Mahakalkar C, Jajoo S, Kumar CA. Mesh Antibioma: A New Entity in the Presentation of Late-Onset Mesh Infection [Internet]. Cureus. 2023; 15(3):e36144. DOI [10.7759/cureus.36144](https://doi.org/10.7759/cureus.36144)
6. Cano CA, Contreras M, Gutierrez N, Yarade ME, Roldán AG. Seudoquiste hemorrágico crónico (infrecuente en eventroplastia) [Internet]. Rev Hispanoam Hernia. 2016; 4(4):185-9. DOI: [10.1016/j.rehah.2016.05.004](https://doi.org/10.1016/j.rehah.2016.05.004)
7. Fernández García A, Fernández Pascual C, Santoyo Gil-López F, Alonso Rosa S. Pseudoquiste de Morel-Lavallée tras abdominoplastia sin lipoaspiración [Internet]. Cir plást iberolatinoam. 2009 [acceso: 06/07/2024]; 35(2):163-8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922009000200013

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Información financiera

Los autores declaran no recibir financiación para realizar este artículo.

<http://scielo.sld.cu>

<https://revmedmilitar.sld.cu>



Disponibilidad de datos

Los datos utilizados para la presentación de este caso corresponden al Centro de Investigaciones Clínicas.