


Pseudoquiste hemorrágico crónico posterior a hernioplastia crural

Chronic hemorrhagic pseudocyst following crural hernioplasty

Carlos A. Cano 

Servicio de Cirugía General. Unidad Paredes Abdominales. Hospital Pablo Soria. San Salvador de Jujuy. Argentina

El autor declara no tener conflictos de interés

Correspondencia:
Carlos A. Acano
Velardez
E-mail:
canojuj@gmail.com

RESUMEN

Entre las complicaciones alejadas de las hernioplastias inguino-crurales, el pseudoquiste hemorrágico crónico, no ha sido referido en nuestro país.

Se describen los métodos complementarios de imagenología para el diagnóstico y se destaca la resección quirúrgica como el tratamiento definitivo.

Se concluye que esta complicación al igual que la inguinodinia y la recidiva herniaria influyen en el grado de satisfacción posoperatoria.

■ **Palabras clave:** pseudoquiste crónico, hernioplastia.

ABSTRACT

Among the long term complications of hernioplasty, chronic hemorrhagic pseudocyst has not been reported so far in our country. Complementary imaging methods for diagnosis are described and surgical resection is highlighted as the definitive treatment. It is concluded that this complication as well as inguinodynia and hernia recurrence influence the degree of postoperative satisfaction.

■ **Keywords:** chronic pseudocyst, hernioplasty.

Recibido el
01 de junio de 2017
Aceptado el
08 de agosto de 2017

ID ORCID: Carlos A. Cano, 0000-0002-0817-1598.

La oclusión intestinal, como abdomen agudo quirúrgico, es motivo frecuente de consulta en los servicios de emergencias, sobre todo en el paciente añoso.

La hernia crural complicada representa una causa habitual de esta entidad y, aunque se recomienda la reparación electiva, se desconoce la posibilidad de estrangulación, situación que por otra parte es directamente proporcional al tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

Con el advenimiento de la cirugía de invasión mínima, las ventajas aportadas con este procedimiento se ven reflejadas en la rápida recuperación, incorporación al programa de cirugía ambulatoria en algunos grupos de trabajo, menos dolor y una inserción laboral abreviada.

Sin embargo, por cuestiones de costo y equipamiento, esta vía de abordaje no se halla disponible en la mayoría de las guardias quirúrgicas de urgencia, por lo que la vía anterior continúa utilizándose en la resolución de esta patología.

Las plásticas anatómicas al Cooper demuestran altos índices de recurrencia, por lo que el uso de prótesis, como el tapón de Gilbert se ha utilizado como plástica del defecto.

Algunas complicaciones, como seromas, hematomas, infección de sitio quirúrgico, rechazo protésico e inguinodinia, han sido descritas como complicaciones posoperatorias. Pero el pseudoquiste hemorrágico crónico posterior a hernioplastia crural no se describió en nuestro medio, por lo que el haber tratado a una paciente con esta infrecuente complicación nos motiva a presentar el caso.

Dos meses antes de la consulta actual, la paciente fue intervenida quirúrgicamente por un cuadro de oclusión intestinal, con diagnóstico de hernia crural derecha atascada.

Se abordó en esa oportunidad, por laparotomía mediana, se comprobó asa de colon sigmoideo parcialmente contenido en anillo crural y se procedió a su reducción.

Por vía preperitoneal, según la descripción de Henry, se colocó tapón de polipropileno sobre orificio y conducto crural mediante técnica de Gilbert, fijándose al Cooper con punto de poliglactina 2-0.

Diez años antes, la paciente había sido sometida a una hernioplastia inguinal bilateral, según técnica de Lichtenstein, en forma simultánea.

Es de destacar que, como antecedente perso-

nal, la paciente presenta una enfermedad de Parkinson en tratamiento.

Se trata de una paciente de 65 años que presenta una tumoración localizada en la región inguinolabial derecha de 2 meses de evolución. De crecimiento lento al principio, aumentó de tamaño en las últimas semanas en forma más rápida, lo que motivó la consulta a la Unidad.

Al examen físico se palpa una tumoración móvil, renitente, escasamente dolorosa a la maniobra manual (Fig. 1).

La ultrasonografía informa formación de contenido líquido, con tabiques intracavitarios y sin vascularización al eco-Doppler, compatible con blastoma y un elemento a nivel del anillo crural, descrito como cono prótesis (Fig. 2a y 2b).

Se realiza tomografía computarizada (TC) de pelvis que informa tumoración de contenido líquido, rodeada de pared formada y sin contenido intestinal compatible con pseudoquiste crónico (Fig. 3).

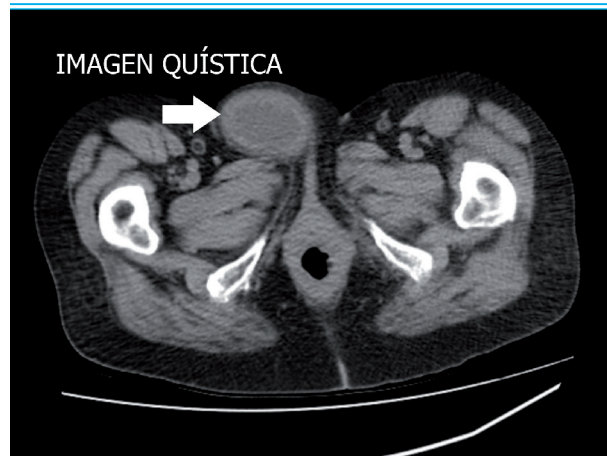
Catalogada como paciente ASA II y con un análisis de sangre normal al igual que el coagulograma, se decide la intervención quirúrgica. Con anestesia regional peridural, cefalotina 2 g en el preoperatorio y vendas elásticas en ambos miembros inferiores se procede a la extirpación quirúrgica.

Con una incisión sobre la formación tumoral se abre el tejido celular subcutáneo y se constata debajo de la fascia de Scarpa la formación pseudoquística,

con pared fácilmente disecable hasta el plano inferior. Su punción permite extraer líquido hemorrágico que se envía a cultivo (Fig. 4).

La disección a nivel de la base se presenta con más dificultad, pues se palpa, a través del interior del quiste, un tapón de polipropileno en anillo crural, por lo que se reseca a ese nivel sobre la pared del quiste dejando un casquete pequeño de pared para no comprometer la integridad de la plástica herniaria. Se envía a anatomía patológica, cuyo informe final es pseudoquiste hemorrágico crónico, sin atipias (Fig. 5a y 5 b).

FIGURA 3



Tomografía computarizada del paciente con antecedente de hernioplastia inguinal y diagnóstico de pseudoquiste hemorrágico crónico

FIGURA 1



Formación tumoral al examen clínico

FIGURA 4

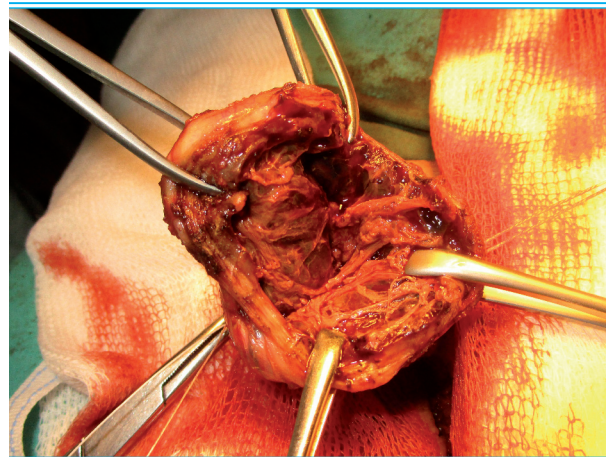
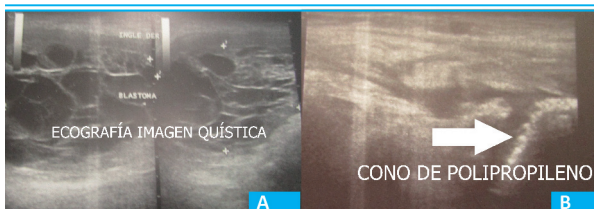


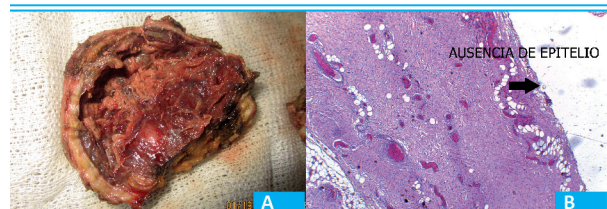
Imagen intraoperatoria luego de la apertura del quiste

FIGURA 2



A: imagen ecográfica de aspecto quístico con tabiques. B: imagen de cono de polipropileno en el orificio crural (flecha)

FIGURA 5



A: pieza operatoria. B: diagnóstico histológico, ausencia de epitelio. Hematoxilina-eosina

El pseudoquiste hemorrágico crónico posterior a hernioplastia incisional fue descrito por nosotros, en la *Revista Hispanoamericana de Hernia*, como una complicación infrecuente de las eventroplastias. En esa oportunidad manifestábamos que la disección de grandes sacos eventrotrógenos producía el desgarro tangencial de pequeños vasos perforantes y pequeños linfáticos, que en definitiva representaban la fisiopatología de su aparición¹.

Similares apreciaciones sostuvieron varios autores de otras publicaciones, quienes además sugieren que el empleo de prótesis de polipropileno podría generar mayor cantidad de seromas y, por ende, ser un factor predisponente al pseudoquiste crónico².

Es importante recalcar que formaciones análogas fueron descritas como pseudoquiste de Morel-Lavallé, quien describió en el año 1853 pseudoquistes secundarios a traumatismo, cerrados tangenciales, con separación de los planos subcutáneos y fascial en miembros inferiores³.

Es habitual encontrar en artículos sobre dermolipectomías, o en pacientes a quienes se les realizó liposucción, formaciones quísticas crónicas interpretadas como de Morel-Lavallé⁴.

Creemos que, si bien es cierto que la fisiopatología es similar, la patogenia es distinta, ya que el pseudoquiste crónico se origina a partir de una solución de continuidad, quirúrgica o por punción, mientras que la formación de Morel-Lavallé tiene su origen en un traumatismo cerrado, como bien lo describió su autor⁵.

Pero, en las hernioplastias crurales, los sacos herniarios en las pacientes rara vez adquieren grandes dimensiones, más allá de que ocupen el labio mayor correspondiente, por lo que la disección realizada desde

la vía intraperitoneal es una maniobra a ciegas, en donde las alteraciones vasculares y linfáticas por tracción también están presentes, constituyendo el mecanismo principal de colecciones crónicas que, con el tiempo se organizan rodeándose de pared y simulando una recidiva herniaria.

Las primeras descripciones de un pseudoquiste posterior a hernioplastia inguinal fueron publicadas por Ielpo y col⁶. Pero no encontramos en la literatura esta complicación luego de una hernioplastia crural, por lo que presumimos que nuestro caso constituye la primera referencia nacional.

Es importante apoyarse en el interrogatorio para orientar el diagnóstico, pero en definitiva la ultrasonografía con eco-Doppler pondrá en evidencia las características quísticas y la TC demostrará la ausencia de asas intestinales, cuando se sospeche la recidiva herniaria.

El tratamiento definitivo debe estar destinado a la resección total del pseudoquiste para lograr la curación completa. Las punciones evacuadoras son contemporizadoras. Asimismo debe realizarse el análisis bacteriológico del líquido extraído, para descartar contaminación.

En definitiva, esta rara complicación alejada de la cirugía herniaria incide en la calidad de vida de los pacientes, y debe sumarse al dolor crónico y la recidiva para evaluar el grado de satisfacción de los enfermos sometidos a una hernioplastia⁷.

Se describió una complicación no referida en nuestro medio: un pseudoquiste hemorrágico crónico posterior a hernioplastia crural. Se analizaron fisiopatología, diagnóstico y tratamiento y la repercusión en la calidad de vida de los pacientes sometidos a esta cirugía.

Referencias bibliográficas

1. Cano C, Contreras M, Gutierrez N, Yarade M, Roldán A. Pseudoquiste Hemorrágico Crónico (infrecuente en eventroplastias). *Rev Hispanoam Hernia*. 2016; 4(4):185-9.
2. Roche S, Bertoni S, Brandi C. Pseudoquiste gigante de pared abdominal: reporte de Casos. *Rev Hispanoam Hernia*. 2014(4)3:127-31.
3. Fernández García A, Fernández Pascual C, Santoyo Gil-López, F, Alonso Rosa S. Pseudoquiste de Morel-Lavallé, tras abdominoplastia sin lipoaspiración. *Cir Plast Ibero Latinoam*. 2009; 35(2):163-8.
4. Van Thiennen CE, Zaninovich CD, Rodríguez CL, Suárez S, Strobino I, Goyenechea I, et al. Pseudoquiste de Morel-Lavallé posdermolipectomía abdominal. *Rev Argent Cirug*. 2016; 108(1):26-8.
5. Cano C. Pseudoquiste de Morel-Lavallé. *Carta de Lectores*. *Rev Argent Cirug*. 2016; 108:104.
6. 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.
7. Chaveli C, Blázquez L, Marzo P, González G, De Miguel M, Abadía T, et al. Dolor crónico inguinal tras reparación herniaria. Análisis de nuestra serie a través de un Cuestionario postal. *Rev Hispanoam Hernia*. 2013; 1(1):5-11.