

Pseudoquiste gigante de pared abdominal; complicación tardía de abdominoplastia. Reporte de un caso

Dr. José Jorge Celio Mancera,* Dr. Jorge Alfredo Zanatta Monroy,** Dr. José Eduardo Rovelo Lima,**
Dr. Luis Edgardo Palacios López***

RESUMEN

Las complicaciones más comunes debidas a abdominoplastia son: el seroma, la infección del sitio quirúrgico, la eventración, la necrosis de la piel, la dehiscencia de la herida y el hematoma. Algunos factores como el tabaquismo producen en pacientes con abdominoplastia alteraciones en la cicatrización de la herida como necrosis grasa, infección del sitio quirúrgico y dehiscencia de la herida. Se presenta el caso de una paciente portadora de enfermedad de Caroli, sometida a abdominoplastia estética que cuatro años después del procedimiento desarrolló aumento progresivo de volumen en el sitio quirúrgico sin síntomas. Se realizó TC abdominal en la que se encontró una tumoración de pared abdominal dependiente del músculo rectoabdominal. Se llevó a cabo una resección de la tumoración y nueva abdominoplastia. Durante el procedimiento se encontró un pseudoquiste gigante de pared abdominal sobre la aponeurosis del músculo rectoabdominal. Esta complicación tardía de la abdominoplastia debe ser considerada como posibilidad diagnóstica. No existe relación entre la enfermedad de Caroli y esta complicación de la abdominoplastia.

Palabras clave: Hematoma, abdominoplastia.

SUMMARY

The most common complications due to abdominoplasty are seroma, surgical site infection, eventration, skin necrosis, wound dehiscence and haematoma. Some factors, like smoking, produce wound healing problems like fatty necrosis, wound infection and wound dehiscence in patients with abdominoplasty. The case of an aesthetic abdominoplasty performed on a female patient with Caroli's disease, whom later (four years) developed increased progressive size on surgical site and no symptoms. An abdominal CT scan was carried out in which an abdominal tumor depending of the abdominal rectum muscle was found. A tumor resection and new abdominoplasty were done. During the procedure an abdominal giant pseudocyst was found. This late complication must be considered as a diagnostic possibility. There is no relationship between Caroli's disease and this complication of abdominoplasty.

Key words: Pseudocyst, abdominoplasty.

INTRODUCCIÓN

Las complicaciones de la abdominoplastia son en orden de frecuencia el seroma, hematoma, eventración,

dehiscencia de la herida, infección del sitio quirúrgico, reacción a la sutura, cicatriz hipertrófica, necrosis de la piel y trombosis venosa profunda.¹

Se ha reportado el papel que juega el tabaquismo en pacientes a los que se les realizó abdominoplastia, encontrando que el rango de problemas en la herida quirúrgica como infección, necrosis grasa y dehiscencia de la herida quirúrgica se presentaba en 47.9% de los pacientes fumadores, contra 14.8% de los no fumadores.² También se han reportado lesiones térmicas debido a la pérdida de sensibilidad en la piel de la pared abdominal secundaria a abdominoplastia.³

* Cirujano Plástico, Jefe del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

** Residente de Tercer Año, Curso Universitario de Cirugía General.

*** Médico adscrito al Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

En otro sentido no se ha esclarecido el papel favorable que desempeña la abdominoplastia en pacientes que padecían síntomas de colon irritable preoperatoriamente, mejorando o aliviando los síntomas de dicho padecimiento en la mayoría de los pacientes.⁴

El objetivo de este trabajo es presentar el caso de una paciente con un hematoma encapsulado de pared abdominal cuatro años después de abdominoplastia estética, habiendo pensado inicialmente en una eventración posquirúrgica por el aumento de volumen en el sitio quirúrgico.

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo femenino de 44 años de edad con antecedente de tabaquismo de cinco años de evolución a expensas de 10 cigarrillos al día, con enfermedad de Caroli, diagnosticada durante el examen físico y radiológico de la tumoración abdominal, a quien se le realizó abdominoplastia estética cuatro años antes. Inició su padecimiento después de la abdominoplastia con aumento progresivo de volumen e induración en el sitio quirúrgico. La paciente permaneció asintomática durante este tiempo. Cuatro meses antes de su ingreso se sometió a estudios de radiodiagnóstico por indicación médica, para valorar la glándula hepática, por tener carga genética para hepatocarcinoma por rama materna. En la tomografía abdominal se encontró poliquistosis de la vía biliar intrahepática, así como una tumoración en la línea media, independiente, tabicada, que reforzaba con el medio de contraste, ubicada en la pared abdominal anterior, sobre la aponeurosis anterior del músculo rectoabdominal (*Figuras 1 y 2*). A la exploración física se encontraba con abdomen globoso a nivel de hipogastrio, con presencia de cicatriz quirúrgica suprapúbica transversa, con el abdomen blando, depresible; hepatomegalia no dolorosa. A nivel del sitio quirúrgico (hipogastrio) se palpaba una tumoración de consistencia firme, de superficie lisa y fija a la pared abdominal. Basados en el antecedente quirúrgico, la paciente fue programada para realizar resección de la tumoración y una nueva abdominoplastia.

Al efectuar la cirugía se descubrió una gran tumoración de contenido líquido y recubrimiento fibroso fija a la aponeurosis anterior del recto anterior del abdomen; se resecó la tumoración, misma que se envió a patología del hospital para estudio anatomopatológico transoperatorio (*Figuras 3 A y 3 B*).

La pieza quirúrgica tenía dimensiones de 22 x 11 x 6 cm, ovoide, café oscuro, con grosor de la pared de 5 mm al corte, con un volumen de 600 mL de material



Figura 1. Tomografía computada que muestra la glándula hepática y la dilatación de la vía biliar intrahepática.

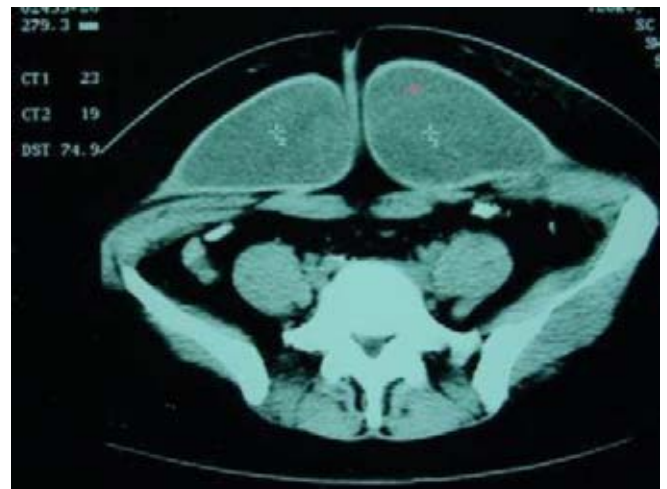


Figura 2. TC abdominal que muestra la tumoración en la línea media, a nivel del recto anterior del abdomen.

serosanguinolento, con áreas lisas alternadas con material fibrilar café oscuro (*Figura 4*).

El informe descriptivo microscópico reportó: la cápsula del hematoma con asas densas de colágena, áreas de hemorragia reciente y antigua con interposición de eritrocitos envejecidos y hemosiderófagos (*Figuras 5A y 5B*).

El diagnóstico histológico fue hematoma encapsulado de pared, por lo que habiendo resecado completamente la tumoración, se suturó el tejido celular subcutáneo a la aponeurosis del recto anterior y se realizó cierre de la piel.

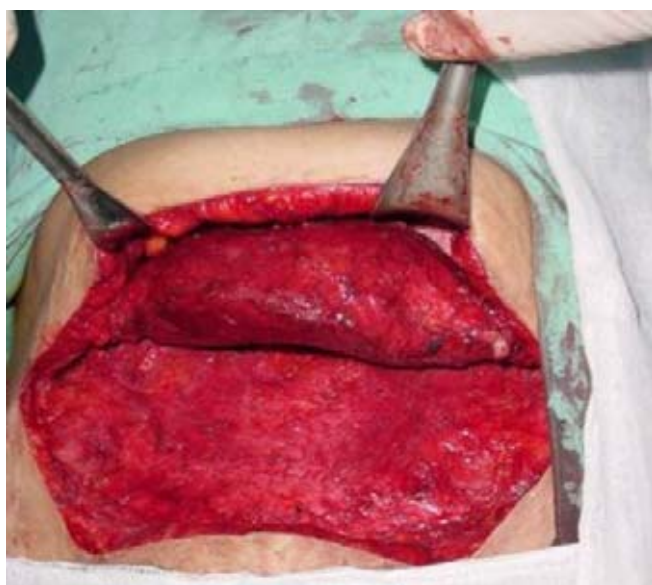


Figura 3A. Hematoma encapsulado fijo a la aponeurosis anterior del músculo recto abdominal.

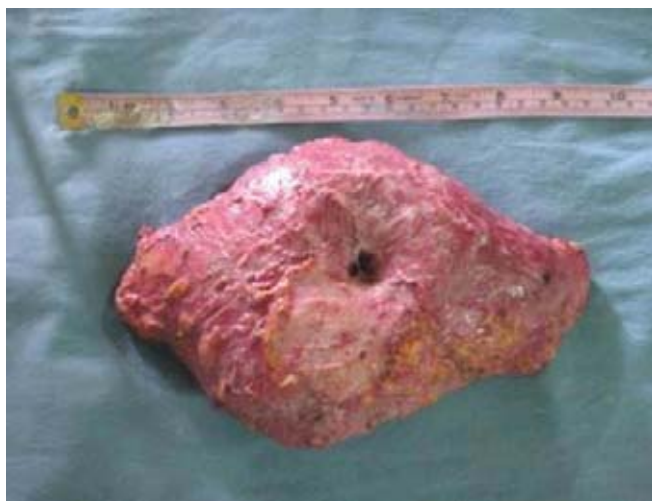


Figura 3B. Hematoma extirpado.

DISCUSIÓN

En una serie de 199 pacientes realizada por Hensel, se encontró que la incidencia de complicaciones en pacientes operados de abdominoplastia fue del 32%, con sólo 1.4% de complicaciones mayores. Dicha incidencia fue significativamente más alta en fumadores, diabéticos e hipertensos.⁵

No se han realizado grandes series reportando la incidencia del hematoma de pared abdominal, posterior a abdominoplastia. En una serie de 86 pacientes



Figura 4. Pieza quirúrgica al corte: Se observa contenido serosanguinolento y recubrimiento de material fibrilar.

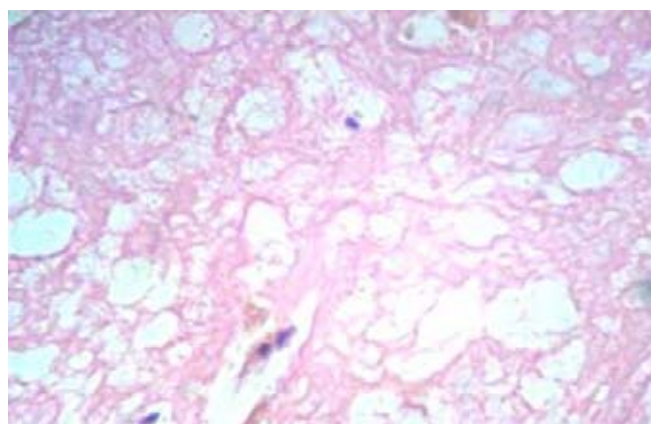


Figura 5A. Micrografía a 10x, en la que se observan áreas de hemorragia con presencia de hemosiderófagos.

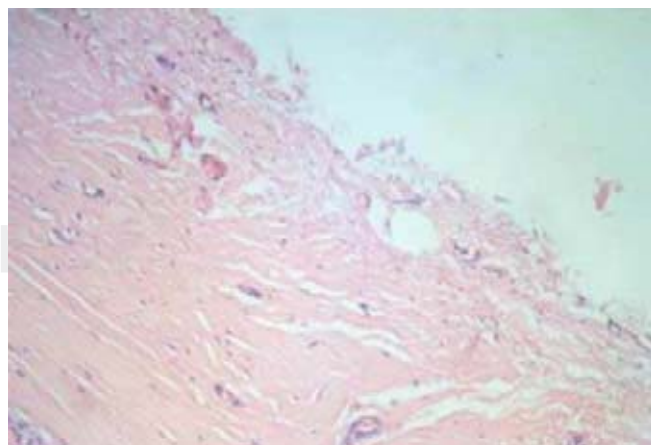


Figura 5B. Macrofotografía a 40x, se observa la cápsula del hematoma, constituida de asas densas de colágena.

operados de abdominoplastia reportados por Van Uchelen y cols. en 2001, se refiere que una de las complicaciones más frecuentes es el seroma, presente en 38% de los pacientes. Las complicaciones en la herida quirúrgica se observaron en el 64% de hombres y en el 15.3% de las mujeres.⁶

Los seromas son acumulaciones de suero y linfa que se vuelven sintomáticos o clínicamente evidentes después de operaciones en las que se destruyen los conductos linfáticos subcutáneos, y se pueden infectar al tratar de evacuarlos mediante aspiración o drenaje pasivo.⁷

Las colecciones serosas (seromas) por debajo de un colgajo o alguna otra porción de piel "debilitada", son eventos fisiológicos reaccionales y por lo regular son procesos autocontrolados por el balance entre la secreción y la absorción de líquido, que rara vez requieren aspirados a intervalos frecuentes.⁸

Algunos autores refieren la preservación de la fascia innominada al momento de realizar la abdominoplastia para disminuir la incidencia de seromas hasta en un 4%.⁹

El hematoma se produce por la invasión a los tejidos de sangre localizada normalmente dentro de los vasos sanguíneos. Los hematomas de la herida se deben a hemostasia inadecuada por falla en la técnica quirúrgica o coagulopatía subyacente. Este exceso de líquido se coagula, se endurece y altera la función de los eritrocitos para transportar el oxígeno a los lugares donde se necesita; también altera la función de los leucocitos para remover las células destruidas.

Los hematomas de la herida contribuyen a la falta de unión de la aponeurosis (eventración posquirúrgica), o la infección de la herida.

Hay disminución de la circulación en el tejido dañado y de la función de los fibroblastos para producir colágena. Todos estos factores retrasan la cicatrización, llevando a periodos largos de recuperación e incrementando la fibrosis.

Cuando aumenta el volumen del sitio quirúrgico tiempo después de la abdominoplastia, no hay que pensar sólo en la eventración posquirúrgica, también un pseudoquiste de pared abdominal se debe considerar como una posibilidad diagnóstica.

A pesar de que la complicación de la herida quirúrgica más frecuente en la abdominoplastia es el seroma, del que se reporta hasta en 38% de los pacientes en series europeas y 4% en series mexicanas,⁹ no hay que perder de vista otras posibilidades diagnósticas, como el hematoma.

La eventración posquirúrgica sería factible sólo en el caso de haber incidido la aponeurosis durante la primera intervención (abdominoplastia); sin embar-

go, la consistencia de la tumoración debe orientar hacia la causa del padecimiento.

La enfermedad de Caroli, enfermedad autosómica recesiva que corresponde al tipo V de la clasificación de Todani modificada por Alonso, se caracteriza por múltiples dilataciones de los conductos más grandes de la vía biliar intrahepática, que pueden presentar bilis espesa en su interior. Esta enfermedad presenta un aumento en la incidencia de poliquistosis renal y suele estar asociada con fibrosis portal.⁸

Diversos trabajos en la literatura británica han discutido las complicaciones de la abdominoplastia, reportan del 15 al 64% de complicaciones en la herida quirúrgica. Este tipo de complicaciones son más frecuentes en los hombres. Los posibles factores de riesgo son el tabaquismo, diabetes, e índice de masa corporal elevado.

La obesidad en el momento de la abdominoplastia tiene una profunda influencia en las complicaciones de la herida quirúrgica. A pesar de que el índice de masa corporal tiene asociación en el hombre, no se ha encontrado la misma asociación en la mujer. La antibioticoterapia profiláctica está indicada en pacientes con un elevado índice de masa corporal.

La incidencia de seromas posoperatorios disminuye del 33 al 6% con el uso de sutura anclada desde el colgajo hacia la fascia profunda.¹⁰

Patología reportó hematoma encapsulado de pared abdominal; sin embargo, se sabe que ante cierto tipo de material protésico o suturas a nivel del tejido subcutáneo, se produce una reacción desmoplásica intensa que lleva a la formación de una cápsula de tejido conectivo, la cual genera una cavidad llena de líquido, denominada pseudoquiste.¹¹ Al revisar la literatura mundial, se encontró un reporte inglés por parte de Zecha y Missotten,¹² en el que describen dos casos de pacientes con grandes pseudoquistes en la pared abdominal que se presentaron en el seguimiento a largo plazo después de abdominoplastia. En dicho informe se refiere que una lesión en el tejido subcutáneo puede llevar a la formación de un pseudoquiste debido a seroma, hematoma o necrosis grasa. El término pseudoquiste indica que la cápsula adolece de epitelio. Estas lesiones se describieron por primera vez en 1853, por el médico francés Morel-Lavalle.

No existe ninguna relación entre esta complicación y la dilatación de la vía biliar intrahepática (enfermedad de Caroli).

BIBLIOGRAFÍA

1. Kargi E, Akduman D et al. Late complication of abdominoplasty in an obese patient: systemic inflammatory response syndrome and seroma. *Am Soc Plast Surg* 2003; 114(4): 1568-1571.

2. Manassa EH. Wound healing problems in smokers and nonsmokers after 132 abdominoplasties. *Plast Reconstr Surg* 2003; 111(6): 2082-2087.
3. Ozgenel EGY. Heating-pad burn as a complication of abdominoplasty. *Br J Plast Surg* 2003; 56(1): 52-53.
4. Widegrow AD. Irritable bowel syndrome and abdominoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2004; 113(3): 1050-1054.
5. Hensel JM. An outcomes analysis and satisfaction survey of 199 consecutive abdominoplasties. *Ann Plast Surg* 2001; 46(4): 357-363.
6. Van Uchelen J, Werker P et al. Complications of abdominoplasty in 86 patients. *Plast Reconstr Surg* 2001; 107: 1869-1873.
7. Mulvihill SJ, Pellegrini CA. Cuidados posoperatorios. En: Way LW y cols. *Diagnóstico y tratamiento quirúrgicos*. México D.F.: Ed Manual Moderno 1995: 32-33.
8. Hafezi F, Nouhi AH. Abdominoplasty and seroma. *Ann Plast Surg* 2002; 48(1): 109-110.
9. Pérez-Ávalos JL, González ZG. Experiencia clínica en abdominoplastia. *Cir Plast* 1999; 9(3): 112-119.
10. Baxter RA. Controlled results with abdominoplasty. *Aesth Plast Surg* 2001; 25(5): 357-364.
11. Medina RO, Martínez MA. Hernias recurrentes y eventración posoperatoria. *Tratado de Cirugía General*. México: Ed. Manual Moderno 2003: 270.
12. Zecha P, Missotten FE. Pseudocyst formation after abdominoplasty - extravasations of Morel-Lavalle. *Br Plast Surg* 1999; 52(6): 500-502.

Dirección para correspondencia:
 Dr. José Jorge Celio Mancera
 Durango Núm. 33-34 Col. Roma
 06700 México D.F.
 Tel. 53 33 25 39 52 07 45 13

FE DE ERRATAS

En el trabajo del doctor Ricardo Cienfuegos Monroy y cols. *Fracturas del paladar. Frecuencia en el Hospital de Traumatología y Ortopedia "Lomas Verdes" del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Vol. 15, núm. 3, 2005, en la página 136, las figuras 3a y 3b, por error se repitieron de las figuras 2a y 2b, las correctas aparecen a continuación.

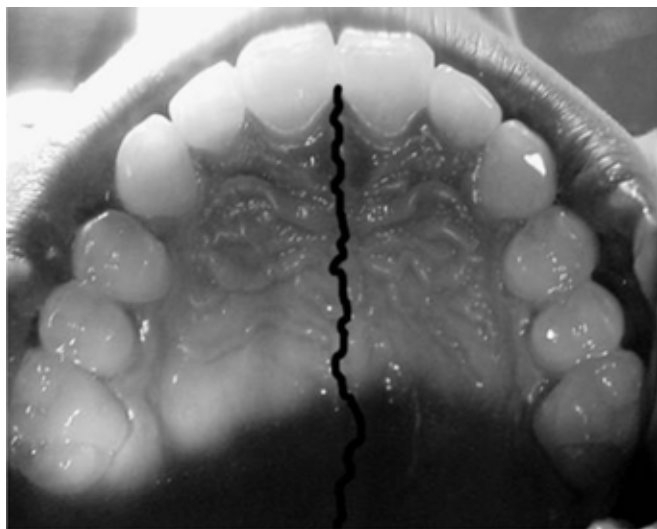


Figura 3a.

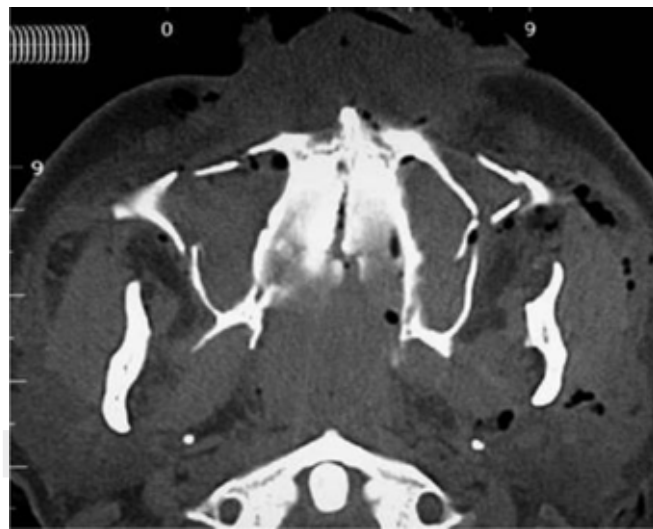


Figura 3b.