



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-488 - SEROMA ENCAPSULADO RECIDIVANTE MANEJADO CON SELLANTE DE FIBRINA

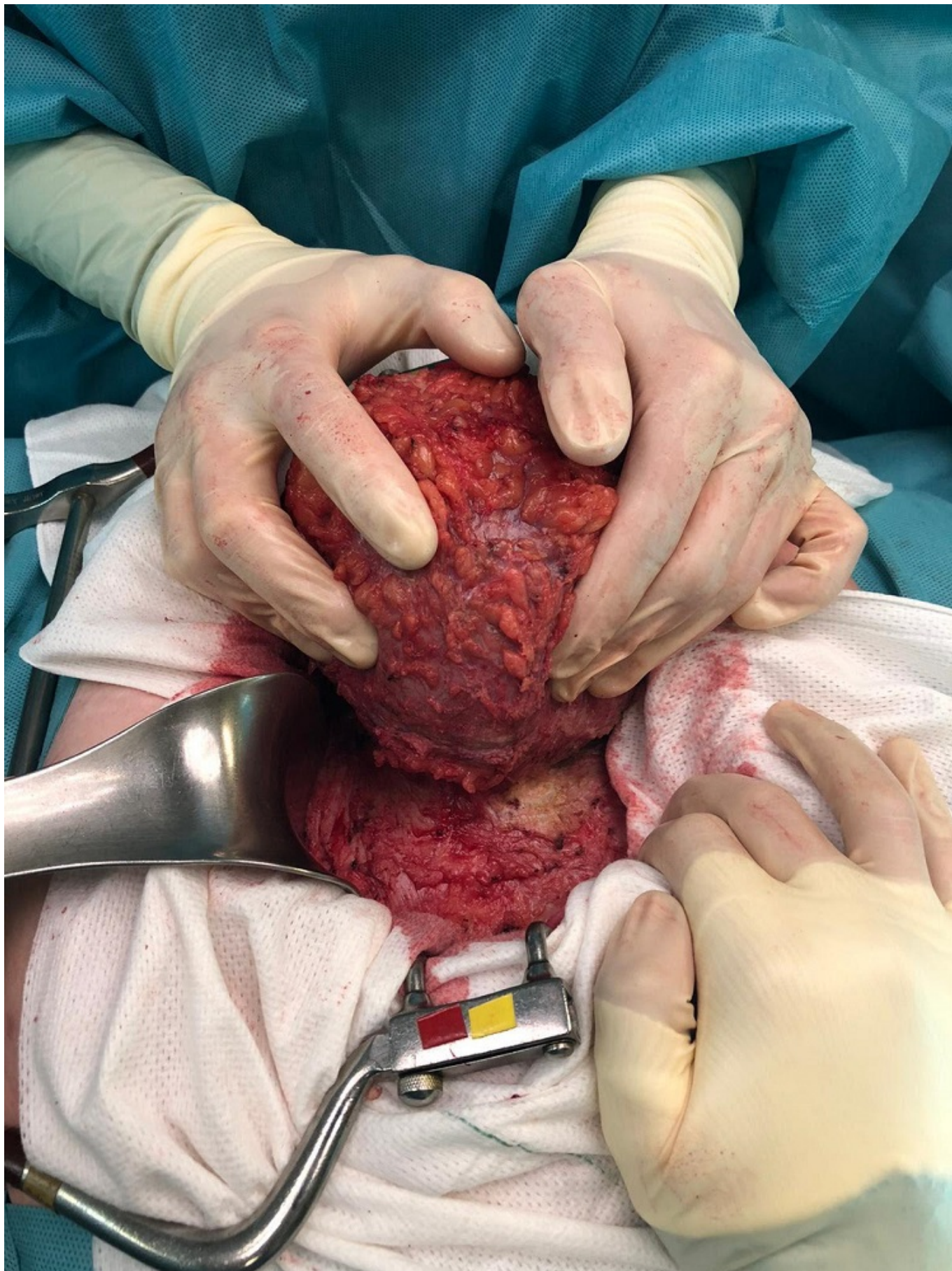
Bernal Tirapo, Julia; Gutiérrez Andreu, Marta; Moreno Bargeiras, Alejandro; Pastor Altaba, Daniel; Pareja Arico, Nicolas; Fernández Fernández, Clara; Yuste García, Pedro; Ferrero Herrero, Eduardo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** El uso de mallas protésicas en el tratamiento de las hernias incisionales se asocia con aparición en el postoperatorio de seroma, hematomas, inflamación crónica, infección, dolor crónico y migración de la malla. La etiología del seroma permanece desconocida, pero parece deberse a una respuesta inflamatoria local por la agresión del tejido durante la cirugía y la presencia de cuerpos extraños. Suele resolverse de manera espontánea, pero en un pequeño porcentaje se encapsula y se convierte en un problema difícil de resolver y un impedimento para la calidad de vida del paciente.

**Caso clínico:** Mujer de 60 años, sometida a eventroplastia de Rives-Stoppa por eventración de trocar subxifoideo (M1W1) y de laparotomía infraumbilical (M3M4W3) colocándose malla de polipropileno de baja densidad y 2 drenajes aspirativos a nivel de tejido celular subcutáneo (tcs). Postoperatorio sin complicaciones. Al tercer mes refiere tumoración abdominal a nivel de cicatriz. Exploración física (EF): masa a nivel de cicatriz de 15 × 10 cm no reductible, se solicita ecografía: colección ovalada de 6,7 × 10,3 × 12,4 cm con múltiples septos compatible con seroma. Es difícil valorar la existencia de recidiva de eventración por lo que se solicita TC: colección postquirúrgica en el tcs de 7,4 × 10,7 × 12,5 cm. No se identifica eventración subyacente. Se procede a punción-evacuación de la colección, con reaparición de la misma al mes decidiéndose intervención quirúrgica. Laparotomía media sobre previa. Exéresis de gran seroma encapsulado que se abre incidentalmente saliendo material seroso claro. Integridad de aponeurosis. Se colocan 2 drenajes aspirativos. Hallazgos histológicos compatibles con seroma. Buena evolución postoperatoria. A los 3 meses refiere nuevamente molestias, importante incapacidad para realizar esfuerzos y sensación de tumoración. EF: laparotomía bien consolidada, tumoración en mesogastrio de 8 cm, dura, no móvil. TC: colección líquida en el tcs en contacto con eventroplastia de 12,2 × 12,4 × 8,4 cm. No se identifica eventración subyacente. Se decide nueva intervención: exéresis de tumoración subcutánea con cápsula fibrosa adherida íntimamente a la aponeurosis que presenta únicamente pequeño defecto en línea media de 1,5 cm que se sutura con monofilamento de absorción lenta 2/0. Resto de aponeurosis íntegra. Difusión de sellante de fibrina en todo el espacio subcutáneo. Imagen histológica compatible con pared de seroma. Tejido fibroconectivo sin evidencia de infiltración neoplásica. No se reconocen microorganismos. Buena evolución postoperatoria sin recidivas a los 6 meses.



**Discusión:** El uso de drenajes no disminuye la aparición de seromas. Existe una relación directa entre la cantidad de malla en contacto con el tcs y la incidencia de seroma. Se requiere drenaje percutáneo o quirúrgico cuando se vuelve sintomático, procedimiento asociado con riesgo de infección. El sellante de fibrina es un adhesivo quirúrgico compuesto por fibrinógeno concentrado y

factor XIII junto con trombina y calcio. Ha sido utilizado por cirujanos plásticos en el manejo de seromas postquirúrgicos en la mama y en cirugías ortopédicas. No siempre previene la formación de seroma, pero reduce su magnitud y la necesidad de nuevos drenajes.