



P-429 - CONTROVERSIAS EN EL EMPLEO DE TAPÓN Y MALLA PLANA VERSUS MALLA PLANA EN LA REPARACIÓN DE LAS HERNIAS INGUINALES

Martín Domínguez, Susana María; Borrego Galán, Milagros; Vargas Parra, Juan Sebastián; Sánchez Lobo, Antón; Vázquez Perfecto, Ricardo; González Sánchez, Carmen; Franch Arcas, Guzmán; Muñoz Bellvis, Luis

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Resumen

Introducción: Actualmente el tratamiento de reparación de la hernia inguinal es la implantación de materiales protésicos, con frecuencia colocando un tapón de polipropileno más una malla plana. Estudios han demostrado que los tapones aumentan el riesgo de infección, dolor crónico, migración y erosión de la prótesis en comparación con las mallas solas.

Casos clínicos: Se presentan dos casos con complicaciones de infección intraabdominal tardía tras la colocación de material protésico combinado de tapón y malla como método de reparación de una hernia inguinal. Caso 1: paciente de 59 años intervenido de hernia inguinal derecha con colocación de tapón y malla de polipropileno. Presentó infección posoperatoria de la herida quirúrgica, que obligó a la retirada de la malla. Diez años después, aparece una tumoración lumbar, dolor abdominal en fosa iliaca derecha y signos de irritación peritoneal. En TC se evidencia absceso extraperitoneal en fosa renal derecha que fistuliza a tejido celular subcutáneo y signos inflamatorios en fosa ilíaca derecha. Se realiza desbridamiento a nivel de fosa lumbar derecha y del absceso de fosa iliaca ipsilateral a través de incisión de McBurney. Se objetiva la presencia del tapón de polipropileno, por lo que se presupone este como origen del absceso y se procede a la retirada del mismo. Caso 2: paciente de 90 años intervenido de hernia inguinal, reparada mediante malla y tapón de polipropileno. Doce años después presenta una tumoración en zona inguinal, en la parte medial de la cicatriz de McBurney, con signos locales de inflamación e infección. se realiza drenaje y desbridamiento del absceso. El paciente evoluciona con fiebre persistente y continuo drenaje purulento por fístula entero-cutánea. Mediante abordaje laparotómico se evidencia un asa de íleon fistulizada hacia el orificio inguinal profundo y adherida a una zona de fibrosis, identificándose en ella la presencia de la malla y el tapón de polipropileno. Se procedió a reseca el segmento intestinal afecto, así como a la retirada del material protésico.

Discusión: La infección tardía de los materiales protésicos utilizados en la reparación de la hernia es infrecuente y obliga en muchos casos a la retirada de la malla. El uso de tapones de PLP está en descenso ya que la colocación de estos en espacios anatómicos profundos incrementa el riesgo de migración e infección, y la complejidad en cuanto al diagnóstico y evolución de la misma, con respecto al empleo de mallas planas solas