



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-482 - EL AZUL DE METILENO COMO SOLUCIÓN A LAS TEMIDAS INFECCIONES DE MALLA

Martínez Guerrero, Elena¹; Vaqué Alcázar, Carlos¹; Parra Eslava, Génesis Daniela¹; Soria Estrems, Jetzabel¹; Negre Parra, David¹; Carvajal López, Fernando¹; Uribe Quintana, Natalia²

¹Hospital de Llíria, Llíria; ²Hospital Arnau de Vilanova, Valencia.

Resumen

Introducción: La infección de la malla supone una pesadilla para el cirujano y se trata de una situación devastadora para el paciente. La infección protésica conlleva un grave problema para el sistema sanitario, prolongando la estancia hospitalaria y aumentando por tanto el gasto sanitario. La infección del sitio quirúrgico puede ocurrir hasta 1 año después del implante, presentando incidencias entre el 6% y el 10% en cirugía abierta y del 0% al 3,6% en el abordaje laparoscópico. La infección de malla se produce tras la adhesión de la bacteria a ella, mediante la creación de un biofilm. En primer lugar se iniciará tratamiento antibiótico de forma empírica. También puede ser necesario el lavado, terapias de presión negativa e incluso el explante de la prótesis. En resumen, el tratamiento de infección de malla debe ser individualizado según el paciente, el tipo de malla y la técnica quirúrgica realizada.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 56 años intervenido en 2019 en otro centro de sigmoidectomía por diverticulitis, en el posoperatorio presenta dehiscencia puntiforme que se sutura, con estenosis posterior de la anastomosis que no se resuelve con dilataciones, por lo que se reinterviene realizándose nueva resección con anastomosis. Presenta una dehiscencia en el posoperatorio que precisa intervención de Hartmann. Ese mismo año se reconstruye el tránsito y se hace un eventroplastia de línea media con una nueva dehiscencia, interviniéndose de nuevo y realizándose una colostomía terminal. En 2023 el paciente consulta en nuestro servicio por orificio fistuloso paraestomal que drena continuamente, precisa tratamiento antibiótico intermitente desde la última cirugía y parece tener continuidad con la malla. El cultivo fue positivo para *S. aureus* y el TAC de pared previa administración de contraste por orificio, informa de eventración paraestomal y de trayecto fistuloso desde el orificio en la piel hasta la malla sin pasar a cavidad intraabdominal. Tras la evolución tórpida de los posoperatorios previos el paciente no quiere que se le repare la eventración, solo que se solucione la infección de malla, por lo que se decide administrar en quirófano azul de metileno a través del orificio fistuloso para reseca solo la malla afectada. Se exploró el trayecto y se inyectó azul de metileno en el mismo, se realizó una incisión cutánea sobre el trayecto fistuloso y se extirpó en bloque la malla afectada junto con la aponeurosis a la que estaba adherida. Se implantó una malla de polipropileno de baja densidad impregnada con pegamento biológico en espacio preperitoneal y se cerró el defecto aponeurótico con monofilamento absorbible de larga duración. El paciente fue de dado de alta el mismo día con tratamiento antibiótico empírico. El análisis microbiológico confirmó la infección por *S. aureus*. Al mes de la cirugía la herida está

completamente cicatrizada sin signos de infección o recidiva a dicho nivel.



Discusión: La infección de malla supone un reto para el cirujano y el sistema sanitario y requiere un tratamiento individualizado por parte de un servicio especializado en cirugía de pared abdominal.