



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-074 - INDICACIONES ESPECIALES DE LA TERAPIA VAC

P. Rioja, S. García Aroz, M. García Nebreda, C. Cobo, N. Fakih, M. Abradelo, C. Loinaz y C. Jiménez

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Objetivos: La terapia VAC ha supuesto una revolución en el tratamiento de las heridas quirúrgicas y los defectos de la pared abdominal. Actualmente existen materiales que se adaptan a los casos más complejos de heridas infectadas, fístulas enterocutáneas o la exposición de vísceras abdominales.

Casos clínicos: Presentamos dos casos clínicos. El primero es el de un varón de 10 meses, trasplantado hepático por atresia de vía biliar, que se retrasplanta por disfunción del injerto debido a trombosis precoz de la arteria hepática, con pieza de hepatectomía izquierda mediante split hepático de donante de muerte encefálica. Presenta defecto de la pared de 14×20 cm que se cubre con malla de Gore-Tex. Posterior infección por colonización de la herida mediante *Pseudomonas aeruginosa* MR, ocasionándole fiebre y malestar general. Se decide empleo de terapia VAC con esponja blanca y sistema de irrigación programado con sueroterapia. El segundo caso es el de un varón de 60 años que es derivado de otro centro, por sepsis de origen abdominal debido a lesión iatrogénica de la vía biliar tras colecistectomía laparoscópica, con hepatectomía derecha y hepaticoyeyunostomía posterior. Presenta defecto de pared de incisión subcostal de 8×30 cm y fístula enterocutánea, con colonización mediante *Pseudomonas aeruginosa* MR y *E. coli* BLEA. Se decide empleo de terapia VAC con esponja blanca y aislamiento de la fístula, mediante colocación de tetina de biberón conectada a sonda Foley sobre pasta de colostomía, para proteger la herida. En ambos casos, el resultado ha sido satisfactorio. En el primer caso, se retiró la malla, con exposición del parénquima hepático y se mantuvo la terapia VAC sobre el mismo durante tres meses, hasta que se logró suficiente tejido de granulación para el cierre completo de la herida. No volvió a presentar fiebre y los cultivos se fueron negativizando. En el segundo caso, se mantuvo la terapia durante mes y medio, y se realizó además tratamiento quirúrgico de la fístula enterocutánea, lográndose también el cierre completo de la herida.

Discusión: La terapia VAC ha demostrado ser un tratamiento eficaz y seguro. Según nuestra experiencia, se ha podido emplear sobre heridas infectadas, fístulas enterocutáneas y exposición del parénquima hepático, sin observarse efectos adversos en los pacientes. Lográndose una rápida resolución de las infecciones de gérmenes multirresistentes y el cierre precoz de las heridas.