



P-486 - ABDOMEN ABIERTO COMO TRATAMIENTO INICIAL EN PERITONITIS TERCARIAS

G. Kiefer, A. Roig, R. Penalba, T. Pérez, R. Saborit, B. Tormos, A. Bosca y J. Aguiló

Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva.

Resumen

Introducción: Las indicaciones del abdomen abierto son básicamente el traumatismo abdominal grave, las pancreatitis agudas necróticas y las peritonitis terciarias por complicaciones graves de la cirugía digestiva abdominal. En esta última indicación, permite el lavado sucesivo de la cavidad peritoneal y prevenir o tratar el síndrome del compartimento abdominal asociado. Sin embargo, no está exento de complicaciones como la formación de fístulas enterocutáneas, con una tasa estimada alrededor de un 25%, y de hernias de la pared abdominal cuando no es posible el cierre diferido. Existen numerosas técnicas descritas, ya sean artesanales o comercializadas.

Objetivos: Estudio retrospectivo de los casos atendidos en nuestro servicio en los que se han aplicado técnicas de abdomen abierto en peritonitis terciarias en el periodo 2012-2014.

Métodos: Se incluyeron 11 pacientes que se trataron con distintas técnicas de abdomen abierto en el manejo inicial de peritonitis terciarias. Se realiza un estudio descriptivo de las patologías causantes de las peritonitis, de las complicaciones graves atribuibles al abdomen abierto, de la mortalidad, y del cierre definitivo.

Resultados: La serie está constituida por 6 hombres y 5 mujeres. La edad media fue de 64,5 años. La gran mayoría de indicaciones del abdomen abierto fueron complicaciones quirúrgicas (seis peritonitis difusas por dehiscencia de anastomosis en distintos tramos del tubo digestivo, una fístula de una anastomosis intestinal previa en una enfermedad de Crohn, una peritonitis por sobreinfección de malla quirúrgica y un caso de perforación duodenal espontánea). La indicación de dejar el abdomen abierto fue decisión del cirujano en función del contexto clínico y los hallazgos operatorios. Fallecieron dos pacientes (18%) por fallo multiorgánico (2 de 11 casos). En dos casos se desarrollaron fístulas enterocutáneas que precisaron de dobles estomas. Se consiguió cierre definitivo de forma diferida en 7 pacientes, de los que 3 se realizó con malla, y 2 cicatrizaron por segunda intención. El tiempo medio hasta el cierre definitivo de pared era fue de 80 días. En cuatro casos se utilizó terapia de presión negativa VAC, en 4 casos terapia tipo sándwich, y en un caso el dispositivo AbThera durante 3 semanas, seguido de terapia VAC. De los dos casos que presentaron fístula enterocutáneas, fueron uno con técnica VAC y otro de sándwich.

Conclusiones: Las técnicas de abdomen abierto tienen indicación en la terapia de peritonitis secundarias y terciarias, entre otras. Los beneficios de este tratamiento son un mejor control del foco infeccioso y la prevención de hipertensión intraabdominal. La terapia de presión negativa facilita el cierre del abdomen abierto cuando éste ha de diferirse. El riesgo de fístulas enterocutáneas existe y su manejo es complejo.