



P-445 - CIERRE ABDOMINAL DIFERIDO MEDIANTE TERAPIA ASISTIDA CON VACÍO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Jullien, Ariel Christian; Vaquero, Alberto; Argudo, Salvador; Hernández, Miguel; García-Conde, María; Losada, Manuel; Gilsanz, Carlos; Alonso Poza, Alfredo

Hospital del Sureste, Arganda del Rey.

Resumen

Objetivos: La fascitis necrotizante de la pared abdominal supone un gran reto médico y quirúrgico en el que se ven involucrados numerosos profesionales y diferentes especialidades médicas, requiriendo un gran consumo de recursos y conlleva una alta morbitmortalidad. En esta comunicación se propone el uso de terapia asistida con vacío (VAC) en el tratamiento de una fascitis necrotizante abdominal con pérdida importante de los componentes de la pared abdominal.

Caso clínico: Paciente de 52 años de edad que el 7º día postoperatorio de eventroplastia abdominal retromuscular en otro centro, acude a Urgencias con dolor abdominal y en estado de shock séptico. Se realiza TAC abdominal que evidencia neumoperitoneo y abundante aire en tejido subcutáneo y retromuscular que traduce una fascitis necrotizante. Ante estos hallazgos se decide cirugía urgente. En quirófano se objetiva fascitis necrotizante de pared abdominal anterior ocasionada por asa de intestino delgada perforada por punto de sutura de anclaje de la malla retromuscular en aponeurosis posterior del músculo recto del abdomen. Se realiza reparación primaria de la perforación intestinal. Se desbrida parte de pared abdominal necrosada, incluyendo aponeurosis posterior del recto abdominal derecho y parte del vientre muscular. Finalmente se realiza montaje de laparostomía mediante sistema de vacío tipo sándwich. Tras varias revisiones quirúrgicas se realiza cierre de pared abdominal mediante separación anterior de componentes. Se coloca malla de PTFE (Omyra) supraaponeurótica, requiriendo un total de 4 mallas de 40 × 35 cm para abordar toda la superficie. Se coloca sistema VAC para cierre diferido de la piel. Se cambia sistema VAC cada 3-4 días y se comienza cierre progresivo de piel en cada cambio de VAC. Finalmente es dado de alta el día 28 poscirugía, con la herida cerrada completamente y para realizar seguimiento ambulatorio.

Discusión: Ante una peritonitis secundaria a una perforación de víscera hueca y una fascitis necrotizante de pared abdominal en un paciente en mala situación hemodinámica se debe realizar una cirugía eficaz y rápida en la que se priorice el control de daños como primer objetivo. La separación anterior de componentes se ha abandonado en gran medida en la cirugía de pared abdominal compleja por la elevada tasa de complicación que presenta (seromas, hematomas, etc.). No obstante es un recurso adecuado ante una cirugía de pared abdominal urgente en la que no hay tejido suficiente para cierre primario ni para realizar otras técnicas de liberación de tensión como podría ser una separación posterior de componentes. El sistema VAC se está utilizando cada día en más situaciones y es una alternativa eficaz cuando no se puede realizar un cierre primario de piel en este tipo de pacientes, ya que produce un adecuado control de la infección y promueve en gran medida el tejido de granulación y la cicatrización adecuada de la herida quirúrgica.