



P-578 - CIRUGÍA DE CONTROL DE DAÑOS TRAS RESECCIÓN INTESTINAL EN PACIENTE CON ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA, PERFORACIÓN INTESTINAL Y PERITONITIS FECALOIDEA

Ferrer Inaebnit, Ester; García-Granero García-Fuster, Álvaro; Alfonso García, María; Pineño Flores, Cristina; Segura Sampedro, Juan José; Fernández Isart, Myriam; Gamundi, Margarita Cuesta; González Argenté, Xavier

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

Resumen

Introducción: El término cirugía de control de daños, se basa en tres tiempos: una intervención inicial simple y resolutiva con un cierre abdominal temporal (CAT), una resuscitación continua y manejo fisiológico del equilibrio ácido-base y un procedimiento quirúrgico definitivo. La isquemia mesentérica aguda (IMA) presenta una mortalidad del 75%. Sus causas incluyen la trombosis venosa, isquemia arterial oclusiva por arteriosclerosis o embolismo e isquemia no oclusiva como consecuencia de una vasoconstricción asociada a un flujo esplácnico insuficiente. La necrosis intestinal requiere resección, sin embargo, la extensión de ésta es problemática debido a la difícil identificación del intestino isquémico que desarrollará necrosis intestinal. No hay ningún signo o prueba complementaria que haya demostrado una fiabilidad diagnóstica significativa ya que la trombosis mesentérica y la isquemia pueden progresar tras la intervención quirúrgica. La laparotomía “second-look” (LSL), se basa en una reexploración quirúrgica a las 48 horas de la intervención inicial para valorar la viabilidad intestinal. Así pues, la decisión respecto a la confección de anastomosis, estoma o nueva resección intestinal dependerá de la evolución en la unidad de cuidados intensivos, del estado hemodinámico del paciente y de los hallazgos intraoperatorios en la segunda intervención. El cierre abdominal temporal con posterior reexploración a las 48-72h, forma parte del arsenal terapéutico de la IMA con grado de recomendación 1B. Esto, permite una mejor valoración de la viabilidad intestinal y decisión quirúrgica ante posible progresión o no de la isquemia y/o necrosis.

Caso clínico: Paciente de 63 años, con cirrosis alcohólica Child B, acudió a urgencias por fiebre y dolor abdominal difuso. A la exploración física presentaba irritación peritoneal. La analítica mostraba insuficiencia renal aguda, proteína C-reactiva: 176,7 mg/L, procalcitonina: 14,83 ng/mL, lactato: 3,50 mmol/L y leucocitos: $26,00 \times 10^3/\mu\text{L}$. La tomografía computarizada mostró neumoperitoneo y signos de isquemia intestinal generalizada sin signos de oclusión de los principales troncos viscerales. Se decidió intervención quirúrgica urgente, en la que se observó peritonitis fecaloidea difusa, necrosis intestinal con perforación en íleon proximal y distal, asociado a signos de isquemia intestinal en resto de íleon y yeyuno. Se realizó doble resección intestinal mecánica a 30 cm de yeyuno distal e íleon proximal y a 10 cm de íleon distal. Debido a la inestabilidad hemodinámica y la duda de viabilidad intestinal se decidió aplicar la cirugía de control de daños por lo que los muñones intestinales se abandonaron en cavidad abdominal. Fue aplicado el CAT mediante un sistema de aspiración negativa. Tras 72 horas en cuidados intensivos, donde presentó evolución favorable, se decidió reintervención. Se observó clara mejoría del estado de las asas intestinales, por lo que no requirió nueva resección intestinal. Se realizó una anastomosis yeyuno-ileal látero-lateral manual y otra íleo-cólica látero-lateral manual. Fue dado de alta el 16º día postoperatorio.

Discusión: Sólo un 20% de los operados por IMA muestra beneficios de la LSL. Por ello, está recomendada cuando el cirujano no observe claros márgenes de demarcación entre intestino isquémico y bien perfundido, anastomosis segura o estoma viable, abundante cantidad de contenido intestinal libre en cavidad abdominal, paciente hemodinámicamente inestable y empeoramiento intraoperatorio de niveles de lactato durante la intervención.