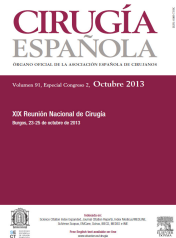




# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-433 - MANEJO DEL ABDOMEN ABIERTO: CIERRE DIFERIDO DE PARED ABDOMINAL

L. Gómez Ruiz, A. López López, R. Garrido Escudero, M.C. Carballo López, E. Ortega Ortega, L. Arriero Ollero, T. Calderón Duque, R. Rodríguez Fernández, P.R. Cruz Romero, J.A. Asanza Llorente y J. Timón Peralta

Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina.

### Resumen

**Objetivos:** El correcto manejo de las laparostomías, requiere el conocimiento de las distintas alternativas, y de sus ventajas e inconvenientes. Nuestro objetivo es presentar un caso clínico sobre esta técnica.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un varón de 70 años intervenido de urgencia por obstrucción intestinal secundaria a tumor de colon, que fue reintervenido en dos ocasiones por dehiscencia anastomótica y evisceración. En la última cirugía, nos encontramos con un defecto de pared de 15 centímetros aproximadamente y ante la imposibilidad del cierre aponeurótico por el riesgo de producir hipertensión intraabdominal y como consecuencia, un síndrome compartimental, se decide colocar malla de Goretex® que se fija por debajo de los bordes aponeuróticos a 2-3 cm de los mismos para evitar desgarros. Posteriormente se procede al recorte progresivo cada 3 días de la malla por su línea media, realizándose 3 cortes en total para acercar los bordes de la aponeurosis. Quince días después, se lleva a cabo la retirada de la malla y el cierre por completo de la pared abdominal. Las indicaciones de abdomen abierto son fundamentalmente tres: La cirugía de control de daños en grandes traumatismos abdominales, la sepsis de origen abdominal, y el cierre bajo tensión con riesgo de producir hipertensión y un síndrome compartimental abdominal. En estos casos la laparostomía se perfila como la mejor opción, sin embargo no está exenta de riesgos, tales como el absceso intraabdominal (83% de los casos), las eventraciones (25-50%), el SIRS y fallo multiorgánico (30-40%), las fístulas enterocutáneas (2-25%) y las pérdidas hidroelectrolíticas. El material ideal deberá contener las vísceras abdominales, protegerlas de lesiones mecánicas, prevenir su adherencia al material de cierre, evitar la contaminación externa de la cavidad abdominal y controlar las pérdidas de líquido e iones. Las alternativas para el manejo de las laparostomías son, en primer lugar, abdomen abierto y cierre de pared por segunda intención, en segundo lugar, la terapia de presión negativa (VAC) que consigue el cierre definitivo de la pared en el 70% de los casos, cuantificando las pérdidas hídricas, con alto riesgo de defectos musculares gigantes (60%); en tercer lugar, el sistema ABRA constituido por elastómeros de silicona que permiten la aproximación progresiva de los extremos aponeuróticos disminuyendo la incidencia de eventración pero sin cuantificar las pérdidas hídricas; y en último lugar, el cierre diferido con material protésico. En nuestro caso, usamos una malla de Goretex® porque permite el contacto con las vísceras disminuyendo la incidencia de fístulas y de eventraciones, a pesar del riesgo de infección intraabdominal. Nuestro paciente presentó un absceso intraabdominal no relacionado con la malla, y 8 meses después del alta no ha presentado eventración.

**Discusión:** A pesar de las distintas alternativas, el manejo de las laparostomías continúa asociándose a elevada morbilidad. El cierre diferido de pared abdominal con malla de Goretex® y su recorte progresivo, representa una buena opción para el manejo del abdomen abierto ya que cuenta con las ventajas de permitir el

contacto con vísceras abdominales con bajo riesgo de fístulas y de eventraciones.