



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

## O-220 - CIERRE DE ABDOMEN TEMPORAL CON TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA. RESULTADOS POR UNA UNIDAD DE TRAUMA Y CIRUGÍA DE URGENCIAS

A.J. González Sánchez, J.M. Aranda Narváez, M.C. Montiel Casado, M. Ruiz López, C. Pérez Ruiz, B. García Albiach y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

### Resumen

**Objetivos:** Describir las características de los pacientes sometidos a cierre de abdomen temporal (CAT) por la Unidad de Trauma y Cirugía de Urgencias del Servicio de Cirugía General, Digestiva y Trasplantes de nuestro hospital.

**Métodos:** Estudio descriptivo prospectivo empleando los registros de nuestra base de datos prospectiva CAT desde octubre de 2011 a abril de 2013. Se empleó el paquete estadístico SPSS 15.

**Resultados:** Se realizaron 7 CAT, todos ellos empleando terapia de presión negativa. 6 fueron varones, edad media de 49,7 años (r: 26-72 años; desviación típica 16,4 años). En 3 ocasiones se realizó como tratamiento del síndrome compartimental abdominal (SCA): 2 tras cirugía de aneurisma de aorta abdominal roto y 1 por pancreatitis aguda grave. En 4 ocasiones se realizó de forma profiláctica como parte de la cirugía de control de daños (CCD): 2 por politraumatismo, 1 por accidente vascular mesentérico y 1 por sepsis abdominal por fuga de sutura. La estancia media en Unidad de Cuidados Intensivos fue de 23,5 días (r 15-37 días; desviación típica 7,8 días), y la media de días con respiración mecánica invasiva de 15,5 días (r 1-26 días; desviación típica 7,5 días). Presentaron fistulas digestivas 3 pacientes: 1 biliar tras trauma hepático abierto y 2 intestinales. Se consideró entero-atmosférica 1 de ellas. Fallecieron 3 pacientes, todos por fracaso multiorgánico, y todos ellos como tratamiento del SCA. De ellos, 2 desarrollaron fistula intestinal como complicación del tratamiento. Se consiguió el cierre definitivo de la pared abdominal en 4 pacientes, aunque uno de ellos falleció. De los 3 en lo que no se pudo cerrar la pared, 2 fallecieron. De aquellos en los que se cerró la pared, en 2 se pudo realizar cierre fascial primario sin malla y en 2 se empleó la técnica de Chevrel. La decisión de no cerrar la pared se tomó por el desarrollo de fistulas en 2 pacientes y SCA terciario en otro. En 5 pacientes se realizó técnica de tracción fascial con malla de polipropileno para facilitar la aproximación de los bordes aponeuróticos. En 3 de ellos se consiguió el cierre fascial primario. Los fracasos fueron motivados por el desarrollo de fistulas digestivas. De los 5 pacientes, 2 fallecieron, todos con fistulas. La media de cambios del apósoito abdominal hasta el cierre definitivo o la decisión de hernia ventral planeada fue de 3 (r 1-7; desviación típica 2,3). En los 3 casos en los que el apósoito abdominal se cambió 4 veces o más los pacientes desarrollaron fistulas digestivas, pero en ningún caso en los que se realizaron 1 o 2 cambios antes del cierre primario o hernia ventral planeada.

**Conclusiones:** El CAT es un procedimiento que presenta una elevada morbilidad y mortalidad, mayor cuando se realiza por SCA. La mortalidad se relaciona con el desarrollo de fistulas digestivas y estas con el número

de cambios antes del cierre de la pared. La técnica de tracción fascial con malla puede ayudar a conseguir el cierre fascial definitivo.