



P-212 - TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN EL MANEJO DEL ABDOMEN ABIERTO POSTRAUMÁTICO

R. Penalba Palmí, A. Roig Bataller, T. Pérez Pérez, R. Saborit Montalt, B. Tormos Tronqual, V. Roselló Bono, A. Boscà Robledo, J. García del Caño, L. Minguet Mocholí y J. Aguiló Lucia

Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva.

Resumen

Introducción: Se presenta un caso de traumatismo abdominal cerrado con abdomen catastrófico que precisó de una laparostomía durante un periodo prolongado y la instauración ulterior de un sistema de presión negativa para su cierre.

Caso clínico: Hombre de 30 años, sin antecedentes, que ingresó tras accidente de circulación con choque frontal llevando colocado el cinturón de seguridad. A su ingreso presentó estabilidad hemodinámica, sin focalidad neurológica. La auscultación cardiopulmonar era rítmica, sin soplos y con buena ventilación bilateral. Presentó un hematoma toraco-abdominal importante en el trayecto del cinturón de seguridad, siendo el abdomen muy doloroso a la mínima presión apreciándose asas intestinales subcutáneas. No asoció lesiones pélvicas ni en miembros inferiores. La TC objetivó una rotura de todos los planos musculares de la pared abdominal izquierda (recto anterior, oblicuos y transverso), un hematoma mesentérico, un hematoma en Douglas sin detectarse neumoperitoneo, una eventración de varias asas intestinales y fracturas de apófisis transversas lumbares L1-L4. Ingresó en UCI para monitorización y se repitió el TAC 36 horas después detectándose neumoperitoneo y un aumento del líquido libre intraperitoneal, además de la presencia de gas en pared abdominal y torácica por fascitis necrotizante. Se intervino quirúrgicamente encontrando una fascitis necrotizante de pared abdominal y torácica desde flancos hasta ambas axilas, realizándose desbridamiento mediante incisiones escalonadas; una sección traumática parcial del recto anterior derecho y completa del recto, oblicuos y transverso izquierdos hasta psoas con evisceración de varias asas, dos perforadas y una peritonitis difusa que obligó a una resección yeyunal; isquemia por rotura mesentérica de ileon y ciego, realizándose una ileocolectomía derecha; isquemia del sigma (10 cm) por desgarro del mesocolon sigmoide, realizándose una resección tipo Hartmann con colostomía terminal en epigastrio. El abdomen se dejó abierto cubriendo el paquete intestinal con una bolsa tipo Bogotá y compresas, y un sistema de lavado-aspiración. A las 48 horas se inició con el dispositivo AB-Thera una terapia de presión negativa sobre la laparostomía, con recambio 2 veces por semana realizando lavados abdominales con clorhexidina y desbridamiento de esfacelos de pared. Al mismo tiempo, se aplicó terapia de presión negativa sobre el resto de incisiones interconectadas con puentes de esponjas. Se utilizó un único dispositivo de presión negativa pero con varias tomas de presión durante 45 días. La evolución fue muy favorable, siendo alta a los 69 días con las heridas cerradas.

Discusión: La terapia de presión negativa tipo AB-Thera es una técnica muy útil en el abdomen catastrófico. Facilita la limpieza de la cavidad peritoneal en las fases iniciales, protege el paquete intestinal del riesgo de fistula enterocutánea y favorece la formación de tejido de granulación. En casos complejos como el

presentado, la terapia de presión negativa, además de prevenir el síndrome compartimental, facilita y acelera el cierre diferido del abdomen. No obstante, deben tomarse las debidas precauciones como la protección del paquete intestinal y la aplicación de presiones no superiores a 75 mmHg.