



## P-484 - TRATAMIENTO DEL ESPACIO SUPRAFASCIAL EN HERIDAS COMPLEJAS CON TERAPIA DE VACÍO: ANÁLISIS PRELIMINAR

*Ugarte Sierra, Soledad; Landaluce Olavarria, Aitor; Estraviz Mateos, Begoña; Tosalina, Ernesto; Lázaro Aramburu, Santiago; Ibáñez Aguirre, Francisco Javier*

*Hospital de Galdakao-Usansolo, Galdakao.*

### Resumen

**Introducción:** La terapia de vacío se ha convertido en una alternativa terapéutica para el tratamiento de heridas, bien sean agudas o crónicas. Tratándose de un método no invasivo que consigue, mediante presiones negativas controladas, favorecer la cicatrización en un entorno húmedo y aislado, estimulando la neoangiogénesis y el crecimiento de tejido de granulación al mismo tiempo que elimina el exceso de líquidos, fluidos y exudados y disminuye la carga bacteriana de las heridas. El objetivo de este trabajo ha sido describir el manejo de heridas complejas abdominales mediante terapia con sistema de vacío VAC. Describimos 4 casos de manejo último de cierre de pared abdominal mediante sistema de vacío VAC (2 en pacientes que precisaron VAC intraabdominales por sepsis y otros 2 con afectación únicamente a nivel de partes blandas).

**Casos clínicos:** Caso 1: mujer 53 años, cuadro sepsis por perforación intestinal tras eventoplastia e implante malla prolene. Se realiza rafia y manejo del cuadro con abdomen abierto mediante sistema de vacío VAC intraabdominal y posterior manejo del amplio espacio suprafascial con VAC supraaponeuróticos (tras implante malla de sustitución tipo kugel) sucesivos. La paciente presenta meses después fístula intestinal procediéndose a la retirada del implante protésico, cierre de la fístula enteroatmosférica y cierre pared tipo Carbonell. Caso 2: varón 59 años que presenta cuadro de sepsis tras dehiscencia de anastomosis íleo-ileal tras intervención de Bricker por neoplasia vesical manejada mediante abdomen abierto y sistemas de vacío VAC sucesivos intraabdominales. Posteriormente se procede a manejo de reconstrucción de pared abdominal mediante implante protésico tipo kugel y manejo del exudado y el cierre del amplio espacio suprafascial nuevamente con sistema de vacío. El paciente fallece meses más tarde por progresión de su enfermedad neoplásica de base. Caso 3: varón de 65 años que presenta fístula intestinal enteroatmosférica de meses de evolución cronificada tras cirugía de colon y posterior eventoplastia. Presenta empeoramiento agudo con objetivación de cloaca a nivel supraaponeurótico retirándose material protésico sin identificarse defecto intestinal. Se procede al manejo de la infección de partes blandas mediante sistema de vacío VAC con buena evolución del mismo. Caso 4: mujer 63 años que presenta necrosis muy importante de tejido epidérmico y dérmico respetando plano fascial tras eventoplastia. Se procede a colocación sistema VAC con primer recambio a las 96h de inicio del procedimiento y sucesivos recambios hasta finalización con curas planas y buena granulación sin precisar colgajo cutáneo. Los parámetros estudiados han sido: sexo, edad, patologías asociadas, situaciones clínicas y supervivencia actual, tipo de terapia VAC empleada y tiempo, complicaciones relacionadas con la terapia VAC, estancia hospitalaria y en cuidados intensivos, costos.

**Discusión:** El sistema de vacío puede contribuir en el tratamiento de las heridas complejas, las cuales suponen un reto terapéutico importante, consiguiéndose así un menor número de curas, estancias hospitalarias más cortas y menos gravosas para el paciente. Aportamos iconografía del manejo del procedimiento, así como la evaluación de los casos.