



P-556 - REPARACIÓN DE GRANDES DEFECTOS DE PARED ABDOMINAL EN CIRUGÍAS CONTAMINADAS O SUCIAS

Ramallo Solís, Irene M.; Durán Muñoz Cruzado, Virginia; Pareja Ciuro, Felipe; López Bernal, Francisco; Flores Cortes, Mercedes; Martín García, Cristobalina; Sacristán, Cristina; Padillo, Francisco Javier

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: El cierre de grandes defectos de la pared abdominal en campos contaminados supone un reto para el cirujano. Para ello, sería preciso utilizar materiales que presenten buena integración tisular, que resistan bien la infección y que no lesionen las vísceras intraabdominales. Para ello, no sirven los materiales sintéticos habituales en la reconstrucción de la pared abdominal, y hemos de utilizar mallas de PTFE-e o mallas biológicas.

Métodos: Se ha realizado un análisis retrospectivo de datos recogidos prospectivamente desde enero de 2013 hasta diciembre de 2014 de 15 pacientes sometidos a distintas intervenciones quirúrgicas contaminadas o sucias donde el cierre primario de la pared abdominal no ha sido posible debido a grandes defectos de la pared abdominal y se ha realizado con malla compuesta por un 88% de PVDF altamente purificado y un 12% de polipropileno (Dymanesh-IPOM®).

Resultados: Se han analizado un total de 15 pacientes, 3 mujeres y 12 hombres, con una edad media de 62,6 (30-85) años. El 26% eran obesos, otro 26% eran diabéticos y el 80% presentaba alguna comorbilidad. Los motivos de cirugía fueron distintos para cada paciente. En tres de los casos se trataba de una cirugía contaminada y en 12 cirugía sucia. En todos los pacientes se consiguió el cierre definitivo con la malla compuesta. Un 40% presentaron infección de la herida quirúrgica, un 26,65% complicaciones intraabdominales, todas en relación con la patología de base y no con la malla. Sólo dos de los pacientes fueron reintervenidos; uno por una fistula enterocutánea y otro por una peritonitis fecaloidea por necrosis del estoma, resolviéndose ambas complicaciones y realizándose de nuevo el cierre con la misma malla. Como complicaciones tardías se ha presentado una fistula enterocutánea y una obstrucción intestinal asociada a un absceso intraabdominal. La mortalidad ha sido del 20% (2 pacientes por complicaciones médicas y uno de los pacientes por shock séptico refractario). En ninguno de los casos se han evidenciado eventraciones en el seguimiento de estos pacientes.

Conclusiones: Durante años, el uso de material protésico sintético irreabsorbible en campos quirúrgicos contaminado se ha contraindicado debido a complicaciones como la erosión de las asas intestinales o la infección de la prótesis. Presentamos una serie de pacientes con grandes defectos de la pared donde el cierre se ha logrado mediante la aplicación de este tipo de mallas compuestas. A pesar del terreno contaminado y el alto porcentaje de infección de herida quirúrgica, todas las mallas se han integrado sin necesidad de ser retiradas. Solo dos pacientes han presentado complicaciones: una fistula enterocutánea y otra obstrucción intestinal que parece secundaria a una colección intraabdominal. No se han descrito cuadros adherenciales

posteriores a la cirugía. Por tanto, creemos que ante la dificultad técnica que se presenta ante un defecto importante de la pared abdominal en terrenos contaminados, el uso de mallas compuestas puede ser seguro y proporcionar buenos resultados. Serán necesarios estudios prospectivos con un mayor número de pacientes y un periodo de seguimiento más largo para elaborar conclusiones más firmes.