



P-023 - CIERRE ABDOMINAL MEDIANTE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA ASOCIADO A TRACCIÓN FASCIAL PROGRESIVA CON MALLAS. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Rodríguez Ortiz, Lidia; Thoelecke, Heather; Izquierdo Reina, Javier; Gómez Infante, Marta; Padial Aguado, Ana; Gómez Luque, Irene; Castilla Cabezas, Juan; Briceño Delgado, Javier

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Resumen

Objetivos: El cierre de pared abdominal supone un reto quirúrgico en pacientes cuando existen infecciones intraabdominales graves o riesgo de desarrollo de un síndrome compartimental abdominal, y puede ser complejo en la cirugía de control de daños y ante grandes defectos de la pared abdominal.

Métodos: Presentación de un caso de un paciente de 47 años con obesidad mórbida tipo III intervenido de urgencias por presentar una hernia supraumbilical primaria gigante de años de evolución, con pérdida de derecho a domicilio, clínica de obstrucción intestinal y signos inflamatorios cutáneos. Se decide cirugía urgente ante la alta sospecha de complicación herniaria, encontrándose en quirófano una perforación de yeyuno con peritonitis focalizada. Se realiza resección y anastomosis manual. Por imposibilidad para cierre primario por edematización de asas e importante tensión de las asas, se decide hernioplastia con una malla de BioA y una malla de polipropileno superpuesta para refuerzo de la pared. El paciente evolucionó correctamente sin incidencias durante la primera semana, siendo dado de alta. Reingresó por fístula enterocutánea, realizándose Tc abdominal sin identificar complicaciones a nivel intraabdominal. Se inició manejo conservador durante 2 semanas, pero ante persistencia de la fístula de alto débito, se decide reintervención. En quirófano se observaron ambas mallas correctamente ancladas a la fascia, y orificio fistuloso en la línea media que atraviesa la malla de BioA y que depende de colon transverso. Resto de la cavidad peritonitis y anastomosis previa sin complicaciones. Se realizó resección parcial del colon transverso afectado, con cierre de muñón distal y colostomía. Para el cierre se decidió emplear una técnica cierre temporal del abdomen mediante el empleo de terapia de presión negativa para abdomen abierto y tracción con mallas ancladas a la fascia.

Resultados: Se realizó recambio de la terapia de vacío cada 48-72 horas en quirófano, pudiendo aproximar progresivamente la fascia hasta finalmente realizar el cierre con una malla dual definitiva y manteniendo la terapia de presión negativa únicamente para cierre del tejido subcutáneo. El paciente evolucionó correctamente, con tránsito a través de la colostomía y sin signos de infección de herida. Actualmente, presenta un defecto pequeño centroabdominal de manejo domiciliario con terapia de vacío portátil.



Conclusiones El empleo de una técnica combinada de terapia de vacío para abdomen abierto y tracción fascial mediada por mallas ha demostrado ser una opción con buenos resultados para el manejo del abdomen abierto complejo en pacientes con dificultad para el cierre primario.