



www.elsevier.es/cirugia

P-544 - ENFERMEDAD DE CROHN: UN CIERRE DE PARED DIFÍCIL

Vázquez Fernández, Andrea; Blanco, Francisco; Gómez, Zahira; Trujillo, Jean Carlos; de Andrés, Beatriz; Romero, Alejandro; Núñez, Henar; Beltrán de Heredia, Juan Pablo

Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

Resumen

Introducción: Los defectos de la pared abdominal (abdomen catastrófico) son un reto quirúrgico debido a su complejidad técnica, con una elevada morbi-mortalidad, afectando tanto a pacientes jóvenes como mayores. Son habitualmente debidos a los traumatismos abdominales pero en un menor porcentaje también se presentan en los pacientes intervenidos por enfermedad inflamatoria intestinal. En estos últimos la corticoterapia, la inmunosupresión, la desnutrición y la anemia así como las múltiples cirugías, dificultan la cicatrización y el cierre primario.

Caso clínico: Paciente mujer de 36 años, alérgica a metamizol y vancomicina, con enfermedad de Crohn corticodependiente y manifestaciones extraintestinales de larga evolución. Intervenida en múltiples ocasiones (resecciones intestinales, colectomía derecha y AAP). Acude a Urgencias por dolor abdominal cólico con signos de irritación peritoneal, repercusión hemodinámica y aumento de reactantes de fase aguda. En el TC abdomen se objetiva una estenosis de la anastomosis ileocólica y del colon remanente hasta la colostomía. Se lleva a cabo laparotomía exploradora con resección de colon y confección de ileostomía terminal. La paciente presentó SIRS con respuesta favorable a antibioticoterapia intravenosa. El 9º día postoperatorio se evidenció evisceración de laparotomía media y de estoma. Se llevó a cabo una eventroplastia con dos mallas BIO-A® previa adhesiolisis con cierre parcial de piel y colocación de dispositivo VAC, que se mantuvo durante dos meses (X recambios).

Discusión: El abdomen catastrófico en pacientes intervenidos por EII requiere en algunas ocasiones, cuando existe pérdida de componentes de la pared que impiden un cierre sin tensión, el empleo de prótesis. Las mallas biológicas son un buen recurso, puesto que permiten el contacto con las asas intestinales, su uso en campos contaminados y producen menos reacción inflamatoria. Eventualmente se puede asociar el empleo de la presión negativa cuando existe solución de continuidad en la piel, favoreciendo así la vascularización y granulación acortando el período de cicatrización.