



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-699 - *FLOATING STOMA* EN ABDOMEN CATASTRÓFICO

Gómez Díaz, Carlos Javier; Espina Pérez, Beatriz; Caro Tarrago, Aleidis; Olona Casas, Carles; Padilla Zegarra, Erlinda; Feliu Villaró, Francesc; Escuder Pérez, Jordi; Millan Scheiding, Monica

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

Resumen

Introducción: Durante nuestra práctica quirúrgica, algunas veces tenemos que lidiar con pacientes complejos y abdómenes catastróficos que ponen a prueba nuestras habilidades y recursos como cirujanos. Uno de estos casos es el abdomen catastrófico, multioperado, abierto, y con estomas o fístulas enteroatmosféricas que vierten el material intestinal directamente sobre la masa visceral o la herida dehisciente.

Caso clínico: Paciente de 56 años pluripatológico (a destacar síndrome de Leriche con aneurisma de aorta abdominal), intervenido de forma urgente en febrero de 2017 por isquemia crónica reagudizada de miembro inferior derecho realizándose laparotomía media y by-pass aorto-bifémoro-poplíteo. Postoperatorio tórpido que requiere ingreso prolongado en UCI: donde presentó insuficiencia respiratoria, infarto agudo de miocardio Killip III, e insuficiencia renal aguda que requirió hemodiálisis. El 13º día postoperatorio se reintervino por isquemia de colon derecho realizándose hemicolectomía derecha, ileostomía terminal y fístula mucosa. Se mantiene ingresado en UCI con fallo multiorgánico y el 22º día posquirúrgico se evidenció infección de herida quirúrgica y evisceración de la laparotomía media. Se trasladó de nuevo a quirófano para realizar desbridamiento y colocación de dispositivo de terapia de vacío. Second-look a las 48h pudiéndose realizar cierre parcial de aponeurosis (dejando defecto central de menos de 5 cm) y cierre completo de piel y tejido celular subcutáneo. Durante el postoperatorio presentó isquemia cutánea de los bordes de la herida y del margen inferior de la ileostomía terminal, proceso que requirió nuevo desbridamiento quirúrgico, 20 días después de la última intervención. Quedando como resultado una dehiscencia cutánea-subcutánea de la laparotomía media y una cavidad cutánea-subcutánea en toda la hemicircunferencia inferior de la ileostomía, impidiendo la correcta colocación de la placa y bolsa de ileostomía, condicionando una contaminación permanente de toda la zona quirúrgica. Basados en dos casos clínicos publicados en la literatura, decidimos realizar un “floating stoma” adaptado a nuestro paciente. Se colocó una lámina plástica (bolsa de suero/bolsa de diuresis) suturada a la circunferencia mucosa de la ostomía con monofilamento de absorción lenta; tras lo cual ha sido factible adaptar la placa y bolsa de la ileostomía sin problemas. Este dispositivo permite aislar el débito intestinal logrando una correcta granulación de la herida subyacente con control adecuado del foco séptico; así como disminuir el número de curas facilitando los cuidados de enfermería.



Discusión: Consideramos que el “floating stoma” con lámina plástica es un recurso disponible y eficiente para el control de los abdómenes catastróficos con estomas y/o fístulas enteroatmosféricas.