CIR ESP. 2019;97(Espec Congr 2):41

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-550 - TRACCIÓN FASCIAL MEDIADA POR MALLA COMBINADA CON TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA PARA EL MANEJO DEL ABDOMEN ABIERTO

Yepes Cano, Andrés Felipe; Medina Velázquez, Raúl; Cruz Benavides, Francisco; Afonso Luis, Natalia; Ortiz López, David[1]; Olivia, Benet Muñoz; Marchena Gómez, Joaquín

Hospital Universitario Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción: El manejo de pacientes con abdomen abierto por cualquier causa es complejo y el cierre fascial primario de estos casos constituye un desafío quirúrgico. Para conseguirlo, es crucial el uso de procedimientos alternativos que prevengan la retracción lateral de la fascia. En este poster se describe el primer caso de nuestro hospital en el que se realiza una técnica de tracción fascial mediada por malla (TFMM) para conseguir el cierre primario en una paciente con abdomen abierto tras sufrir múltiples complicacones posquirúrgicas.

Caso clínico: Mujer de 61 años, obesa y con antecedentes de cirugía abierta por ulcus perforado, acudió al servicio de urgencias por dolor abdominal en torno a eventración ya conocida de su laparotomía media supraumbilical, con hallazgo de eventración incarcerada en la exploración física. En el CT abdominal realizado se objetivó una eventración multisacular incarcerada con contenido de colon transverso observándose burbujas de gas y líquido libre de aspecto fecaloideo en el interior del saco herniario. La paciente fue intervenida de forma urgente hallándose una hernia incisional estrangulada con el colon transverso contenido en la misma perforado y una importante contaminación fecal a nivel del saco herniario. Se realizó resección segmentaria del colon transverso y con anastomosis termino-terminal y eventrorrafia sin malla. En el 10º día postoperatorio, la paciente ha de ser reintervenida tras objetivarse la salida de material fecaloideo a través de la herida quirúrgica sugestiva de fuga anastomótica. Se realiza resección de la anastomosis con colostomía proximal y fístula mucosa. Al cuarto día de la reintervención la paciente es reintervenida nuevamente por isquemia y desprendimiento de la fístula mucosa, practicándose resección de la fístula mucosa y dejando el abdomen abierto por excesiva tensión y presiones intraabdominales altas con el cierre primario. Para el manejo del abdomen abierto se coloca terapia de presión negativa (ABThera TM®) combinada con malla de Prolene® fijada a los bordes fasciales con sutura irreabsorbibile para la realización de una TFMM. A partir de ahí, comienza con sucesivas reintervenciones cada 48-72 horas para realizar la aproximación progresiva de los bordes fasciales y recambio de terapia de presión negativa consiguiéndose el cierre primario diferido sin tensión al 21º día tras la primera colocación, con buena evolución posterior.

Discusión: La combinación de sistemas de vacío con la TFMM ha surgido como alternativa prometedora para el manejo de pacientes con abdomen abierto. Según una reciente revisión sistemática presenta un índice de éxito (cierre primario diferido) de entre el 80-100% de los casos con un tiempo que oscila entre los 9-32 días. Como en cualquier paciente con abdomen abierto, el principal riesgo es el desarrollo de fístulas enteroatmosféricas (hasta en el 10%), si bien el uso de la terapia ABThera® permite minimizar dicho riesgo. La reconstrucción de la pared abdominal constituye un auténtico desafío en casos complejos. El uso de

terapia de presión negativa asociada a TFMM es una alterativa muy útil para conseguir el cierre en este tipo de casos.

0009-739X © 2019 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados