



## P-013 - USO DE LA TOXINA BOTULÍNICA EN CIRUGÍA URGENTE: EVENTRACIÓN ABDOMINAL COMPLEJA INCARCERADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

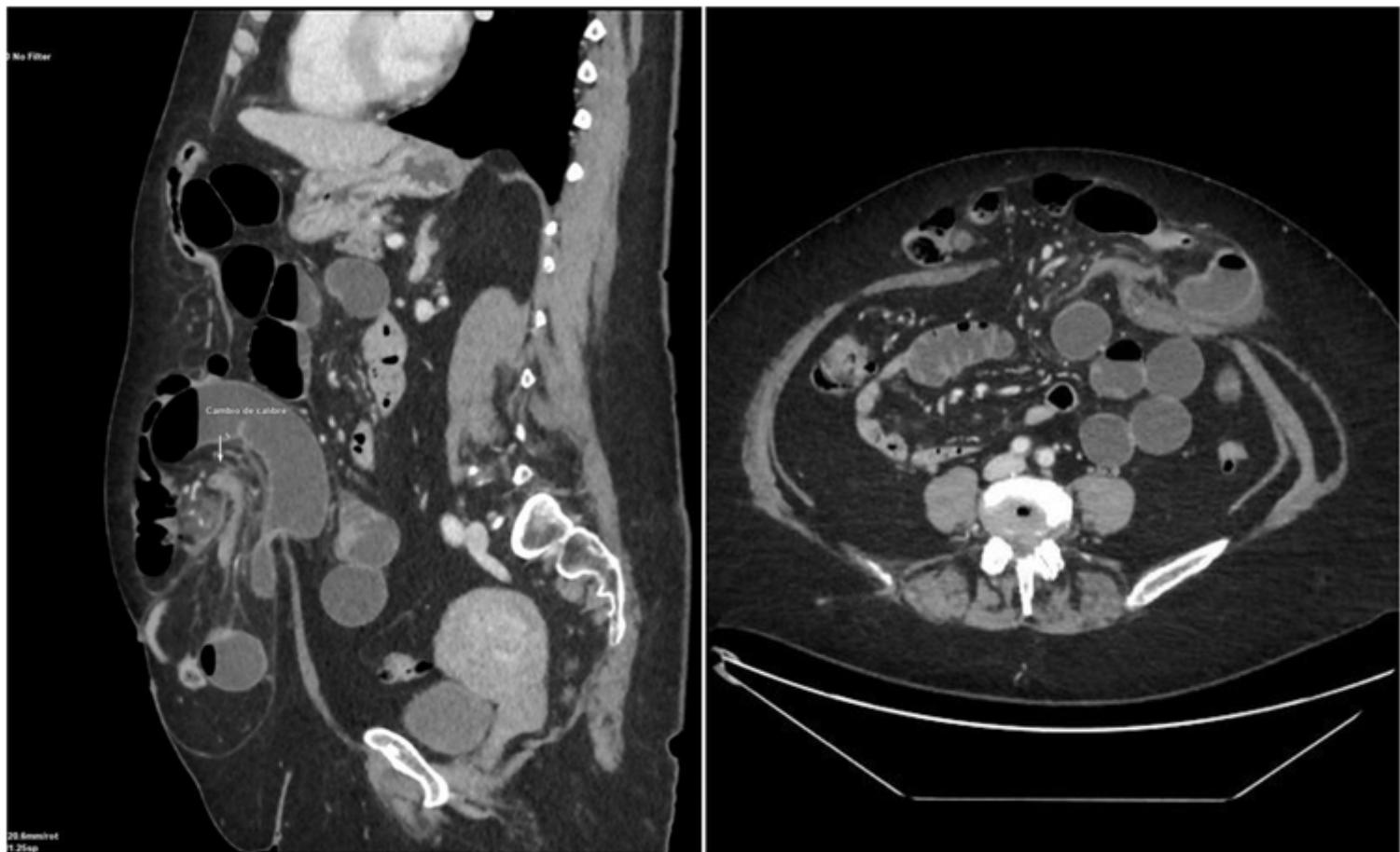
Padilla Otamendi, Miren Josebe<sup>1</sup>; Augusto Ponce, Iñigo<sup>1</sup>; Andrés Imaz, Ainhoa<sup>1</sup>; Apodaca Murguiondo, Lorena<sup>1</sup>; Guerrico Tome, Leire<sup>1</sup>; Lopes Moreira, Claudia<sup>2</sup>; Rodríguez González, Araceli<sup>1</sup>; Goena Iglesias, Ignacio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Donostia, San Sebastián; <sup>2</sup>Hospital de Zumárraga, Zumárraga.

### Resumen

**Introducción:** El cierre temporal abdominal (CTA) es una estrategia terapéutica con indicaciones cada vez más amplias como la cirugía de control de daños, el manejo de la sepsis y el síndrome compartimental abdominal. Uno de los retos que presenta su manejo es lograr un cierre fascial primario (CFP), sobre todo en situaciones complejas en las que no es posible un cierre temprano y la aponeurosis se retrae. La toxina botulínica, que favorece la distensibilidad de la pared abdominal, es una herramienta interesante para facilitar dicho fin.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una paciente de 69 años con antecedentes de obesidad e intervenida de hernia de Morgagni mediante laparotomía media que desarrolló una eventración. Consulta en urgencias por cuadro de dolor abdominal difuso, vómitos y ausencia de deposición y ventoseo. En TC abdominal se objetivan dos eventraciones contiguas de gran tamaño, con orificios herniarios de 86mm y 60 mm, que contienen asas de intestino delgado con signos de incarceración. Dados los hallazgos, es intervenida de urgencia mediante laparotomía media supraumbilical, realizándose adhesiolisis a nivel de saco herniario y entre asas, sin necesidad de resección intestinal. Finalmente queda un defecto fascial de 21 cm longitudinal y 22 cm transversal. Ante la imposibilidad de cierre y persistencia de marcada dilatación intestinal se realiza CTA con terapia de presión negativa. A las 48 horas se realiza revisión quirúrgica, constatando persistencia de dilatación intestinal por lo que se decide inicio de cierre dinámico con malla de tracción quedando una separación fascial de 18 cm. Dada la importante retracción aponeurótica, se aplica la toxina botulínica en la musculatura lateral abdominal de manera intraoperatoria. Se realizan revisiones periódicas cada 48 horas; el cierre fascial definitivo se logra al decimocuarto día tras el inicio de la terapia, momento en el que presenta un defecto aponeurótico de 8 cm. Se realiza una técnica de separación anterior de componentes con colocación de una malla retromuscular.



**Discusión:** La asociación entre la demora en el cierre abdominal definitivo y el incremento de las complicaciones asociadas al abdomen abierto está claramente demostrada. La eventración compleja es una de ellas; por ello, en 2007, Petersson y cols. describieron la técnica de cierre dinámico con tracción fascial progresiva con el objetivo de evitar la retracción fascial y facilitar el CFP. Por otro lado, el uso de la toxina botulínica en los músculos laterales del abdomen descrita por Ibarra-Hurtado, ha demostrado ser útil en el manejo preoperatorio de eventroplastias gigantes. La toxina botulínica tipo A inhibe la liberación de acetilcolina en las terminales nerviosas disminuyendo la contractibilidad muscular y como consecuencia reduciendo la retracción de la aponeurosis. Su acción comienza en las primeras 48 horas, su efecto es notorio a las 2 semanas y alcanza su pico máximo a las 3-4 semanas, produciendo una elongación progresiva de la musculatura lateral abdominal que facilitará su cierre. Aunque se requiere de una mayor experiencia, la asociación del cierre dinámico y la toxina botulínica parece ser útil y beneficiosa para lograr un correcto CFP en el abdomen abierto.