



P-569 - CIERRE DIFERIDO DE LA PARED ABDOMINAL: CUÁNDO INTERCONSULTAR CON UNA UNIDAD DE PARED ABDOMINAL ESPECIALIZADA

Díaz Ríos, Patricia; Rejón López, Rafael; Domínguez Bastante, Mireia; Turiño Luque, Jesús Damián; Valdivia Risco, Javier Hernán; Mansilla Roselló, Alfonso

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Introducción y objetivos: El uso de técnicas de cierre diferido de la pared abdominal (TCD) constituyen una herramienta terapéutica en la evisceración y abdomen abierto (AA). La evidencia actual respalda el cierre precoz, por su asociación con menores tasas de complicaciones como infecciones del sitio quirúrgico (ISQ), fístulas enterocutáneas y hernias incisionales. Sin embargo, en determinados pacientes y situaciones clínicas en las que el cierre primario no sea factible, las TCD constituyen una alternativa válida. El objetivo es determinar si existen factores de riesgo que predispongan más a un cierre diferido que a un cierre primario tras evisceración o AA para su posible implementación desde el inicio, programándose el cierre en Unidades de Pared Abdominal especializadas.

Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico incluyendo pacientes que presentaron evisceración o AA, entre enero de 2021 y febrero de 2025. Se analizaron variables clínicas, quirúrgicas y posquirúrgicas, evaluando la asociación entre el tipo de cierre abdominal (primario o diferido) y la presencia de complicaciones previas mediante análisis bivalente con pruebas χ^2 o test exacto de Fisher. Los pacientes del grupo de cierre primario tras evisceración se trataron mediante cierre simple con sutura monofilamento reabsorbible de larga duración o mediante colocación de prótesis (88,3%). En el grupo de cierre diferido (11,7%) se emplearon técnicas de tracción fascial con malla o dispositivo de tracción vertical (8,1%) y las terapias de presión negativa (TPN) (3,6%). Los cálculos se han realizado con el programa estadístico STATA versión 16,1.

Resultados: Se incluyeron 111 pacientes, con una media de edad de 66,9 años ($\pm$ DE 13,3 años) y predominio masculino (73%). El índice de masa corporal medio fue de 28,6 kg/m² ($\pm$ DE 5,4). Las comorbilidades más frecuentes fueron cardiopatía (41,6%), neumopatía (31,5%) y diabetes mellitus (21,6%). El 64,9% presentaban antecedentes oncológicos. Más de la mitad de las cirugías fueron programadas (57,7%) y clasificadas como limpias-contaminadas el 48,2%. El 11,7% de los pacientes requirió TCD (n = 13), indicadas por AA (5,4%) o evisceración (6,3%). El análisis bivalente demostró que la presencia de otras complicaciones no relacionadas con la herida (76,9% frente a 36,7%; p = 0,006), un mayor número de evisceraciones durante el ingreso (61,5% frente a 7,1%; p < 0,001) y las ISQ (53,8% frente a 22,4%; p = 0,038) se asocian a la necesidad de utilizar TCD. Además, se observó una tendencia a la presencia de *bridging* tras el cierre definitivo, aunque no significativa (50% frente a 21,9%; p = 0,069).

Conclusiones: Estos hallazgos reflejan que las TCD se aplicaron mayoritariamente en pacientes clínicamente más complejos, en quienes las condiciones locales o generales impedían un cierre primario definitivo seguro por lo que, ante la presencia de estos factores de riesgo, sería beneficioso consultar con Unidades de Pared Abdominal para su cierre definitivo.