



V-046 - MANEJO DEL ABDOMEN ABIERTO: CIERRE MEDIANTE MALLA Y TRACCIÓN FASCIAL PROGRESIVA APOYADA EN TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA

Álvarez Sáez, Arantxa; Plazas, David; García Pastor, Providencia; Bonafé, Santiago; Bueno, Jose; Carreño, Omar; Pareja, Victoria; Pous, Salvador

Hospital La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción: Varón de 58 años trasladado por aneurisma de aorta roto. Intervención urgente por parte de cirugía vascular: bypass aorto-bifemoral. Tras la intervención, avisan a Cirugía General ante imposibilidad de cierre directo, por lo que se coloca sistema de terapia de presión negativa para abdomen abierto (Abthera). En la siguiente revisión, se identifica sigma necrótico, dada la inestabilidad del paciente se realiza cirugía de control de daños: sigmoidectomía + Abthera. Tras estabilidad hemodinámica del paciente, mejoría de las condiciones general, la reducción de la presión intrabdominal y disminución del edema visceral se decide iniciar el cierre por tracción fascial.

Caso clínico: Revisión cada dos días en quirófano. DIA 1: Infiltración de toxina botulínica, de forma ecoguiada entre los músculos oblicuo interno y transverso del abdomen. Retirada del dispositivo Abthera. Revisión de viabilidad de asas intestinales por lo que se confecciona la colostomía terminal. Aproximación de aponeurosis con monofilamento de ultralenta absorción. Colocación de prótesis reticular dual (PPL+PVDF) y fijación transmusalcular a ambos lados de la aponeurosis. La fijación de la malla se realiza a 2 cm por fuera del borde músculo-aponeurótico para preservar el borde fascial en buenas condiciones, anticipando un cierre definitivo en etapas posteriores. Colocación de VAC a presión continua de 75 mmHg. Día 2: Apertura de la malla, evaluación de las asas intestinales con buen aspecto. Por lo que se procede al cierre de la malla, solapando sus bordes, hasta lograr reducir casi a la mitad el diámetro transverso del defecto abdominal. Colocación de VAC a 75 mmHg. Día 3: apertura de la malla, buena viabilidad del paquete intestinal. Cierre de aponeurosis con Monomax. Seguidamente, se recorta la porción lateral de la malla puente, eliminando el material sobrante, con el objetivo de favorecer la tracción fascial. Fijación de la malla recortada al borde opuesto, solapando nuevamente los márgenes, sin realizar fijación al plano muscular ni aponeurótico. Colocación de VAC a 75mmHg. DIA 4: el paciente continúa intubado, con mínima necesidad de fármacos vasoactivos. Durante todo el proceso, monitorización continua de la Presión Intraabdominal. Con estas premisas proceda al cierre definitivo de la pared con sutura de monofilamento 0 de absorción ultralenta siguiendo la regla del 4:1. Evolución en reanimación: al ingreso, marcada inestabilidad hemodinámica con necesidad de drogas vasoactivas a dosis altas, posterior mejoría hasta suspensión completa. Respiratoriamente necesidad de traqueostomía, con dificultad en el destete por componente restrictivo (abdomen abierto). Oligoanuria que conduce a técnicas de reemplazo renal que evoluciona a diuresis espontánea sin apoyo diurético. Actualmente se encuentra asintomático, no presenta signos de eventración de la pared abdominal y está pendiente de cirugía conjunta con coloproctología para restauración del tránsito.

Discusión: Esta técnica de cierre progresivo mediante tracción fascial, con revisiones periódicas y manejo de la malla, permite avanzar hacia un cierre definitivo reduciendo de forma continua el defecto sin comprometer la integridad de la pared abdominal y con control total de la cavidad y protección de las vísceras.