



O-141 - FACTORES PREDICTORES DEL CIERRE DE PARED EN ABDOMEN ABIERTO ATRAUMÁTICO

de Mora Gómez, Álvaro; Guevara Martínez, Jenny Rosario; Castillo Marcos, Celia; Abad Moret, Rebeca; Forero Torres, Alexander; Gutiérrez Iscar, Eduardo; García-Moreno Nisa, Francisca; Fondevila Campo, Constantino

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción: El abdomen abierto es empleado, entre otras, en cirugías de control de daños. Al instaurarse un abdomen abierto, se produce una pérdida de dominio abdominal y una retracción progresiva de los músculos de la pared, lo que dificultan significativamente el cierre definitivo del abdomen. El manejo quirúrgico de estos pacientes es especialmente complejo, requiriendo en muchos casos múltiples reintervenciones.

Objetivos: Evaluar los posibles factores predictores del cierre de pared abdominal en pacientes que se ha establecido un abdomen abierto en una cirugía de control de daños en nuestro centro.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo longitudinal en un hospital terciario entre los años 2020 y 2024. Se establecieron dos cohortes de pacientes, diferenciadas en función de la consecución o no del cierre fascial primario. Tras evaluar la comparabilidad estadística de los grupos, se estudiaron variables clínicas relevantes pre e intraoperatorias, la técnica quirúrgica empleada para el cierre temporal del abdomen y las complicaciones posoperatorias desarrolladas en cada grupo. Los pacientes estudiados se dividieron en dos grupos (1: cierre de pared, 2: no cierre de pared) Ambos grupos fueron comparables en cuanto a edad, sexo y factores de riesgo cardiovasculares, así como en la técnica quirúrgica empleada en el cierre temporal de pared (bolsa de Bogotá, terapia de presión negativa o terapia de presión negativa acompañada de cierre dinámico con malla).

Resultados: El número total de pacientes incluidos fue de 38, con una media de edad de 65,37 años y un 52,63% de hombres. El grupo 1 con un total de 23 pacientes y el grupo 2 con 15 pacientes. Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al grado de contaminación de la cavidad abdominal, el grupo 2 presenta un mayor grado de contaminación entéricofecaloidea, pero no de forma estadísticamente significativa. No se encontraron resultados estadísticamente significativos entre ambos grupos en las complicaciones posquirúrgicas analizadas (ver tabla). Sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la mortalidad, siendo mayor en el grupo 2 (86,7 vs. 39,1%).

	GRUPO 1 (Cierre pared)	GRUPO 2 (No cierre)	TOTAL	
n	23	15	38	
Sexo	M = 11 H = 12	M = 7 H = 8	M = 18 H = 20	
Edad	65,30 años	65,47 años	años	$p^2=0,709$
Mortalidad	39,1%	86,7%	57,89%	$p^1=0,04$
ETIOLOGIA				
Peritonitis secundaria	47,8%	53,3%	50%	$p^1=0,5$
Obstrucción	8,7%	0%	5,3%	$p^1=0,360$
Evisceración	13%	13,3%	13,2%	$p^1=0,668$
Causa médica	17,4%	33,3%	27,3%	$p^1=0,228$
Sangrado traumático	13%	0%	7,9%	$p^1=0,210$
FRCV				
HTA	56,52%	33,33%	47,37%	$p^1=0,143$
CI	4,35%	6,67%	5,26%	$p^1=0,640$
DM	21,74%	13,33%	18,42%	$p^1=0,419$
ERC	13,04%	6,67%	10,53%	$p^1=0,480$
ACO	30,43%	12,50%	21,05%	$p^1=0,085$
COMPLICACIONES				
Fístula	21,74%	33,33%	26,32%	$p^1=0,335$
Perforación	52,17%	33,33%	47,37%	$p^1=0,345$
Colección	52,17%	53,33%	52,63%	$p^1=0,604$
Evisceración	17,39%	13,33%	15,79%	$p^1=0,556$
Sangrado intraabdominal	39,13%	24,67%	34,21%	$p^1=0,332$
Mediana N° de Reintervenciones	3	4	4	$p^2=0,507$
CIRUGÍA CONTROL DAÑOS				
Lesión viscera hueca	56,52%	53,55%	55,26%	$p^1=0,847$
Lesión viscera sólida	13,04%	0%	7,89%	$p^1=0,210$
Resección intestinal	52,17%	46,67%	50%	$p^1=0,740$
Hemopentoneo >2L	21,74%	6,67%	15,79%	$p^1=0,371$
Tipo cierre abdominal				
- Bolsa Bogotá	13%	13,3%	13,2%	$p^1=0,668$
- TPN	65,2%	86,67%	73,68%	$p^1=0,137$
- TPN + malla	54,5%	0%	13,16%	$p^1=0,067$
Contaminación abdominal	56,5%	100%	73,68%	$p^1=0,02$
Tipo contaminación abdominal				
- Serosa	44,4%	33,3%	23,7%	$p^1=0,28$
- Purulenta	8,7%	20%	13,2%	$p^1=0,298$
- Enterico-fecaloidea	30,4%	46,7%	36,8%	$p^1=0,251$

1. Estadístico empleado Chi2
2. Estadístico empleado Mann Whitney U

Conclusiones: El cierre de la pared abdominal precoz es un claro factor protector en la supervivencia. Los pacientes con mayor grado de contaminación, presentan riesgo para el fallo del cierre abdominal (contaminación intraabdominales, o contaminaciones enterofecaloideas). En ellos es posible plantear el uso de terapias neoadyuvantes para el cierre precoz de la aponeurosis, como puede ser el uso de bótox, administrado desde la primera intervención.