



P-668 - CIERRE DE ABDOMEN ABIERTO POR TRACCIÓN FASCIAL MEDIADA POR MALLA TITANIZADA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Pérez Salar, Remedios; García Marín, Jose Andrés; Baeza Murcia, Melody; Mengual Ballester, Mónica; Martínez Moreno, Jose Luis; Lucas Zamorano, Isabel; Buitrago Ruiz, Manuel; Soria Aledo, Victoriano

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia

Resumen

Introducción: El cierre de pared abdominal tras un periodo de abdomen abierto puede suponer un verdadero reto para el cirujano general. Si bien es sabido que se recomienda un cierre temprano de la pared para evitar la retracción de la fascia abdominal y las complicaciones que esta conlleva, este cierre precoz no siempre es posible, obligando al cirujano general a enfrentarse a un amplio defecto de la fascia con una difícil aproximación de la línea media. A continuación, exponemos un caso clínico sobre cierre de abdomen abierto por tracción fascial mediada por malla titanizada llevado a cabo en nuestro hospital.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 49 años intervenida en el año 2024 de reimplante ureteral, tras una lesión del uréter izquierdo por una resección anterior baja de recto electiva por diverticulitis. Dos semanas después de la cirugía, la paciente es reintervenida de urgencia por una perforación de un asa de delgado asociada a una peritonitis difusa y un síndrome adherencial masivo. Ante la incapacidad de cerrar el abdomen sin tensión, se decide dejar un abdomen abierto asociado a un dispositivo de presión negativa tipo VAC. Se coloca una malla de polipropileno titanizada dividida por la mitad, suturada a los bordes aponeuróticos y con una sutura central que realiza una tracción continua sobre la fascia. Durante los siguientes días, la malla se corta en su porción central y se plica sobre si misma para conseguir la aproximación de los bordes de la herida. Finalmente, se consigue un cierre completo sin tensión de la aponeurosis el 6.^º día posoperatorio, dejando un VAC subcutáneo. La paciente es dada de alta pocos días después de la última intervención y no ha presentado complicaciones secundarias a su proceso a los 6 meses de la cirugía.

Discusión: Se denomina abdomen abierto al procedimiento quirúrgico por el cual se abandona deliberadamente el abdomen sin cerrar, protegiendo temporalmente el contenido peritoneal mediante diferentes medios técnicos. Existen numerosas indicaciones para la realización del abdomen abierto, siendo las más importantes la cirugía de control de daños, la necesidad de próximas cirugías de revisión, la presencia de sepsis abdominal grave y/o la prevención o tratamiento del síndrome compartimental abdominal. Se trata de una técnica segura y eficaz en pacientes seleccionados, pero que se asocia a una serie importante de complicaciones y una alta mortalidad, siendo la complicación más temida la aparición de una fistula entero-atmosférica. Existen dos tipos de técnicas principales para el cierre de pared abdominal tras un abdomen abierto:

técnicas estáticas y dinámicas. Estas últimas asocian una tracción fascial continua para evitar la retracción de la fascia y la lateralización de los músculos rectos del abdomen, logrando así un cierre fascial sin tensión. Las técnicas dinámicas son las más recomendadas por la European Hernia Society (EHS) y la World Society for Emergency Surgery (WSES) para el cierre del abdomen abierto, siempre asociadas a un sistema de presión negativa.