



VC-133 - MANEJO DEL ABDOMEN ABIERTO CON TERAPIA DE VACÍO Y COMPLICADO CON FÍSTULA ENTEROATMOSFÉRICA: UN RETO TERAPÉUTICO

Baudino, Maximiliano; Cabriada García, Guillermo; Sánchez Manuel, Francisco Javier; González Prado, Cristina; Ferlini Fuembuena, Romina Lorena; Cruza Aguilera, Iris; Casaval Cornejo, Luis; Álvarez Rico, Miguel

Hospital Universitario, Burgos.

Resumen

Introducción: El manejo del abdomen abierto con terapia de presión negativa (VAC) se ha consolidado como una estrategia eficaz en pacientes críticos, especialmente en sepsis abdominal o imposibilidad de cierre primario. Una de las complicaciones más graves asociadas a esta técnica es la formación de fístulas enteroatmosféricas, las cuales incrementan la morbilidad y representan un desafío terapéutico complejo. A continuación, se presenta el caso clínico de un paciente que desarrolló esta complicación durante el tratamiento con VAC.

Caso clínico: Varón de 64 años sometido en hospital comarcal a colecistectomía laparoscópica programada, convertida a laparotomía subcostal por dificultades técnicas, en la que se identifica una lesión iatrogénica de intestino delgado. Se amplió a laparotomía media con resección intestinal y anastomosis primaria. Debido a dehiscencias de la anastomosis, fue necesario realizar dos reintervenciones dejando tras la última reintervención, dos cabos cerrados de delgado y abdomen abierto con terapia VAC. Por inestabilidad hemodinámica se deriva paciente a nuestro hospital de tercer nivel. Se interviene a las 48 h de su llegada tras optimizar su situación hemodinámica objetivando múltiples deserosamientos en paquete intestinal y realizando nueva anastomosis. En el mismo acto se intentó cierre primario mediante separación posterior de componentes sin lograr aproximación fascial, por lo que se realiza puente entre fascias con malla Bio-A y malla plana de PPL supraaponeurótica y cierre cutáneo. Al octavo día posoperatorio manteniendo evolución tórpida, presenta fuga de contenido entérico que lleva a reintervención. Se objetiva fístula intestinal con origen en deserosamiento de asas en hipogastrio. Debido a la importante inflamación de tejidos y la situación desfavorable clínica y nutricional del paciente se opta nuevamente por dejar abdomen abierto con VAC y confeccionar una fístula dirigida con cierre elástico de la pared. El seguimiento en unidad de reanimación anestésica incluyó más de 20 recambios de VAC, creación de estoma flotante y chimenea de aislamiento con Alexis para el control del débito. Se logró un cierre cutáneo total a los 60 días a excepción de una porción distal de la herida donde se encuentra la fístula enteroatmosférica que en la actualidad continúa con curas de forma controlada en planta y manteniendo una evolución favorable con estabilidad clínica.

Discusión: Este caso ejemplifica los desafíos del manejo del abdomen abierto complicado con fístula enteroatmosférica. La experiencia adquirida resalta la importancia de una estrategia individualizada, el uso creativo de dispositivos como la chimenea de Alexis y la paciencia quirúrgica

con planificación a largo plazo en pacientes con complicaciones tan severas.