CIR ESP. 2016;94(Espec Congr):877

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-504 - RECONSTRUCCIÓN ABDOMINAL COMPLEJA TRAS EVISCERACIÓN TRAUMÁTICA: UTILIZACIÓN DE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA Y MALLA BIOLÓGICA DE SUSTITUCIÓN

Jiménez Gómez, Marta; Lima Sánchez, Jaime; Abrante Expósito, Begoña; Betancor Rivera, Néstor; Hernández Hernández, Juan Ramón

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción: La evisceración abdominal traumática es una lesión poco frecuente como consecuencia de un impacto de alta energía. La reparación de la pared abdominal tras el defecto creado es compleja y precisa de experiencia. Presentamos el caso clínico de un politraumatismo complejo en el cual se vio implicada la pared abdominal ocasionando un defecto de la misma con una importante avulsión musculocutánea y las estrategias que se llevaron a cabo para lograr su reconstrucción de la forma más fisiológica y estética posible, a pesar de las complicaciones presentadas durante el manejo.

Caso clínico: Varón de 16 años sufre accidente de motocicleta con traumatismo de alta energía contra guardarrail cortante que produce importante evisceración intestinal así como una gran pérdida de sustancia musculocutánea localizada en hemiabdomen derecho, se realiza cirugía urgente encontrándose gran defecto de pared abdominal, a través del cual se produce la evisceración del intestino delgado y el colon asociado a arrancamiento del íleon a nivel de la válvula ileocecal y rotura de íleon proximal. Laceraciones hepáticas en segmentos V-VI que se trataron con material hemostático y Packing, fractura renal derecha con sangrado activo a nivel de rama caudal de la arteria renal que daba lugar a un hematoma perirrenal y que requirió angioembolización. Se realiza resección de intestino delgado por perforaciones y hemicolectomía derecha. El cierre de la pared abdominal resulta muy dificultoso y se realiza cierre parcial muscular y fascial de la pared abdominal, y aproximación cutánea. El paciente desarrolló un postoperatorio favorable pero tórpido desde el punto de vista de la herida, con necrosis cutánea que requirió de varias intervenciones para desbridamiento y colocación de terapia de presión negativa que preparó la herida para su cobertura con un injerto libre de piel parcial. A los meses el paciente es intervenido nuevamente para corrección de eventración con malla biológica de sustitución subperitoneal. En el postoperatorio el paciente sufre necrosis completa de la región injertada con exposición de la malla y comienza nuevamente con terapia de presión negativa, inicialmente hospitalaria y posteriormente ambulatoria, consiguiéndose la granulación completa y posterior epitelización de la malla. Tras un año de seguimiento, el paciente presenta una pared abdominal íntegra, con la herida completamente cerrada y sin signos de eventración.

Discusión: Los defectos traumáticos de la pared abdominal son de alta complejidad reconstructiva y representan un desafío para el cirujano. Este caso es un ejemplo de que actualmente contamos con las herramientas adecuadas para hacer frente a la reconstrucción abdominal efectiva, incluso en pacientes que han sufrido politraumatismos severos, con terapias de vacío que consiguen una correcta cicatrización de las heridas y la utilización de mallas biológicas de sustitución que permiten obtener un resultado exitoso en la reparación de defectos de pared abdominal, incluso cuando éstas quedan expuestas, aportando beneficios con respecto a los tratamientos convencionales. Ello nos permite de forma global llevar a cabo la reconstrucción, gracias a su perfecta integración con el resto de tejidos. De esta manera se logra conseguir un buen resultado incluso en los pacientes más complejos.

See front matter © 2016 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados