



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-679 - ABDOMEN CATASTRÓFICO: SITUACIÓN LÍMITE EN EL ABORDAJE URGENTE DE LA PARED ABDOMINAL

Escalera Pérez, Raquel; Cárdenas Cauqui, Francisco; Melero Brenes, Sandra; Medina Achirica, Carlos; Díaz Oteros, Mercedes; Esteban Ramos, Luis; Gutiérrez Cafranga, Estibaliz; García Molina, Francisco

Hospital del S.A.S. de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera.

Resumen

Introducción: La cirugía de urgencias de la pared abdominal es una cirugía cada vez más frecuente y compleja debido al aumento de la obesidad de la población. Constituye un verdadero reto para el cirujano. Mostramos el caso de una paciente con un abdomen catastrófico de difícil manejo.

Caso clínico: Mujer 44 años, obesa mórbida IMC 50 mg/Kg². Tres cesáreas. Intervenida en múltiples ocasiones de hernia umbilical, eventraciones con resecciones intestinales y abdominoplastia. El abdomen presentaba una eventración multisaculada con pérdida de domicilio complicada. Leucocitosis de 31140 (neutrófilos-86%), Hb: 8,9 mg/dl, plaquetas: 505.000 mm, AP88%. Ácido láctico: 39. Se indicó cirugía urgente con resección de dos tramos de intestino delgado 70 cm de íleon medio y unos 50 cm de distal con sendas anastomosis. Se añadió una colectomía segmentaria de colon derecho con anastomosis colocolica. Ante la inestabilidad hemodinámica de la paciente y la imposibilidad del cierre de la fascia colocamos una malla Dinamesh IPOM intraperitoneal. Postoperatorio inmediato en UCI con fiebre mantenida, el TAC de control descartó complicaciones. Por la persistencia de reactantes de fase aguda elevados solicitamos eco de abdomen. Se visualizó una colección cuyo aspirado tenía aspecto intestinal. Realizamos nuevo TAC de abdomen donde ya si se evidenció gran neumoperitoneo. Reintervención urgente con salida abundante de material intestinal desde a través de la malla. Extirpación parcial de la misma debido a la íntima integración sobre las asas. Confirmamos que se trataba de un único segmento intestinal necrosado con múltiples fístulas de unos 70 cm que incluía una de las anastomosis de delgado realizada en la cirugía anterior. Se resecó estando el margen proximal a unos 50 cm de Treitz. Se dejó abdomen abierto con Bolsa de Bogotá y pasó nuevamente a UCI. Tras el recambio de la bolsa de Bogotá a las 48h planteamos la opción de aplicar terapia de presión negativa. Planificamos una eventración controlada ante la imposibilidad del cierre fascial directo (defecto de unos 40 cm de diámetro). Tras cuatro recambios con terapia de presión negativa con presiones ligeramente superiores a las recomendadas, logramos el cierre completo de la piel y el alta de la paciente. Actualmente recuperándose, con eventración controlada pendiente de la reparación definitiva de la fascia de manera programada.

Discusión: La cirugía de pared urgente en ocasiones presenta una alta dificultad, primero por la complejidad de los pacientes y en segundo lugar por lo recursos disponibles ya que no disponemos de mallas biológicas de forma habitual. Es muy discutible la colocación una malla intraperitoneal sin matriz suficiente para lograr su integración lo cual puede favorecer la aparición de fístulas intestinales. Tras la segunda cirugía fue mandatorio realizar una “anastomosis de necesidad”. A pesar del contexto contaminado (peritonitis fecaloidea) no disponíamos de pared para sacar un estoma debido al gran defecto de la fascia. Consideramos

que ante situaciones extremas podemos recurrir a realizar un control de daños generando una eventración programada, para ello la terapia de presión negativa puede ser de gran utilidad.