



www.elsevier.es/cirugia

P-502 - CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MANEJO DE LA EVISCERACIÓN. OPCIÓN DE NUEVO TRATAMIENTO CONSERVADOR

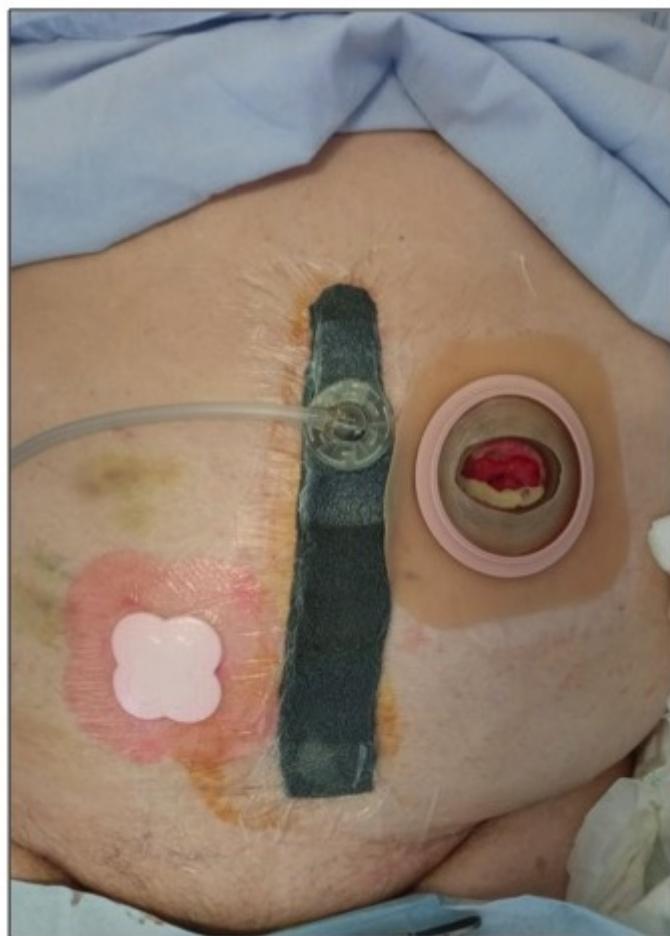
Pascual Nadal, Juan José; Velayos García, Paula; Santonja Sahuquillo, Fernando; Vicente López, Marta; Saeta Campo, Rebeca; Ripoll Martín, Roberto; Ots Gutiérrez, José Ramón; Oliver García, Israel

Hospital Marina Baixa, Villajoyosa.

Resumen

Introducción: La evisceración es la dehiscencia de los planos de la herida quirúrgica y salida del contenido abdominal a su través durante el posoperatorio inmediato, constituyendo una urgencia quirúrgica. Su tratamiento consiste en el cierre de pared con o sin prótesis o bien un cierre temporal del abdomen. Se presenta el caso de una paciente eviscerada que fue tratada de forma conservadora con terapia Prevena™.

Caso clínico: Mujer de 86 años con antecedentes de diverticulosis y demencia, que ingresó por oclusión de sigma por estenosis diverticular no franqueable. El cuadro no resolvió con tratamiento conservador, realizando operación de Hartmann. El acceso fue por laparotomía media y cierre en monoplano con dos suturas absorbibles de poligliconato (Maxonloop™) del 1. En el posoperatorio presenta evisceración completa del tercio inferior de la laparotomía, y hundimiento y desprendimiento parcial de la colostomía por absceso periostomal. Por el riesgo quirúrgico y estado basal posoperatorio (escasa movilidad), reintervención compleja que precisara de remodelación de colostomía, y además rechazo a la cirugía por parte de la paciente y familiares, se intentó manejo conservador con terapia negativa-positiva (sistema Prevena™). Con esta terapia se consiguió formar una evisceración cubierta con aislamiento de las asas intestinales y drenaje del líquido ascítico. Durante la primera semana la paciente permaneció en decúbito supino y sedestación. Se realizaron curas cada semana, siendo dada de alta a los 14 días con manejo domiciliario y cierre de la herida cutánea en un mes, consiguiendo en este segundo tiempo crear una eventración. Respecto al desprendimiento de la ostomía, se realizaron curas aproximando los bordes asociando terapia tipo VAC™, además de placa de ostomía convexa y cinturón, consiguiendo control y cierre del desprendimiento a los 2 meses.



Discusión: La evisceración de la herida quirúrgica es una complicación grave con elevada morbimortalidad, y con incidencia del 40-60% de eventración posoperatoria. El tratamiento ideal consiste en el cierre de pared abdominal. En cambio, si el paciente se encuentra en situación grave, existe edema/distensión de asas intestinales o contaminación, el cierre además de empeorar la clínica estaría abocado al fracaso. Existen alternativas como el cierre temporal del abdomen, instauración de una eventración mediante interposición de prótesis reabsorbibles, o cierre con prótesis intraabdominal asociado a terapia VACTM. En nuestro caso, se propuso terapia negativa-positiva como alternativa de tratamiento dado que la paciente presentaba alto riesgo quirúrgico para una reintervención y rechazó la cirugía. Esta presenta 4 pilares de funcionamiento. 1. Aislamiento y cierre de la herida. 2. Drenaje del líquido ascítico y la infección. 3. Creación de terapia negativa en la esponja que se coloca superficialmente a la herida parcialmente cerrada, favoreciendo la cicatrización. 4. La terapia negativa sobre la herida crea una presión positiva sobre la evisceración, favoreciendo su contención. La evisceración es una complicación grave con alta morbimortalidad. El tratamiento de elección consiste en el cierre de pared, relegando el resto de terapias a pacientes complejos. El manejo con terapia negativa-positiva es una alternativa que puede resultar eficaz en pacientes complejos, con escasa movilidad y elevado riesgo quirúrgico.