



P-533 - NECROSIS EN PARED ABDOMINAL TRAS EMBOLIZACIÓN PERCUTÁNEA DE ARTERIA EPIGÁSTRICA

Serrano González, Javier¹; Galán Fajardo, José María¹; Hernández Bartolomé, Miguel Ángel¹; Esteban Agustí, Enrique¹; Román García de León, Laura²; Zabala, Jaime¹; Díaz Pérez, David¹; Galindo Jara, Pablo¹

¹Hospital Universitario de Torrejón, Torrejón de Ardoz; ²Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Introducción: Presentamos el caso de un paciente que sufre necrosis cutánea extensa tras embolización percutánea de arteria epigástrica inferior, y su manejo.

Caso clínico: Varón de 73 años, con antecedentes personales de hábito tabáquico y EPOC. Es intervenido de urgencia por shock séptico grave secundario a perforación en primera porción duodenal con peritonitis difusa. Tras abordaje por laparotomía media suprainfraumbilical, se realizó sutura primaria del defecto, lavado y colocación de drenajes en cavidad. En período posquirúrgico desarrolla fibrilación auricular, y episodio de hipotensión en 10º día posoperatorio. Por este motivo se realiza angioTC que demuestra hematoma en la pared abdominal. La angiografía demuestra pequeño sangrado dependiente de una rama tributaria de la arteria epigástrica inferior derecha, que se emboliza con cianoacrilato. Correcta evolución hemodinámica tras el procedimiento, pero el paciente desarrolla una zona de isquemia cutánea que va delimitándose con el paso de los días, convirtiéndose en una placa de necrosis seca de 15 × 20 cm aproximadamente, sin signos inflamatorios perilesionales, limitada únicamente al hemiabdomen derecho. Es valorado por Cirugía Plástica, recomendando abandono del hábito tabáquico previo a la reconstrucción quirúrgica. Durante las 6 semanas previas a la intervención, se acondiciona al paciente para un mejor resultado posquirúrgico. Se realizan curas cada 48 horas con desbridante enzimático, desciende paulatinamente el consumo de tabaco (hasta llegar a 10 cigarrillos al día) y es seguido por Endocrinología, aportándose suplementos proteicos para compensar el estado catabólico del paciente. Junto con Cirugía Plástica, se reseca el tejido afecto, que comprende piel, músculo recto y fascia posterior del mismo, y se reconstruye mediante colocación de malla de polipropileno en posición retromuscular y transposición de colgajo fasciocutáneo. La evolución posquirúrgica es correcta, sin aparición de complicaciones en relación con el colgajo.



Discusión: Las arterias epigástricas inferiores, rama de la arteria ilíaca externa, son las encargadas de aportar vascularización a todo el grosor de la pared abdominal, desde los músculos rectos, hasta la piel. Se anastomosan con las arterias epigástricas superiores, ramas de la arteria mamaria interna. Es por este motivo que, en caso de lesión de alguna de las dos, el aporte sanguíneo puede ser suplido desde el extremo opuesto. Es conocida la necrosis cutánea como complicación de algunas técnicas de reconstrucción de pared abdominal (como la separación anterior de componentes), donde han de seccionarse los vasos perforantes para permitir la extensión de la malla. Por este motivo se crearon variantes que respetaban dichos vasos perforantes periumbilicales. En los casos de hematoma de la pared abdominal, habitualmente contenidos por la vaina de los rectos, el tratamiento de elección es la embolización percutánea de los vasos epigástricos inferiores, siendo esta la opción más selectiva y con menor morbilidad. No es frecuente encontrar casos de isquemia de la pared abdominal tras este procedimiento. En nuestro caso, probablemente el hábito tabáquico y el estado proembolígeno secundario a su fibrilación auricular y la sepsis concomitante, facilitaron el desarrollo de dicha complicación. Para los buenos resultados obtenidos creemos imprescindible el

acondicionamiento prequirúrgico multidisciplinar.