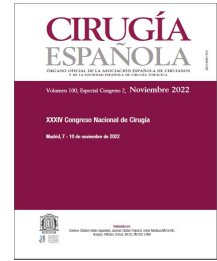




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-686 - MANEJO TERAPÉUTICO DE ABDOMEN CATASTRÓFICO Y FÍSTULAS ENTEROATMOSFÉRICAS EN NIÑA DE 13 AÑOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Déniz Ramírez, Ariadna María; Soto Darias, Iván; Navarro Sánchez, Antonio; Montesdeoca Cabrera, Dácil; Pérez Alonso, Esteban; Hernández Hernández, Juan Ramón

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

Resumen

Introducción: Abdomen catastrófico u hostil se define como condición grave del paciente quirúrgico que por lo general, ha requerido de dos o más laparotomías. Como consecuencia de ello, puede llegar a presentar alteración del tránsito intestinal, sepsis, fugas de anastomosis y fístulas intestinales.

Caso clínico: Presentamos el caso de una niña de 13 años intervenida por el servicio de cirugía pediátrica por linfangioma quístico mesentérico, mediante resección laparoscópica. Reintervenida a los cuatro días, por *shock* séptico de origen abdominal secundario isquemia intestinal parcheada y perforaciones múltiples de asas de delgado y ciego, realizándose resecciones intestinales e ileostomía terminal. Intervenida hasta en dos ocasiones más por dicho servicio, se nos solicita valoración a cirugía general desde la unidad médica intensiva pediátrica, tras no mejoría con intervenciones previas. Se reinterviene, objetivándose una peritonitis plástica con una coraza de neoperitoneo que engloba a la totalidad del paquete intestinal. Engrosamiento de todas las asas intestinales y de todas las hojas peritoneales. Se realiza resección de ileostomía previa y neoileostomía. Múltiples lavados, despegamiento de asas y sutura de perforaciones asociadas. Imposibilidad de cierre de pared, se coloca sistema de terapia de cierre asistida por vacío (VAC). Reintervenida durante su ingreso hasta en quince ocasiones en cuatro meses. Tutorización de fístulas intestinales, con recambios del mismo y curas en quirófano, consiguiendo finalmente una fístula entero-atmosférica controlada en hipogastrio, con cierre de las restantes. Es dada de alta a los seis meses de primera intervención. Un año, después programada para reconstrucción del tránsito gastrointestinal y de pared abdominal. En quirófano se objetiva fístula enteroatmosférica en hipogastrio conformada por conglomerado de asas intestinales abocadas a la piel con varias bocas entéricas que funcionan a modo de ostomía. Síndrome adherencial importante de todo el paquete intestinal restante y del colon. Ángulo hepático del colon a modo de fístula mucosa en flanco derecho. Hígado fusionado a laparotomía media a nivel del segmento V junto a la vesícula biliar que es macroscópicamente normal. Retroperitoneo retraído hacia ambos parietocólicos. Masa anexial derecha que impresiona de quistes hemorrágicos que dependen del ovario derecho, útero de aspecto macroscópico normal. Ambas trompas de aspecto arrosariado. Ovario izquierdo normal. Supramesocólico congelado con el hígado. Retracción Lateral de ambos músculos rectos del abdomen los cuales están tapados por la piel. Piel alrededor de zona de la fístula con gran componente inflamatorio y de aspecto granular. Se realiza liberación de asas de delgado y de colon,

con reconstrucción del tránsito con anastomosis yeyuno-colónica y reconstrucción de pared abdominal y colocación de malla biológica de origen bovino y malla de polipropileno.



Discusión: Consideramos la terapia VAC puede ser beneficiosa para posterior reconstrucción de la pared en adolescentes, con abdómenes catastróficos, con múltiples fístulas enteroatmosféricas que se encuentren tutorizadas. La colocación posterior de malla biológica y de polipropileno, pueden suponer un material ideal, para la reconstrucción en adolescentes según nuestra experiencia.