



P-541 - TRACCIÓN CONTINUA DÉRMICA MEDIANTE TÉCNICA DE LAZADA CON VESSEL LOOPS DESPUÉS DE DEHISCENCIA DE PARED ABDOMINAL DESPUÉS DE EVENTROPLASTIA COMPLEJA

Martínez Álvez, Celia; Torres, Ana; Segarra, Anna; Clavell, Arantxa; Gené, Clara; Malagón, Paloma; Carrasco, Cristian; Cuadrado, Marta María

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Resumen

Introducción: La incidencia de hernia incisional (HI) después de una laparotomía media es elevada y puede aparecer entre un 20-40% de los casos. En los pacientes con HI de gran tamaño, su reparación puede conllevar problemas fisiopatológicos graves, como el síndrome compartimental abdominal y la insuficiencia respiratoria aguda restrictiva. A fin de evitar estas complicaciones es esencial destacar la importancia de una optimización previa de los pacientes y realizar una correcta planificación de la cirugía.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 55 años, con antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad grado IV (IMC 42,8 Kg/m²) y una Sigmoidectomía por una neoplasia colónica que presenta una HI de la laparotomía media (M2-M4, W3). Se realiza la reparación de la HI mediante una técnica de separación posterior de componentes con colocación de una malla de fluoruro de polivinilideno (PVDF) y una malla de polipropileno (PP) en el espacio retromuscular. En el posoperatorio inmediato la paciente presenta una insuficiencia respiratoria aguda restrictiva grave secundaria al aumento de la presión intrabdominal que requiere una cirugía emergente descompresiva con retirada de las mallas, dejando el abdomen abierto protegido con terapia de presión negativa (TPN) tipo Abthera® sin tracción aponeurótica asociada. Tras dos meses en UCI en tratamiento con TPN ininterrumpida, la paciente presenta como secuela un abdomen abierto con una retracción aponeurótica superior a 30 cm con exposición casi completa del paquete intestinal. En estas circunstancias, es derivada a nuestro centro para su manejo clínico. A su llegada, se inicia una optimización nutricional intensiva consiguiendo una pérdida ponderal significativa, se hace hincapié en la fisioterapia respiratoria intensiva, y se inicia una tracción dérmica continua y progresiva mediante la técnica de lazada con *vessel loops* de silicona elásticos combinada con la TPN con intención de lograr un cierre progresivo de la herida abdominal. Finalmente, en cuanto la piel da de sí lo suficiente, se planifica una nueva cirugía para cubrir toda el área visceral expuesta con los planos cutáneo y subcutáneo. Como complicación presenta una pequeña dehiscencia en la región M3 que se trata con un injerto de piel procedente del muslo. La paciente regresa a su domicilio con una calidad de vida aceptable. De forma diferida y según su evolución clínica futura se valorará la opción de una nueva cirugía para la reparación completa de todos los planos de la pared abdominal.

Discusión: En los procedimientos complejos de reparación de la pared abdominal una incorrecta selección y optimización preoperatoria pueden tener consecuencias potencialmente mortales para los pacientes con HI de gran tamaño.