



O-269 - ABDOMEN ABIERTO ATRAUMÁTICO. ETIOLOGÍA Y COMPLICACIONES

de Mora Gómez, Álvaro; Guevara Martínez, Jenny; Castillo Marcos, Celia; Forero Torres, Alexander; Gutiérrez Iscar, Eduardo; García-Moreno Nisa, Francisca; Fondevila Campo, Constantino

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción: El abdomen abierto o laparostomía es una técnica quirúrgica empleada en la cirugía del control de daños. En lugar de realizar un cierre completo de la pared abdominal se cubre temporalmente la cavidad, pudiendo emplear un sistema de presión negativa. Esta técnica permite controlar la presión intrabdominal, realizar un mejor control de la cavidad abdominal en caso de necesitar un *second look* o un cierre secuencial de la misma. Puede ser empleado en diferentes situaciones, traumáticas y atraumáticas. Las causas no traumáticas más importantes son la peritonitis secundaria, la isquemia mesentérica y el síndrome compartimental. El manejo de estos pacientes es muy complejo dada su gran heterogenicidad y morbilidad.

Objetivos: Evaluar la etiología y complicaciones del abdomen abierto en pacientes sin patología traumática en nuestro centro.

Métodos: Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo longitudinal desde enero de 2021 hasta abril de 2024. Se recogieron variables demográficas, técnicas empleadas y complicaciones. Evaluando los pacientes en función de la mortalidad, analizando los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), etiología y las complicaciones posoperatorias.

Resultados: Se incluyeron un total de 53 pacientes, de los cuales 29 eran mujeres (54,7%), con una media de edad de 67 años. En el 58% de los pacientes, se realizó una laparostomía como control de daños inicial, mientras que en el 42% se realizó en un segundo tiempo quirúrgico tras una revisión por una complicación posquirúrgica. En las complicaciones posoperatorias, en el grupo no *exitus*, un 65% de pacientes desarrollaron una colección intrabdominal y un 25%, una fístula enteroatmosférica. La mediana de reintervenciones hasta el cierre completo de la pared abdominal fue de 5,15, consiguiéndose en el 85% de los pacientes. En el grupo *exitus*, el 42,4% de los pacientes, la indicación quirúrgica inicial fue isquemia mesentérica aguda, mientras que en el 36,4% fue peritonitis secundaria a un cuadro obstructivo o a una perforación. (tabla).

	Grupo 1 (No <i>exitus</i>)	Grupo 2 (<i>Exitus</i>)	Total	
n	20	33	53	

Sexo	M = 55%	M = 55%	M = 55%	
Indicación	1 ^{er} tiempo = 12	1 ^{er} tiempo = 19	1 ^{er} tiempo = 31	
2.º tiempo = 8	2.º tiempo = 14	2.º tiempo = 22		
Edad (años)	66,30	67,42	67	

Etiología

Peritonitis secundaria	35%	36,4%	35,8%	p = 0,617
Isquemia mesentérica	25%	42,4%	35,8%	
Cirugía vascular	5%	3%	3,8%	
Evisceración	15%	9,1%	11,3%	
Causa médica	15%	9,1%	11,3%	
Sangrado atraumático	5%	0%	1,9%	

Técnica quirúrgica

Cierre dinámico	30%	21,2%	24,5%	
Sistema presión negativa	55%	84%	73,6%	
Bolsa Bogotá	20%	24,2%	22,6%	

Complicaciones

Fístula	25%	27,3%	26,4%	p = 0,857
Perforación	35%	36,4%	35,8%	p = 0,921
Colección	65%	30,3%	43,4%	p = 0,014

Evisceración	20%	12,1%	15,1%	p = 0,442
Sangrado intraabdominal	50%	27,3%	35,8%	p = 0,98
Reintervenciones	5,15 (2,27-8,03)	3,88 (2,53-5,23)	4,36 (3,03-5,68)	p = 0,128
Cierre completo	85%	57,6%	67,9%	p = 0,4

Conclusiones: No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad en cuanto a etiología, FRCV ni variables demográficas. Sin embargo, la isquemia mesentérica representa un porcentaje mayor en el grupo de pacientes fallecidos. El porcentaje de pacientes con cierre completo del abdomen es significativamente menor en pacientes fallecidos debido a la mayor incidencia de isquemia mesentérica, que presenta una alta mortalidad en el periodo posoperatorio inicial.