

Cartas al director



Abdomen abierto y contenido

Sr. Director:

He leído el interesante trabajo de Brox Jiménez et al¹ sobre el uso de la bolsa de Bogotá. Como refieren los autores, este método fue descrito en un medio de escasos recursos, similar al nuestro.

En el año 2002 publicamos una experiencia de 7 años con abdomen abierto y contenido por sepsis abdominal grave², sobre 113 pacientes. Frente a lo que consideramos buenos resultados, haré una síntesis de la técnica utilizada. En la tabla 1 figuran los diagnósticos de inclusión.

Decidida la "laparostomía temporaria", se coloca polietileno esterilizado previamente con óxido de etileno, multiperforado y medido para que sobrepase generosamente los bordes laparotómicos; se ubica dentro del peritoneo, sin fijación alguna, y se adiciona algún corte al plástico para el ligamento redondo, alguna ostomía, etc. Para grandes laparotomías, se efectúan pocos y gruesos puntos extraperitoneales y subdérmicos. Esta maniobra evita la separación exagerada de los bordes cuando la técnica se prolonga, al punto que nunca utilizamos injertos. En el espesor de la pared colocamos gasas húmedas, algunas introducidas por debajo de los puntos, para prevenir cizallamiento de asas. Todos los pacientes reingresan al quirófano para sus "toilettes", a partir de las 48 horas.

Una rápida comparación de resultados mostró, para nuestra serie, una edad promedio menor, de 42 (intervalo, 17-84) años. El predominio masculino fue mayor (62,27%). La mortalidad alcanzó el 35,39%, pero al igual que para el grupo de Brox, las causas se vincularon a enfermedades de base; 4 pacientes no tuvieron "toilettes" por mortalidad precoz y los restantes ingresaron 3,6 veces promedio a quirófano.

Con este método se descartaron costos mayores³, pero sólo en días/cama se utilizaron 2.909, con 25,74 días promedio.

José Ricardo Usandivaras

Servicio de Cirugía General. Hospital Ángel C. Padilla.
San Miguel de Tucumán. Tucumán. Argentina.

Bibliografía

1. Brox-Jiménez A, Ruiz-Luque V, Torres-Arcos C, Parra-Membrives P, Díaz-Gómez D, Gómez-Bujedo L, et al. Experiencia con la técnica de la bolsa de Bogotá para el cierre temporal del abdomen. *Cir Esp*. 2007;82:150-4.
2. Usandivaras JR, Brahín FA, Noguera M, Cunio A. Abdomen abierto y contenido por sepsis abdominal grave. *Rev Médica Tucumán*. 2002;8:83-91.
3. Kriwanek S, Armbruster C, Ditttrich K, et al. Long-term outcome after open treatment of severe intra-abdominal infection and pancreatic necrosis. *Arch Surg*. 1998;133:140-4.



Respuesta de los autores

Sr. Director:

Ante todo queremos agradecer al Dr. Usandivaras su interés por nuestra reciente publicación en referencia a nuestra experiencia con la técnica de la bolsa de Bogotá para el cierre temporal del abdomen.

Quisiéramos destacar el importante número de pacientes de su estudio, así como los buenos resultados obtenidos.

A diferencia del citado grupo, nosotros suturamos sistemáticamente la bolsa al borde de la piel con una sutura continua de polipropileno del cero. El método empleado por Usandivaras et al nos parece una buena opción, pues al igual que nosotros respetan al máximo los bordes aponeuróticos para evitar la necrosis y no comprometer el cierre definitivo.

Nos gustaría puntualizar que en ocasiones realizamos las aproximaciones y los recambios de la bolsa a pie de cama del paciente en la unidad de cuidados intensivos con medidas asépticas, y no sometemos al paciente a ningún riesgo anestésico.

De igual manera para Usandivaras et al, a nosotros la bolsa de Bogotá nos parece un método útil, práctico, sencillo y económico para el cierre temporal del abdomen.

**Antonia Brox-Jiménez, Virgilio Ruiz-Luque,
Pablo Parra-Membrives y Daniel Díaz Gómez**

Hospital Universitario de Valme. Sevilla. España.

TABLA 1. Diagnósticos de inclusión

Enfermedades de base	Pacientes, n (%)
Peritonitis secundaria fecal	50 (44,25)
Peritonitis terciarias (postoperatorias)	23 (20,35)
Peritonitis secundarias graves no fecales	8 (7,08)
Necrosis pancreática infectada	18 (15,93)
Evisceración (con insuficiencia peritonítica)	10 (8,85)
Celulitis necrosante abdominal	4
Total	113 (100)