



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-559 - ABDOMEN ABIERTO EN VACÍO. ESTUDIO PROSPECTIVO INICIAL

Reyhani Calvo, Arasteh; Gómez Portilla, Alberto; Martín Martín, Ernesto; Magrach Barcenilla, Luis Alberto; Ibiricu Oroz, Lorea; Larrañaga Zabaleta, Maitane; Etxart Lopetegui, Ane; Bustamante, Ruth

Hospital Universitario de Álava, Álava.

Resumen

Objetivos: El cierre abdominal diferido (CAD) es un recurso técnico importante en el manejo del paciente crítico. La Hipertensión intraabdominal (HTIA), ya sea de causa primaria (peritonitis difusa, hemorragia masiva, pancreatitis necrohemorrágica...) o de causa secundaria (cualquier etiología que requiera una gran reposición de líquidos) que provoca una disfunción orgánica; El manejo rápido y eficaz de la HTIA y la evacuación efectiva de los contenidos tóxicos intraabdominales mejora el estado crítico del paciente. En estos casos está indicada la práctica de un CAD, que debe realizarse precozmente. Entre las diferentes técnicas descritas para realizar el CAD, en nuestro centro realizamos el *Vaccum Pack* descrito por Brock en 1995 que presenta las características óptimas que un CAD debe cumplir, el *Vaccum Pack* presenta ciertas ventajas sobre las alternativas de cierre diferido más comúnmente empleados.

Métodos: Realizamos un estudio prospectivo desde enero 2014 hasta abril 2015; 15 pacientes precisaron la práctica de un cierre abdominal diferido tipo abdomen abierto en vacío para el tratamiento de complicaciones postoperatorias y manejo del paciente crítico. Se estudia este grupo de pacientes atendiendo a la edad, sexo, comorbilidades (ASA), enfermedad causante del ingreso, cirugía abdominal previa, indicación de CAD, número reexploraciones hasta el cierre definitivo, tipo de cierre final de la pared abdominal, y complicaciones abdominales postoperatorias.

Resultados: Desde enero 2014 a abril 2015, 15 pacientes precisaron la práctica de un cierre abdominal diferido tipo abdomen abierto en vacío, requiriendo desde 1 a 6 intervenciones hasta su cierre definitivo. Con una mediana de edad de 71 años, con un rango entre 46 a 89 años. 60% de los pacientes presentan un IMC > 25 kg/m², y tienen un ASA > II. Las indicaciones del CAD fueron un 53% (8 pacientes) por peritonitis difusa, 3 pacientes (20%) pancreatitis necrotizante, otros 2 pacientes (13%) isquemia intestinal, 1 paciente (7%) por hemorragia masiva y otro 7% síndrome compartimental tras rotura de aneurisma. La complicación postoperatoria más frecuente fueron las colecciones intraabdominales en 5 pacientes (33%), tratadas efectivamente mediante drenajes percutáneos. La mortalidad apreciada en nuestro estudio es del 26% (4 pacientes). Por último, en 11 de los pacientes (73%) se consiguió el cierre primario de la pared, en el restante ha requerido un cierre diferido de pared mediante un sistema de vacuum de herida.

Conclusiones: El cierre abdominal diferido (CAD) mediante la técnica de abdomen abierto en vacío es importante recurso técnico para el manejo del paciente crítico, no exento de complicaciones como son la fistula enterocutánea y la hernia incisional. En nuestro estudio sería necesario un seguimiento

a largo plazo y un registro mayor de pacientes para poder presentar resultados concluyentes.