



P-486 - HERIDA ABDOMINAL COMPLEJA INFECTADA: CIERRE CON AYUDA DE MALLA LAMINAR BIOABSORBIBLE DE LARGA DURACIÓN

Butrón Vila, Teresa; Pérez Cadavid, Santiago; Robustillo Rego, Manuel; Shirai, Konstantin; Iglesias Peña, Israel; Montalvo Tinoco, Rommel; Martínez Pozuelo, Almudena; Rubio González, Eduardo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: El manejo de heridas con planos musculares o fasciales abiertos con contaminación/infección bacteriana o fúngica y exposición de peritoneo suponen un reto para su resolución. Presentamos un caso en el que con el uso de una malla laminar bioabsorbible de larga duración, se consiguió el cierre de la herida.

Caso clínico: Paciente varón de 81 años con antecedentes de obesidad IMC 34,5, diabetes tipo II que requiere insulina, insuficiencia renal crónica, arteriopatía periférica. Trasplante renal de donante fallecido complicado por fístula urinaria por dehiscencia de anastomosis que requirió múltiples intervenciones, dehiscencia de anastomosis vascular del injerto por aneurisma micótico secundario a infección por *Candida albicans* y *Enterococcus faecalis*. Trasplantectomía con implante de parche en arteria iliaca externa. Reintervención por recidiva de fístula urinaria, embolización de riñones nativos y hemodiálisis posterior. Isquemia aguda tras ligadura arterial con necrosis de miembro inferior izquierdo, con amputación supracondílea atípica alta. A la exploración presentaba herida abdominal en palo de jockey izquierda abierta con exposición de peritoneo que contiene paquete de asas intestinales desde la trasplantectomía, con infección por *Enterobacter* MR y *E. faecium* resistente a vancomicina que requirió aislamiento de contacto. Se siguieron curas locales con hipoclorito sódico diluido y desbridantes locales durante 3 semanas. Posterior intervención para cierre retardado de herida abdominal: se encontró apertura de 20 × 10 cm con peritoneo con tejido de granulación, retracción de planos musculares superior e inferior. Se realizó liberación del colgajo muscular superior y del inferior hasta cresta iliaca y sínfisis del pubis. Colocación de malla bioabsorbible BIO A (Gore)[®] (ácido poliglicólico y carbonato de trimetileno) de 22 × 14 cm preperitoneal fijada lateralmente con Maxon 2/0. Colocación de malla BIO A de 10 × 5 cm en zona medial de herida fijada a los bordes aponeuróticos con Maxon 2/0 y colocación de malla BIO A de 25 × 7 cm prefascial subcutánea sobre previas de forma que en mitad lateral externa de la herida queda una doble malla y en la medial una triple malla ajustada. Se cerró subcutáneo y piel en los 2/3 mediales de la herida y se aplicó terapia de presión negativa (TPN) con esponja de poliuretano en 1/3 externo por no poderse cerrar la piel. Se hicieron cambios cada 3 días y 15 días después los cirujanos plásticos procedieron a despegamiento de zona abdominal suprafascial y avance de colgajos sobre malla previa consiguiendo cierre sin tensión, dejando drenaje cerrado durante 10 días. Presentó pequeña dehiscencia en zona media de cicatriz que cerró con cura plana.

Discusión: El uso de una malla bioabsorbible ofrece una alternativa a las mallas biológicas en heridas infectadas/contaminadas y son una ayuda en heridas complejas como el caso presentado y corrobora los resultados del estudio multicéntrico prospectivo presentado por Rosen et al. (2015).