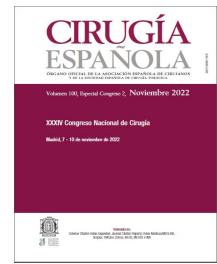




# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## OR-293 - EL ABDOMEN ABIERTO EN PACIENTES NO POLITRAUMATIZADOS: NUESTRA EXPERIENCIA

*Aguilar Márquez, Ana Isabel; Lorence Tomé, Irene; Romero Vargas, Estela; Gil-Olarte Márquez, María de los Angeles; Reguera Rosal, Julio; Jiménez Vega, Francisco Javier; López Ruiz, José Antonio*

*Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.*

### Resumen

**Objetivos:** La cirugía de control de daños y el manejo del abdomen abierto nacen del reto de tratar a pacientes politraumatizados con deterioro fisiológico muy severo o en situación de fracaso multiorgánico. Esto permite la correcta resucitación del paciente y posteriormente completar la cirugía en condiciones óptimas. En los últimos años, se ha extrapolado a pacientes no politraumatizados en situación clínica similar con descenso de la mortalidad y menor tasa de estomas definitivos. Presentamos nuestra experiencia con el uso del abdomen abierto en pacientes no politraumatizados.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo que incluye pacientes no politraumatizados que han requerido el uso de un sistema de abdomen abierto tras una cirugía emergente desde 2015 hasta la actualidad en nuestro centro. Todos presentaban un deterioro fisiológico importante, que ha sido analizado con varias escalas (POSSUM, qSOFA, APACHE II). El cierre temporal del abdomen en su mayoría se ha realizado con sistema de presión negativa con o sin tracción fascial.

**Resultados:** Presentamos a 22 pacientes con una edad media de 61,5 años, siendo 11 mujeres y 11 varones. Las causas que motivaron el manejo con abdomen abierto fueron: isquemia mesentérica (31,82%), síndrome compartimental (13,54%), perforación de víscera hueca (13,54%), evisceración (9,09%), hernia interna (9,09%), hemorragia digestiva baja (9,09%), obstrucción intestinal (9,09%) y dehiscencia de sutura (4,55%). Se utilizó un sistema de presión negativa con o sin tracción fascial en 20 casos, en los restantes *vacuum*-pack y bolsa de Bogotá. La media de recambios fue de 1,54. Se realizó cierre primario en 14 pacientes, sin precisar tracción fascial previa en el 64,28% de los casos. Hubo un caso de cierre por segunda intención, debido al desarrollo de fistulas enteroatmosféricas. La estancia media fue de 23,5 días. La tasa de *exitus* del 45,46%, siendo las causas más frecuentes el síndrome compartimental y la isquemia mesentérica, con un score medio de APACHE II y POSSUM de 27,31 y 69,45%, respectivamente. En 7 pacientes se realizó anastomosis en la cirugía de revisión, frente a 5 estomas y una reconstrucción del tránsito precoz. En dos casos existió dehiscencia de sutura posterior al cierre. En cuanto a las complicaciones menores se observaron 7 íleos posoperatorios (31,82%), 4 infecciones de herida (18,18%), 3 seromas (13,63%), 3 hematomas (13,63%), 3 colecciones intrabdominales (13,63%). Las complicaciones médicas más frecuentes fueron las respiratorias (59,09%), cardíacas (59,09%) y renales (50%) seguidas del síndrome de intestino corto (22,72%), sepsis por catéter (18,18%) y síndrome de Bolton

(13,63%).

**Conclusiones:** El uso del abdomen abierto en pacientes no politraumatizados es efectivo para disminuir la tasa de estomas definitivos, y la mortalidad, observándose en nuestra serie una disminución de la misma en un 10% y 24% según la esperada por los scores APACHE II y POSSUM, respectivamente. Sin embargo, no debemos olvidar que la selección del paciente y el cierre definitivo precoz es una prioridad, ya que no se trata de una situación fisiológica y presenta una alta tasa de complicaciones, tal y como describimos en nuestra serie de casos.