



P-046 - CIERRE DE GRANDES DEFECTOS DE PARED ABDOMINAL MEDIANTE PLASTIA DE EPIPLON Y MALLA DE POLIPROPILENO SUSTITUTORIA EN PACIENTES CON LAPAROSTOMÍAS DESCOMPRESIVAS

F. Pardo Aranda, E. Muñoz Muñoz, J. Camps Lasa, X. Rodríguez Alsina, F. Simó Alari, M. Riveros Caballero y E. Veloso Veloso

Hospital Mutua, Terrassa.

Resumen

Objetivos: El cierre definitivo de la pared abdominal tras laparostomías descompresivas puede plantear problemas quirúrgicos de difícil solución al generarse un defecto de grosor total en la pared abdominal ocasionado por la retracción músculo-aponeurótica y cutánea.

Métodos: Presentamos tres pacientes con grandes defectos completos de pared abdominal secundarios a laparostomías descompresivas por síndrome compartimental abdominal (SCA) cuyo cierre definitivo se efectuó mediante una plastia de epiplón mayor, para aislar las vísceras abdominales, reforzada con malla de polipropileno (PP) anclada en posición supraaponeurótica sobre la musculatura oblicua retraída, seguido o no de injerto de piel parcial.

Resultados: Paciente 1: varón de 79 años, con antecedentes de obesidad y colangitis, que tras colecistectomía laparoscópica, fue reintervenido a las 48 horas por peritonitis secundaria a fuga biliar. En el postoperatorio desarrolló un SCA, por lo que se realizó una laparostomía descompresiva. Al sexto día se realizó la reconstrucción de la pared constatándose un defecto completo de 20 cm transversal y 15 cm longitudinal. Se suturó una plastia de epiplón al borde músculo-aponeurótico y se reforzó con malla de polipropileno anclada sobre la aponeurosis retraída. En el postoperatorio requirió terapia de vacío durante 5 semanas, obteniéndose la integración de la malla y la granulación de la herida, con completa epitelización por segunda intención en 6 meses. Tras 5 años de seguimiento no ha presentado ninguna complicación. Paciente 2: varón de 67 años con antecedentes de obesidad, EPOC y SAOS, que tuvo que ser intervenido por evisceración tras cistoprostatectomía radical mediante cierre primario, tras lo cual desarrolló un SCA requiriendo una laparostomía descompresiva. Posteriormente se cerró el defecto de la pared abdominal de 32 × 22 cm, mediante epiploplastia y refuerzo de malla polipropileno supraaponeurótica. Se completó tratamiento con terapia de vacío durante 6 semanas y posterior injerto de piel parcial sobre el defecto cutáneo. Tras un año de seguimiento no ha presentado ninguna complicación. Paciente 3: varón de 68 años, con antecedentes de obesidad, insuficiencia cardíaca y bronquitis crónica intervenido por oclusión intestinal por bezoar. Tuvo que ser reintervenido por dehiscencia anastomótica y evisceración constatándose síndrome de hipertensión intraabdominal que obligó a dejar el abdomen abierto. Tras 6 días se procedió al cierre abdominal, comprobando un defecto completo de pared abdominal de 22 × 15 cm que se reconstruyó mediante una plastia de epiplón,

reforzado con malla de polipropileno. Requirió terapia de vacío durante 3 semanas. En la actualidad está pendiente de injerto de piel parcial sobre tejido de granulación.

Conclusiones: El epiplón se ha demostrado útil en la reparación de grandes defectos abdominales. Sin embargo, se desconoce su capacidad de granulación a través de una malla de PP expuesta al exterior. La propiedad aislante del epiplón previene de la creación de fístulas y ha mostrado resultados satisfactorios en el cierre de paredes abdominales gracias a su capacidad de integrar el PP, incluso en ambientes infectados. El tratamiento de grandes defectos completos de pared abdominal mediante esta técnica es un procedimiento a tener en cuenta ante situaciones parecidas a las presentadas.