



P-606 - CIRUGÍA DE CONTROL DE DAÑOS EN EL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

T. Prieto-Puga Arjona, A. González Sánchez, J.M. Aranda Narvaéz, B. García Albiach, J.A. Blanco Elena, A. Titos García, C. Montiel Casado y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: La cirugía del control de daños en el paciente traumatizado se reconoce como el procedimiento de elección cuando fracasa la fisiología normal. El cierre del abdomen temporal se considera como el gesto quirúrgico final, y aunque existen varias técnicas, el empleo de presión negativa parece ser que aporta ventajas. No obstante, el cierre del abdomen temporal asocia complicaciones inherentes, fundamentalmente la hernia ventral masiva y la fístula enteroatmosférica. En un intento de mejorar la tasa del cierre fascial primario se ha identificado distintas técnicas, entre otras la tracción fascial con malla de polipropileno.

Caso clínico: Presentamos un caso de un varón de 31 años que fue trasladado a nuestro centro, tras sufrir herida por arma de fuego abdominal. A su llegada se evidenció hipotensión no respondedora a volumen además de una herida abdominal con pérdida de sustancia y evisceración, por lo que se realizó laparotomía de emergencia. Los hallazgos intraoperatorios mostraron estallido del borde inferior del segmento III hepático, del colon transverso y de intestino delgado y hemoperitoneo de aproximadamente 2 litros. Ante la severidad de las lesiones y shock se realizó cirugía de control de daños completándose la sección de colon transverso y delgado, hemostasia del mesenterio y packing hepático; sin realizar anastomosis se realizó el cierre del abdomen temporal con terapia de presión negativa (ABthera KCI). Tras estabilización en UCI, se realizó la primera exploración a las 48 horas comprobándose la hemostasia hepática y la ausencia de otras lesiones, se realizó la reconstrucción de la continuidad digestiva y se colocó una malla de tracción fascial de polipropileno como complemento a la terapia de presión negativa. Durante las distintas revisiones quirúrgicas se evidenció contenido biliar en el área gastrohepática, cambiando el apósito abdominal con presión negativa por cura de herida con presión negativa (esponja de polivinilo sobre paquete visceral KCI) y desestimando el cierre fascial primario. Finalmente la fístula biliar cerró de forma espontánea y una vez granulado el paquete visceral, se cubrió el defecto cutáneo con un injerto cutáneo libre. Tras la recuperación completa del paciente fue intervenido para reparar la gran hernia laparotómica con separación fascial de aproximadamente 15 cm; realizándose una reparación por componentes modificado. El postoperatorio curso sin incidencias y finalmente pudo ser dado de alta definitiva desde consulta externas con excelente resultado estético y funcional.

Discusión: La cirugía de control de daños es parte fundamental en la asistencia quirúrgica al paciente politraumatizado grave, ya que permite el tratamiento de las lesiones amenazantes para la vida de forma rápida. El cierre del abdomen temporal es parte inherente del procedimiento,

existiendo cada vez mas evidencia de que la aplicación de terapia de presión negativa mejora el pronóstico. Cuando surgen complicaciones como la fístula enteroatmosférica, el adecuado cuidado de la herida y la correcta elección de los tiempos quirúrgicos se muestran fundamentalmente para el éxito terapéutico. La hernia ventral planeada debe considerarse entonces de elección. Para su posterior reparación las técnicas de separación por componentes es segura y eficaz, con excelentes resultados funcional y estético.