



P-697 - OPCIONES TERAPÉUTICAS EN EL ABDOMEN AGUDO CATASTRÓFICO

Landaluce Olavarria, Aitor; Ugarte Sierra, Bakarne; Telletxea, Sorkunde; Postigo, Susana; Sañudo, Celia; Ibáñez Aguirre, Francisco Javier

Hospital de Galdácano, Galdácano.

Resumen

Introducción: El abdomen agudo catastrófico constituye un reto para el cirujano. Lo ideal sería prevenirlo detectando de forma precoz las complicaciones. En los casos que aparece un abdomen agudo no existen evidencias científicas sobre cómo abordarlo.

Métodos: Estudio retrospectivo de los abdómenes agudos catastróficos en nuestro servicio desde noviembre del 2011 a noviembre del 2016. Se incluyeron 27 pacientes. Las variables analizadas fueron la mortalidad teórica estimada preoperatoria (P-Possum e Índice de Peritonitis de Manheim), causa del abdomen agudo catastrófico, uso de terapia de presión negativa, número de recambios, cierre primario de pared, uso de malla de retracción, presencia de eventración postoperatoria y mortalidad real a 30 días. Las causas de abdomen agudo fueron: 3 pacientes (11,1%) evisceración, 2 (7,4%) síndrome compartimental abdominal, 1 (3,7%) isquemia intestinal, 1 (3,7%) shock hipovolémico, 1 (3,7%) herida abdominal por arma de fuego, 6 pacientes (22,2%) dehiscencia de anastomosis, 2 (7,4%) infección grave de partes blandas y 11 (40,7%) sepsis abdominal por peritonitis aguda. El estudio se dividió en: uso de la cirugía de control de daños en los pacientes con shock séptico de origen abdominal, cierre de pared abdominal, tratamiento del espacio suprafascial y tratamiento de las fístulas intestinales en abdómenes hostiles.

Resultados: La mortalidad teórica estimada preoperatoria fue de 42,3%. La mortalidad postoperatoria fue del 11,1%. Esto supuso un descenso de más del 50% de la mortalidad teórica estimada preoperatoria. La media de recambios fue de 3,88 (1-11), siendo más alta en los pacientes en que no fue posible el cierre primario. En 22 pacientes (81,5%) se realizó un cierre primario. En 5 pacientes (18,51%) no se consiguió el cierre primario, en 2 de ellos, se colocó una malla de Kugel y en otros 2 se utilizó una malla de retracción. En todos, la separación de los bordes era mayor de 10 cm. 3 pacientes (11,1%) presentaron eventración postoperatoria. El manejo del espacio suprafascial fue realizado al principio de la serie con drenajes aspirativos de gran grosor pero se obstruían a partir del 15 postoperatorio. En la segunda fase, se utilizó la terapia de presión negativa con reducción de más del 90% del espacio suprafascial. El manejo de las fístulas intestinales en los abdómenes hostiles se realizó de forma escalonada dependiendo del débito intestinal: terapia de presión negativa, terapia de presión negativa + fístula tutorizada, terapia de presión negativa + técnica de Ring y Terapia de presión negativa + bolsa de ileostomía fijada a abdomen con Corega®. En los pacientes con alto débito intestinal, esta última opción, consiguió el control local de la fístula y evitar la sepsis.

Conclusiones: 1. La cirugía de control de daños en los pacientes con shock séptico de origen abdominal desciende de forma notoria. 2. La malla de retracción asociada a un sistema de presión negativa ayuda al cierre de la pared. 3. El espacio suprafascial se reduce de forma brusca con la terapia de presión negativa. 4. Las fístulas intestinales en el abdomen hostil se puede tratar con éxito mediante la aplicación de Corega[®] junto a la terapia de presión negativa.