



P-515 - COLGAJOS DERMOGRASOS EN ABDÓMENES CATASTRÓFICOS

Martínez Lahoz, Yaiza; Casas Sicilia, Estefanía; Hernaez Arzoz, Alba; Castán Villanueva, Néstor; Domingo Bretón, María; Gonzalo Rodríguez, Azucena; Güemes Sánchez, Antonio

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Resumen

Introducción: La infección profunda de herida quirúrgica o la infección del sitio quirúrgico en el paciente obeso tiene consecuencias que pueden determinar la morbimortalidad del caso en cuestión. A su vez, el conocimiento de colgajos dermograsos y de los principios básicos de cirugía plástica pueden ser útiles para el cirujano general de cara a resolver la situación y conseguir un cierre cutáneo de calidad.

Caso clínico: Se presentan dos casos de pacientes obesos en los que se utilizó un colgajo dermograso de rotación para cierre de amplios defectos de la pared abdominal. El primer caso es un varón de 82 años, obeso mórbido, intervenido de urgencia por diverticulitis aguda complicada realizándose sigmoidectomía-Hartmann abierta, con posterior evisceración, por lo que para el cierre de la pared se utilizaron puntos totales. En el postoperatorio, el paciente desarrolló una gangrena de Meleney, por lo que requirió un desbridamiento quirúrgico amplio quedando un importante defecto en la pared abdominal. Se consiguió una adecuada granulación del lecho del defecto, pero en lugar de realizar injerto libre de piel, se decidió realizar un colgajo dermograso de rotación con buen resultado posterior. El segundo caso es un varón de 63 años, obeso mórbido, intervenido inicialmente de una sigmoidectomía abierta con anastomosis y que se complicó con fuga de la misma, posteriormente perforación de la colostomía y muñón rectal, así como perforación de yeyuno. A lo largo de su evolución se colocó sistema de cierre abdominal temporal con sistema Abthera, resultando imposible el cierre posterior de la pared abdominal por retracción de los músculos rectos abdominales de más de 20 cm, cuyo cierre habría derivado en un síndrome compartimental. Se decidió cierre con malla de Omyra sobre la que se coloca sistema VAC. Posteriormente, para el cierre de dicho defecto se realizó un colgajo dermograso de rotación.



Discusión: La reconstrucción de la pared abdominal debe restablecer la integridad de la pared protegiendo las vísceras intraabdominales y previniendo el desarrollo posterior de hernia ventral. Los defectos de la pared abdominal pueden ser parciales si únicamente existe defecto de piel y tejido subcutáneo, o totales cuando asocian defecto musculofascial. Esta distinción es importante a la hora de planificar la reconstrucción. En defectos pequeños sin pérdida muscular pueden ser útiles los injertos de piel, pero cuando presentan dicha pérdida, se optan por técnicas como separación de componentes asociando, en ocasiones, el uso de mallas protésicas. Otras opciones son los colgajos musculocutáneos pediculados, teniendo en cuenta que el músculo oblicuo externo parece el más idóneo para la reconstrucción del tercio superior de la pared, y el tensor de la fascia lata para el tercio inferior proporcionando un gran arco de rotación. En los casos presentados, se combina la utilización de mallas sintéticas que proporcionan consistencia a la pared abdominal, con colgajos dermograsos para cubrir el defecto. Es importante conocer que las terapias de presión negativa pueden proporcionar un recubrimiento temporal del defecto hasta que se realiza el tratamiento reconstructivo definitivo.