



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-355 - MANEJO DE ABDOMEN ABIERTO CON TERAPIA NEGATIVA. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Funes, Tania; González-Gómez, Carolina; Barragán, Cristina; Maté, Paloma; León, Miguel; Gutiérrez, Eduardo; Prieto, Isabel; Díaz-Domínguez, Joaquín

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción: El concepto de abdomen abierto nace como herramienta quirúrgica en los años 30, con el fin de prevenir el síndrome compartimental. Posteriormente fueron ampliándose sus indicaciones y hoy en día forma parte del arsenal terapéutico para la cirugía de control de daños, pacientes con sepsis intraabdominal grave, síndrome compartimental o en aquellos con daño de la pared abdominal. El cierre temporal ha evolucionado desde las compresas vaselinadas propuestas por Olgvie en 1940 hasta los sistemas de presión negativa, pasando por la bolsa de Bogotá o las cremalleras. Nuestro objetivo es revisar cuales son las indicaciones fundamentales en nuestro centro, así como el tiempo medio hasta su retirada y la técnica de cierre de pared empleada.

Métodos: Realizamos una revisión retrospectiva de aquellos pacientes en los que se usaron dispositivos de terapia de presión negativa en nuestro servicio, desde enero del 2014 a enero del 2016.

Resultados: En esos 24 meses se aplicó la terapia de presión negativa a 71 pacientes (63,38% hombres) con una edad media de 64,24 años (25-90). El 72,54% de los casos eran pacientes pluripatológicos con un ASA medio III/IV el 72,54%. Ingresaron de urgencia 42 pacientes (59,15%). La indicación de abdomen abierto fue sepsis intraabdominal grave (dehiscencia anastomótica 12,68%, peritonitis 8,45%, perforación de víscera hueca 7,04%), la necesidad de una relaparotomía (isquemia intestinal 15,49%, pancreatitis 12,68%, obstrucción intestinal 8,45%), síndrome compartimental (5,63%) e imposibilidad de cierre abdominal (infección de pared abdominal 14,08%, evisceración 5,63%, y eventración encarcerada 1,41%) y cirugía de control de daños (politraumatismo 4,23%, hemoperitoneo 4,23%). El número medio de cirugía previas en el mismo ingreso sin uso de tal dispositivos es de 0,91 (0-3). En cuanto al recambio de VAC en quirófano fue de 3,40 (0-21). La estancia media en UCI fue de 15,53 días (0-120). El tiempo medio de retirada de VAC y cierre de pared definitivo fue de 12,78 días (0-135). En 21 pacientes (29,56%) se hizo cierre por planos, en 14 pacientes (19,72%) se cerró el defecto con materiales protésicos, en 5 pacientes (7,04%) se realizó cierre de fascia con desdoblamiento de rectos, en 2 pacientes (2,82%) se cerró la piel usando injertos, en otros 2 (2,82%) no se cerró ni la fascia ni la piel y hubo 1 caso (1,41%) en el que la imposibilidad de cierre aponeurótico obligó a un defecto parcial cubierto tan solo por piel. Se registraron 26 exitus, siendo la estancia media del total de la serie de 39,68 días (0-196).

Conclusiones: El uso de dispositivos de presión negativa ha conseguido disminuir la morbimortalidad en pacientes con abdomen abierto. Entre sus indicaciones se encuentra la sepsis intraabdominal severa, el síndrome compartimental, la cirugía de control de daños o el daño en la pared abdominal. A pesar de los avances en este campo, la mortalidad sigue siendo elevada (en general derivada de la disfunción multiorgánica y la complejidad de estos pacientes) y amerita un correcto manejo multidisciplinar.