

P-510 - MANEJO DE ABDOMEN ABIERTO CON CIERRE FASCIAL DINÁMICO, MEDIADO POR MALLA EN PACIENTE CON OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA: MANEJO DE UN CASO

Rodríguez Suárez, Andrea Rita; Déniz Ramírez, Ariadna María; González Sánchez, Laura; Hernández Hernández, Juan Ramón

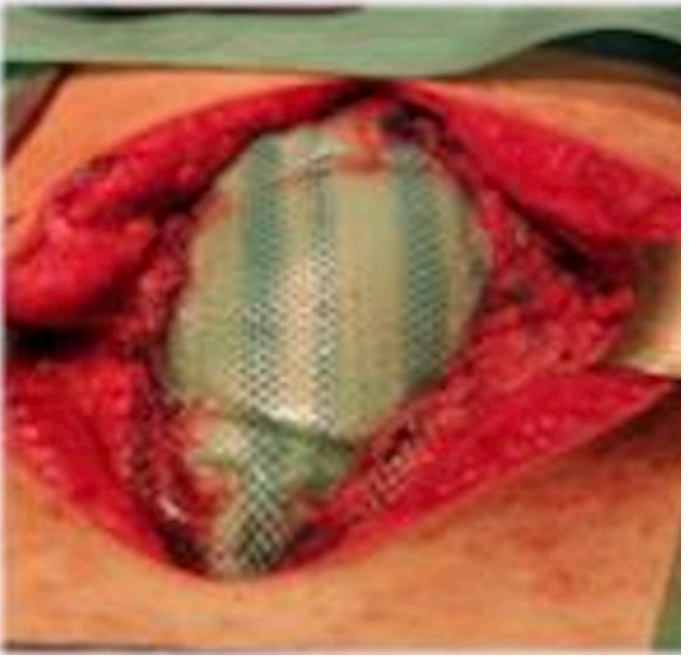
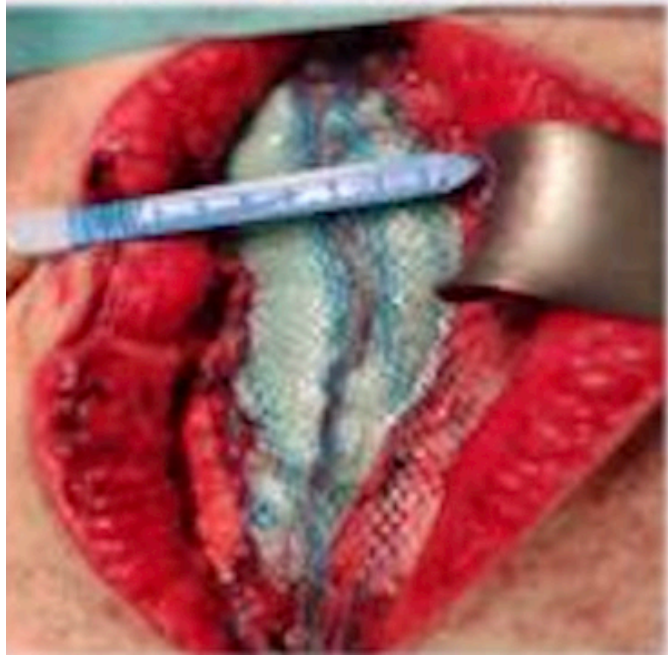
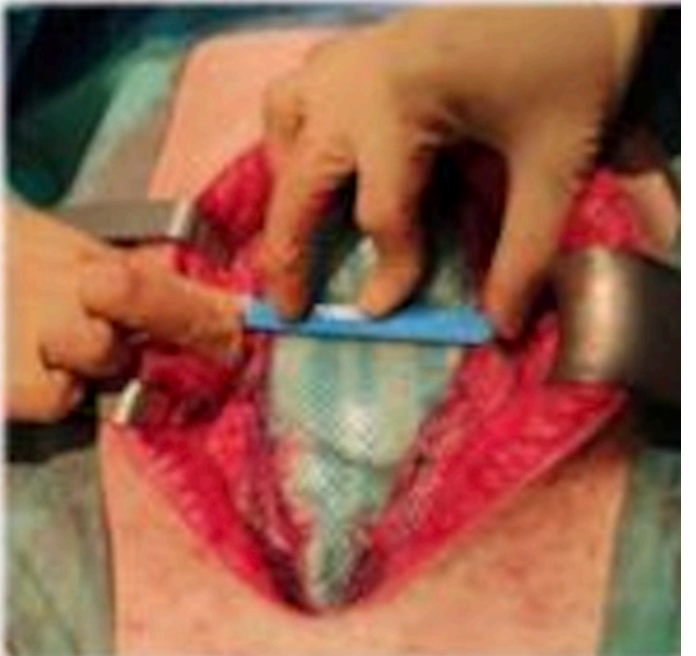
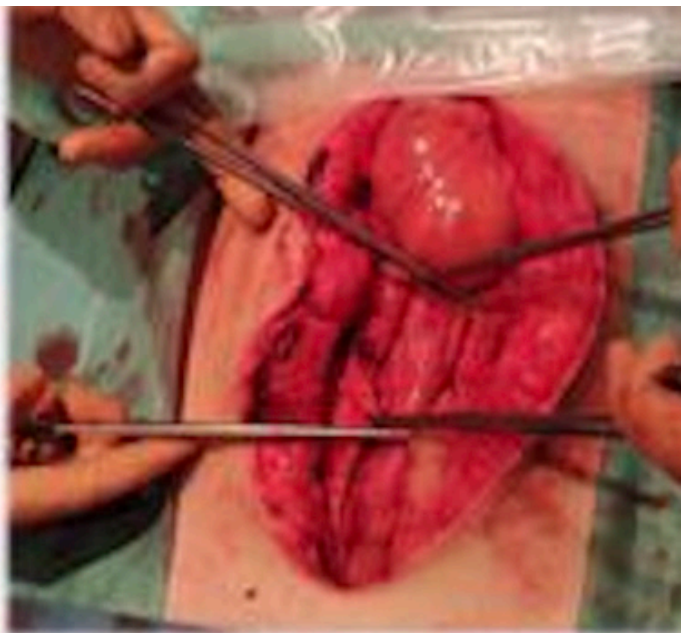
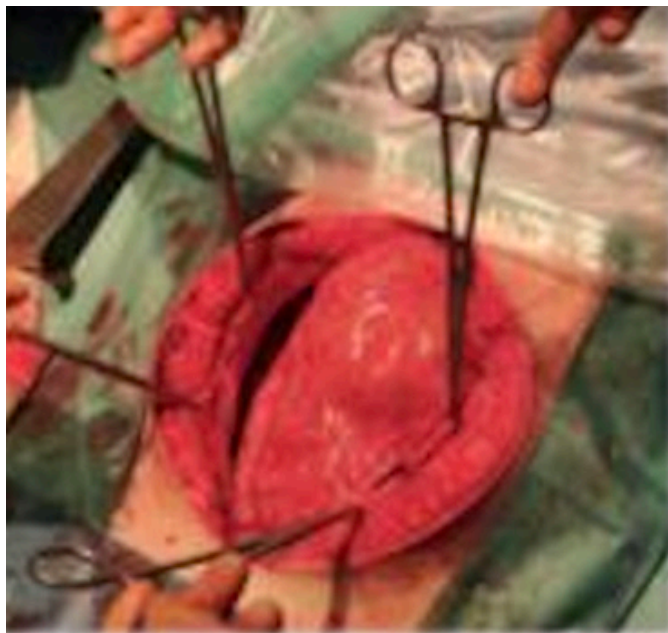
Complejo Hospitalario Universitario Insular, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción: El abdomen abierto es un recurso técnico que el cirujano puede utilizar en casos seleccionados y en distintos escenarios. Existen numerosos dispositivos comerciales o artesanales que nos permiten realizar la laparotomía que comprenden desde la clásica bolsa de Bogotá hasta los modernos dispositivos de terapia de presión negativa (TPN).

Caso clínico: Paciente mujer de 15 años derivada al hospital tras reiteradas consultas por dolor abdominal en centro de atención primaria. Refiere dolor abdominal en fosa ilíaca derecha de 72 horas de evolución asociado a vómitos y diarreas. A su llegada a Urgencias presentaba inestabilidad hemodinámica con necesidad de soporte vasoactivo. A la exploración física presentaba un abdomen distendido, timpanizado con signos de irritación peritoneal y una analítica sanguínea con aumento de los reactantes de fase aguda. Se realizó TAC de abdomen con hallazgos compatibles con apendicitis aguda complicada con perforación. Se decidió intervención quirúrgica urgente, realizándose laparotomía y visualizando una peritonitis purulenta en los cuatro cuadrantes, dilatación generalizada de asas de intestino delgado en relación con íleo adinámico y una apendicitis aguda con perforación. Durante su intubación, presentó neumotórax izquierdo que precisó colocación de tubo de drenaje pleural. Por todo ello, se decidió mantener abdomen abierto con reintervención a las 24 horas, tras lo cual se revisó la cavidad abdominal, donde se objetivó una fascia con buen aspecto y sin contaminación intraabdominal, pero debido a la alta presión e imposibilidad de cierre fascial se procedió a la colocación de dispositivo de terapia de presión negativa (TPN). Posteriormente, la paciente no presentaba mejoría mediante medidas terapéuticas convencionales, con fracaso multiorgánico, necesidad de soporte vasoactivo e hipoxemia grave, por lo que se decidió traslado a Unidad de Medicina Intensiva donde se inició terapia ECMO durante 8 días. Tras los últimos días de tratamiento con ECMO, se comenzó el descenso progresivo de la presión intraabdominal (PIA) en torno a 12 mmHg. La paciente presentaba un defecto de pared abdominal de 7 cm al inicio del procedimiento. Sin compromiso respiratorio restrictivo, se procedió a los 10 días de la primera intervención a la terapia combinada mediante colocación de malla de prolipropileno de poro ancho y *onlay* fijada mediante sutura de monofilamento 2/0 a hoja aponeurótica con TPN para cierre fascial dinámico progresivo. Tras 18 días de tratamiento y ante la posibilidad de cierre de pared definitivo, se retiró la malla previa y se procedió a la colocación de una nueva retromuscular, de mismas características y fijada mediante misma técnica, tras cierre de

línea media mediante técnica *small bites*, con una proporción 4:1 de sutura continua de monofilamento 2/0.



Discusión: En función de la PIA y respuesta ventilatoria se realizaba la aproximación fascial progresiva. Una de las complicaciones entre cada recambio fue el sangrado de la pared dada la necesidad de tratamiento anticoagulante para la terapia ECMO. Un aspecto mandatorio en el abdomen abierto es garantizar su cierre lo más precozmente posible, ya que el riesgo de desarrollar complicaciones aumenta exponencialmente al tiempo que este se mantiene, especialmente a partir del 8° día.