

Cartas al director



Vacuum pack como técnica de elección en el síndrome compartimental abdominal, incluso tras cirugía citorreductora y quimiohipertermia

Sr. Director:

La revisión de conjunto del volumen de enero de 2007¹ aporta algunas reflexiones interesantes, motivo por el que expresamos nuestra felicitación a sus autores, tales como una visión general del problema actualizado a la realidad científica tanto nacional como mundial, haber puesto de manifiesto la importancia del diagnóstico del síndrome compartimental abdominal (SCA) en pacientes críticos, la repercusión general sobre todos los órganos de nuestra economía y las medidas terapéuticas aconsejables, incluidas las alternativas de tratamiento quirúrgico más conocidas, mostrar descriptiva y gráficamente la técnica de elección según su criterio, resaltando que la técnica empleada es un factor determinante en la supervivencia de estos pacientes y que las principales complicaciones de los cierres provisionales son las fístulas enterocutáneas y las eventraciones, y finalmente las ventajas que aportan la interposición del epiplón y del material protésico siliconado.

Sin embargo, en nuestra opinión, traduce algunos errores que el conocimiento de la técnica del abdomen abierto en vacío, descrita por Brock et al² en 1995, y la más reciente revisión sobre el tratamiento del paciente con abdomen abierto de Rutherford et al³ de 2004 hubieran obviado. Desde la utilización de una malla como capa interna, la colocación del drenaje aspirativo entre el epiplón

y la malla, la sutura de la malla sin tensión al peritoneo y aponeurosis posterior del recto, la práctica de incisiones de relajación laterales en la pared abdominal, y por último la aplicación de Ventrofil[®], para facilitar un cierre progresivo según describen.

La implantación de la triple terapia combinada (citorreducción, quimioterapia intraperitoneal e hipertermia) en el tratamiento de los pacientes afectados de carcinomatosis representa el peor de los escenarios posibles en la cirugía abdominal si surge una complicación postoperatoria en la cavidad peritoneal. Estos pacientes se encuentran desprovistos de los mecanismos locales de defensa (peritoneo parietal y epiplón) y sufren los efectos deletéreos locorregionales y sistémicos que implica la aplicación de forma conjunta de las peritonectomías y resecciones viscerales múltiples, unido a la hipertermia y los citostáticos, lo que justifica la alta morbilidad que esta técnica conlleva; sin embargo, y gracias a la aplicación sistemática del abdomen en vacío, hemos podido solucionar la mayoría de las complicaciones que hemos tenido en nuestra serie. En los últimos 10 años, desde febrero de 1997, hemos realizado 108 citorreducciones en 69 pacientes afectados de carcinomatosis de diversas etiologías, y se ha precisado de reintervención por complicación intraabdominal posquirúrgica en el 30,5% de las citorreducciones. En 17 ocasiones fue necesaria la práctica de 52 abdomenes abiertos en vacío (rango, 1-10; media, 2,8) para conseguir el control definitivo de la complicación.

Hemos seguido la técnica descrita por Brock et al² empleando una lámina de polietileno fenestrada como capa de contención aplicada directamente sobre el paquete visceral, seguida de dos compresas estériles y sobre ellas dos drenajes espirativos tipo Jackson Pratt, y para aproximar y ocluir la pared abdominal, una lámina adhesiva tipo loban 3M[®], según esquema de la figura 1, y se ha conseguido, mediante la aspiración, una presión negativa que asegura el sellado completo de la cavidad sin sutura alguna, con el resultado del cierre primario completo de la pared en 11 ocasiones (64,7%), parcial en 6, y solamente en una ocasión se precisó de una malla de composite para solucionar una eventración. De estos 52 abdomenes en vacío, sólo en dos ocasiones hubo perforación intestinal como efecto chupón de la presión negativa del plástico fenestrado sobre el paquete intestinal, y no se ha vuelto a presentar esta complicación desde que realizamos la fenestración me-

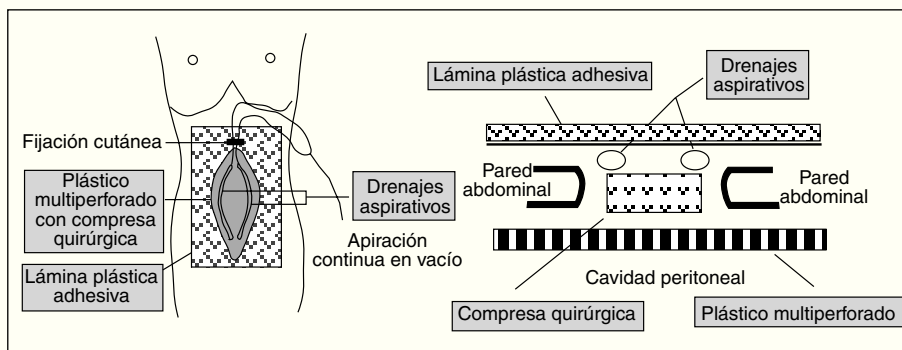


Fig. 1. Vista del abdomen en vacío con el esquema de la triple capa sin sutura.

diante perforaciones milimétricas con una hoja de bisturí n.º 11.

En nuestra experiencia el abdomen abierto en vacío cumple con todos los requisitos exigibles al cierre temporal de la cavidad abdominal ideal: garantiza la contención del contenido abdominal, protege el paquete visceral, asegura la evacuación de los fluidos, evita la contaminación, es fácil y rápido en su ejecución, previene del síndrome compartimental abdominal, preserva y mantiene la integridad completa de la pared abdominal limitando la retracción de la fascia musculoponeurótica, y es sumamente económico.

Por todo ello, creemos que es la técnica de elección para emplear en cualquier cierre temporal de la cavidad abdominal independientemente de la razón por la que se precise, incluso en el peor de los escenarios posibles como hemos demostrado en el tratamiento de las complicaciones quirúrgicas tras citorreducciones y quimiohipertermia intraperitoneal.

**Alberto Gómez Portilla, Iñaki Cendoya Ansola,
Iñaki Olavaria Muñoz
y Concepción Martínez de Lecea Hervías**

Grupo de Carcinomatosis Peritoneal. Policlínica San José.
Vitoria (Álava). España.

Bibliografía

1. Castellanos G, Piñero A, Fernández JA. La hipertensión intraabdominal y el síndrome compartimental abdominal: ¿qué debe saber y cómo debe tratarlos el cirujano? *Cir Esp.* 2007;81:4-11.
2. Brock WB, Barker DE, Burns RP. Temporary closure of open abdominal wounds: the vacuum pack. *Am Surg.* 1995;61:30-5.
3. Rutherford EJ, Skeete DA, Brasel KJ. Management of the patient with an open abdomen: techniques in temporary and definitive closure. *Curr Probl Surg.* 2004;41:811-76.