

SOLUCIONES SENCILLAS PARA PROBLEMAS COMPLEJOS DE LA PARED ABDOMINAL

Trillo Parejo, Pedro; Iglesias Diz, David; García García, Manuel; Fortes Pérez, Purificación; Domínguez Carrera, José Manuel; Santos Lloves, Ramón; Domínguez Sánchez, Julio Manuel; Gómez Lorenzo, Francisco José
COMPLEXO HOSPITALARIO DE OURENSE

OBJETIVOS

El objetivo es presentar tres casos quirúrgicos complejos de pared abdominal, solucionados con métodos sencillos, de actualidad, y que todo cirujano de pared abdominal puede tener en mente como una técnica para solucionar problemas difíciles y en ocasiones urgentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tres casos clínicos. El primero se trata de un paciente diagnosticado de HTA, e intervenido de tres "by-pass" aorto-coronario. Tomador de AAS. Intervenido de urgencia por un cuadro de colecistitis aguda (Kocher), reintervenido de hemorragia postoperatoria, evolucionando favorablemente siendo dado posteriormente de alta. A los seis meses se le diagnostica de una eventración por lo que se interviene colocándole una malla de prolipropileno. La pared sufre infecciones de repetición, fistulización a piel y extrusión de la prótesis. El problema se soluciona con un injerto libre de fascia lata y un colgajo epigástrico de cobertura. El segundo es una paciente intervenida de neoplasia de colon exteriorizado a pared abdominal, practicándose exéresis del tumor con el segmento de pared afectado. Como sustituto de pared abdominal se utiliza prótesis mixta Parietex. En el postoperatorio la paciente sufre un episodio de infección severa del sitio quirúrgico, que obliga al desbridamiento de pared abdominal quedando la prótesis expuesta e infectada (cultivos+). Sometida a cura aspirativa tipo vacuum 72 horas, evoluciona bien, desapareciendo la infección y permitiendo un cierre primario de piel. La tercera es una paciente intervenida de una diverticulitis perforada. En el postoperatorio inmediato se detecta shock séptico por infección grave de la pared abdominal, que obliga a reoperación urgente donde se aprecia que la colostomía estaba perforada a tejido celular subcutáneo, con extensa fascitis, lo que obliga a una amplia exéresis de la pared contaminada y necrótica. El cierre temporal se soluciona con una epiploplastía y cierre de piel.

RESULTADOS

Los tres pacientes evolucionaron favorablemente siendo dados de alta.

CONCLUSIONES

La utilización de injertos de fascia lata (material biológico) es adecuado para reforzar la pared abdominal, máxime si hay infección crónica.² La cura espirativa denominada vacuum, es útil para el tratamiento de la infección abdominal dónde hay material protésico.³ El epiploon puede solucionar un cierre temporal de la pared abdominal.