



Revisión

El cierre temporal de la cavidad abdominal: una revisión



Esmeralda Carnicer Escusol*

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General de la Defensa, Zaragoza, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Palabras clave:

Abdomen abierto
Cierre temporal
Síndrome compartimental abdominal
Cirugía de control de daños

R E S U M E N

El cierre temporal de la cavidad abdominal forma parte del tratamiento de situaciones en las que existe riesgo de desarrollo o presencia de un síndrome compartimental abdominal o de infecciones intraabdominales severas, y se utiliza también en la cirugía de control de daños y ante grandes defectos de la pared abdominal. Aunque puede resultar enormemente beneficioso, no está exento de complicaciones, lo que se ha traducido en la búsqueda de técnicas que minimicen o excluyan las consecuencias del abdomen abierto, objetivo aún no alcanzado. En el presente trabajo hemos realizado una revisión de las diferentes indicaciones y métodos utilizados para el cierre temporal y el cierre definitivo de la fascia, con sus posibles ventajas e inconvenientes, mostrando la situación actual en este campo.

© 2015 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Open abdomen
Temporary abdominal closure
Abdominal compartment syndrome
Damage control surgery

Temporary abdominal closure: A review

A B S T R A C T

As part of the treatment procedure when there is a risk or presence of compartment syndrome or serious intraabdominal infection, the abdominal cavity may need to be temporarily closed. Temporary abdominal closure may also be required during trauma surgery for a large abdominal wall defect or damage control. However, this procedure, although extremely useful, is not without complications and this has prompted the search for a technique that will somehow avoid or minimize the consequences of an open abdomen. In this paper, we review the state of the topic including different indications and methods used for both temporary and definitive closure of the fascia, and discuss their possible benefits or shortcomings.

© 2015 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia: Vía Ibérica, 1-15, 50009 Zaragoza, España.

Correo electrónico: esmecarnicer@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehah.2015.02.005>

2255-2677/© 2015 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La restitución anatomofisiológica de la integridad de la pared abdominal ha preocupado a cirujanos de todas las épocas; de hecho, en la actualidad la pared abdominal tiende a considerarse como un órgano con una patología específica.

El cierre primario de la cavidad abdominal restituye la anatomofisiología parietal, protegiendo el contenido intraabdominal y disminuyendo las complicaciones de la herida quirúrgica. Sin embargo, el cierre primario de la pared anterior del abdomen no siempre está indicado, y en ocasiones es necesario realizar un cierre temporal (CT). Las indicaciones más frecuentes para este CT son la cirugía de control de daños, la sepsis de origen abdominal y el síndrome compartimental abdominal¹. Así:

- La cirugía de control de daños hace referencia a un enfoque sistemático, en tres etapas, del tratamiento del abdomen catastrófico. Su finalidad es interrumpir la cascada mortal de hipotermia, acidosis y coagulopatía que culmina con el fallecimiento del paciente², realizándose tras la cirugía inicial un CT que facilite una relaparotomía y conserve la integridad de la fascia³.
- El manejo quirúrgico de las infecciones intraabdominales requiere reintervenciones programadas mediante técnicas de CT que faciliten la reentrada en la cavidad abdominal sin riesgo de evisceración y sin tensión⁴⁻⁶.
- El CT forma parte del tratamiento y/o prevención del síndrome compartimental abdominal^{7,8}, evitando las alteraciones fisiopatológicas que provoca la hiperpresión abdominal en todos los órganos y sistemas⁹⁻¹¹.

Métodos de cierre temporal abdominal

Cuando se opta por realizar un CT de la cavidad abdominal se pretende:

1. evitar la evisceración,
2. facilitar la reexploración, si fuese necesaria,
3. evitar los efectos nocivos del aumento de la presión intraabdominal,
4. facilitar el cierre definitivo,
5. conseguir un método sencillo de realizar y de fácil manejo para el personal de enfermería.

Llegados a este punto, hay que plantearse qué sucedería si se dejara el abdomen abierto en vez de realizar un CT. La opción de la laparostomía no es novedosa (Ogilvie, en 1940¹², ya dejó el abdomen abierto en pacientes con heridas abdominales de guerra), si bien no se encuentra exenta de complicaciones considerables, como fistulas intestinales o grandes hernias incisionales^{13,14}. Por ello, para disminuir el grado de complicaciones asociado a la laparostomía, es necesario aplicar métodos de CT.

Si son numerosas las circunstancias clínicas en las que está indicado realizar un CT, no son menos numerosos los métodos propuestos para llevarlo a cabo, sin que dispongamos de estudios comparativos que establezcan la existencia

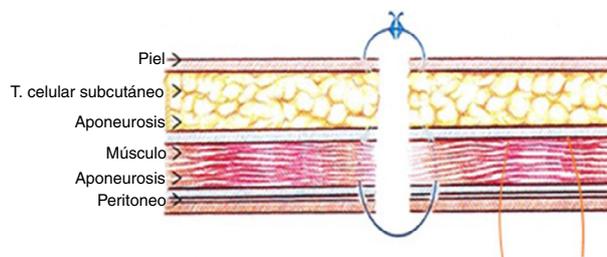


Figura 1 – Esquema de un cierre temporal con suturas de retención.

de un método ideal. La heterogeneidad de pacientes y enfermedades, la diversidad de técnicas, las variaciones realizadas por los diferentes grupos y la existencia de series pequeñas hacen compleja una comparación de los distintos métodos utilizados, así como de sus resultados y consecuencias¹⁵. Tradicionalmente se han utilizado *towel clips*, sistemas de cremallera, la bolsa de Bogotá y sistemas *vacuum*. Actualmente, los más utilizados son los biomateriales y los sistemas de terapia negativa¹.

Towel clips

El método más sencillo de CT son las pinzas de campo quirúrgico (*towel clips*), aproximando los bordes cutáneos de la pared abdominal y dejando los planos subyacentes sin suturar. Las *towel clips* se recubren con un apósito quirúrgico y una lámina adhesiva estéril^{16,17} y se retiran una vez que desaparece el edema visceral o retroperitoneal (generalmente, en 48-76 h).

Es un método de CT rápido y fácil de realizar, pero tiene como inconvenientes el posible daño en los bordes cutáneos, la retracción de planos musculofasciales y que, en ocasiones, el propio síndrome compartimental abdominal no se puede controlar adecuadamente, por lo que se debe recurrir a otras técnicas para conseguir el cierre en una segunda fase¹⁸. Es un método en desuso.

Suturas de retención

Fueron introducidas por Reid *et al.*¹⁹ para evitar la evisceración, pero generan diferentes problemas. Cuando las suturas son demasiado atirantadas pueden producir necrosis de la herida por isquemia de la pared abdominal; en tal caso, retienen el contenido abdominal, pero pueden exacerbar un síndrome compartimental abdominal y/o verse implicadas en el desarrollo de fístulas enterocutáneas, incluso cuando se ha tenido cuidado de colocarlas extraperitonealmente²⁰ (fig. 1).

Sistema abdominal re-aproximación anchor system

A fin de evitar las complicaciones anteriores se han empleado nuevos métodos, como el sistema *abdominal re-aproximación anchor system* (ABRA)^{21,22}. Este método se basa en una continua y progresiva tensión que posibilita la reaproximación progresiva de los bordes fasciales mediante suturas elásticas transfasciales combinadas con sistema VAC®^{22,23}.

Otros autores, como Goodman *et al.*, han realizado una tracción continua sin suturas elásticas, denominada sistema

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4306088>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4306088>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)