

EDITORIAL

Cubrimiento temporal de la pared abdominal

La posibilidad de cerrar temporalmente la pared abdominal con material sintético salva pacientes gravemente enfermos. Pero como muchas otras soluciones terapéuticas a problemas que amenazan la vida del paciente, ésta trae nuevos inconvenientes: la dehiscencia, el rechazo de la prótesis, la formación de fístulas y grandes defectos aponeuróticos y la necesidad de nuevas intervenciones para corregirlos, son todos nuevos retos quirúrgicos que ha impuesto el uso cada vez más frecuente de la técnica de abdomen abierto.

Las circunstancias especiales que obligan al cierre temporal de la pared abdominal se agrupan en dos: una es la presencia de severos procesos infecciosos o necróticos intrabdominales en los que la necesidad de reexploraciones para drenaje, desbridamiento y evaluación de los órganos requiere una vía de abordaje permanente; la otra es el cierre de urgencia de pacientes severamente enfermos muchos de ellos víctima de trauma en quienes se requiere una laparotomía abreviada con mínimo tiempo disponible para cerrar el abdomen, o en quienes el edema intestinal impide un afrontamiento del tejido muscular sin elevaciones peligrosas de la presión intrabdominal.

Se encuentran disponibles varios tipos de prótesis que se suturan a los bordes de la piel o de la fascia abierta y que se dejan en contacto con las asas intestinales del paciente.

Una alternativa la constituyen las mallas de material de sutura (absorbible o no absorbible) y politetrafluoroetileno a las cuales se han agregado elementos que facilitan la apertura y el cierre repetidos del abdomen (cremalleras) y otros que facilitan una aproximación progresiva de los bordes músculo aponeuróticos (Velcro).

Otra de las alternativas ampliamente utilizada a nivel mundial, y considerada como una contribución de la experiencia colombiana en cirugía de trauma, es la *Bolsa de Bogotá* obtenida a partir de bolsas estériles de cristaloides, la cual tiene las grandes ventajas del bajo costo y la amplia disponibilidad, que la hacen en nuestro medio, la prótesis de elección.

Cuando un paciente es tratado exitosamente con la técnica de abdomen abierto y sobrevive a la fase aguda de su enfermedad, viene la pregunta: ¿cómo y cuándo cerrar el defecto aponeurótico?

Son múltiples las posibilidades: se puede favorecer la aproximación progresiva de los bordes de la fascia hasta lograr en la misma hospitalización un cierre completo del defecto, se puede dejar la malla cubriendo el defecto aponeurótico en forma definitiva o dejar la prótesis *in situ* hasta que bajo ella se forme una capa de tejido inflamatorio de granulación que permita retirarla y manejar al paciente con curaciones ambulatorias

hasta el momento del cierre del defecto con tejido cicatricial, y se puede retirar la malla y cubrir el defecto con un injerto libre de piel para acortar el tiempo de cubrimiento epitelial y en una segunda intervención corregir la eventración.

Todas estas opciones para el cierre de la pared han resultado útiles, algunas presentan mayor riesgo de erosión intestinal, otras de herniación tardía y todas son consideradas intervenciones de alto riesgo con morbilidad mayor del 50%, debida a las pésimas condiciones locales del tejido que ha sido expuesto a múltiples intervenciones y presenta adherencias, fibrosis y reacción cicatricial.

Son incontrovertibles los beneficios de la técnica, pero así mismo son muchos los interrogantes que plantea la elección de un método específico de cubrimiento temporal del abdomen. La evidencia acumulada en este campo permite sugerir recomendaciones de manejo, pero no se encuentra disponible un estudio prospectivo de impecable diseño que responda por completo el dilema del cirujano. Por ahora es claro que el procedimiento quirúrgico ideal para prevenir la evisceración y la formación de hernia ventral a largo plazo, en defectos agudos del espesor total de la pared abdominal, está por ser definido.

La revisión de los doctores Andrade y Mejía, que se presenta en este número de *Universitas Médica*, muestra los alcances que la técnica de abdomen abierto ha tenido en el tratamiento de diversas afecciones abdominales y fortalece la línea de investigación que durante los últimos veinte años, el primer autor ha implementado en el Hospital San Ignacio.

Lilian Torregrosa Almonacid, MD
Secretaria Académica
Facultad de Medicina