

VI. EVISCERACION TERAPEUTICA CONTENIDA CON MALLA DE POLIPROPILENO

Dr. H. B. Ferreira, Profesor Titular de la Cátedra de Clínica Quirúrgica II, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo.

Jefe del Servicio de Cirugía II, Hospital Central.

Dr. S. Bustos, Jefe de residentes del Servicio Cátedra de Cirugía II.

Dr. L. Sananes, Médico residente de 3^{er} año.

Dr. D. Ferreira, Médico residente de 3^{er} año.

Dr. V. Vega, Médico residente de 3^{er} año.

Dr. J. C. Holgado, Médico residente de 2^o año.

Dr. A. Rodríguez Assaf, Médico residente de 2^o año.

Servicio Cátedra de Cirugía II, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, Hospital Central, Mendoza, Argentina.

RESUMEN

Se consideran los resultados de la colocación de 25 mallas de polipropileno en 25 pacientes, realizada en nuestro Servicio Cátedra de Cirugía II, durante los últimos tres años.

Las edades de nuestros pacientes oscilaron entre los 18 y 71 años. Trece mallas se colocaron en varones (52 %), el resto en mujeres (48 %). En 13 casos fue colocada de segunda intención, en 7 de primera intención y en los 5 casos restantes de tercera intención.

Por sepsis abdominal se colocaron 8 prótesis (36 %); 6 por evisceraciones (24 %); 4 por íleo mecánico (20 %); 3 por necrosis de pared (12 %); 2 por pancreatitis necroticohemorrágica (8 %) y 2 por fistulas de intestino delgado (8 %).

Se comentan las indicaciones, ventajas, técnicas de colocación y principales complicaciones en nuestra experiencia.

SUMMARY

The results of the use of polypropylene meshes in 25 patients aging between 18 and 71 years, done in the "Servicio Cátedra de Cirugía II" in the last 3 years, are described.

Thirteen meshes were placed in male patients (52 %); and the rest in female patients (48 %). In 13 patients these meshes were placed at a second intention, in 7 at the first intention and in 5 at third intention.

Eight abdominal sepsis 8 prothesis were placed (36 %) and 6 for eviscerations (24 %); 4 for mechanics ileus (20 %); 3 for abdominal wall necrosis (12 %); 2 for necrohemorrhagic pancreatitis (8 %) and 2 for fistula of the small intestine (8 %).

The indications, advantages, techniques for placements and main complications are commented according to our experience.

INTRODUCCION

Esta presentación es motivada por las satisfacciones que nos ha dado la aplicación de este procedimiento frente a las emergencias quirúrgicas abdominales, logrando así cumplir con el clásico postulado de la cirugía de "no cerrar heridas infectadas ni a tensión", dejándolas abiertas pero contenidas.

Queremos destacar que todas las mallas fueron colocadas por médicos residentes del Servicio de Cirugía II.

Entendemos que en este tipo de pacientes graves, la indicación oportuna de la colocación de la malla y su correcta técnica, forma sólo una parte de una labor multidisciplinaria, ya que el procedimiento se complementa con adecuados cuidados intensivos, diálisis, ventilación mecánica, alimentación parenteral y enteral y el uso racional de antibióticos.

Las indicaciones de la contención terapéutica con malla de polipropileno son:

1. Evisceración abdominal.
2. Necrosis de pared abdominal, generalmente producida por anaerobios.
3. Peritonitis fecal.
4. Pancreatitis necroticohemorrágica.
5. Pacientes con cirugía abdominal iterativa e insuficiencia respiratoria.

6. En las reoperaciones por íleo mecánico, abscesos o peritonitis generalizadas posoperatorias.
7. Como reemplazo de pared abdominal en resecciones oncológicas.
8. Cuando se prevén reoperaciones.
9. Cuando no se puede cerrar sin tensión la pared abdominal.

Las principales ventajas del procedimiento son:

1. Permite un rápido cierre de la pared abdominal, disminuyendo el tiempo anestésico.
2. Facilita, en las primeras 48 horas del posoperatorio, el drenaje del contenido séptico abdominal.
3. Permite curar fácilmente la pared infectada facilitando la cicatrización.
4. Simplifica la reexploración del abdomen.
5. Evita la contención excesiva del abdomen, haciendo más tolerable el íleo posoperatorio.
6. Evita la insuficiencia respiratoria restrictiva del paciente con distensión abdominal y facilita la eliminación de secreciones bronquiales.

MATERIAL Y METODOS

En el Servicio Cátedra de Cirugía II, Hospital Central, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad

Nacional de Cuyo, en los 3 últimos años se han colocado 25 mallas de polipropileno.

Las edades de los pacientes oscilaron entre 18 y 71 años con una media de 50 años. Trece mallas se colocaron en varones y el resto en mujeres. En 13 oportunidades se colocó la malla en segunda intención, en 7 pacientes de primera intención y en los 5 restantes de tercera intención.

Las indicaciones fueron: por sepsis a punto de partida abdominal, 8 prótesis (36 %); evisceración, 6 prótesis (24 %); íleo mecánico, 4 prótesis (25 %); necrosis de pared, 3 prótesis (12 %); pancreatitis necrohemorrágica, 2 prótesis (8 %), y 2 prótesis por fístulas de intestino delgado (8 %).

TABLA I
Indicaciones de colocación de malla de polipropileno

Etiología	Nº de casos	%
Sepsis intraabdominal	8	36
Evisceración	6	24
Ileo mecánico	4	18
Necrosis de pared	3	12
Pancreatitis necrohemorrágica	2	8
Fístula de intestino delgado	2	8

Cuatro pacientes se reintervinieron a través de la malla en 2 oportunidades y 1 en 3 ocasiones.

La técnica de colocación que hemos utilizado es la siguiente:

1. Recortamos la malla de tal manera que dispuesta en el plano subperitoneal, queden sus bordes cubiertos unos 4 cm por la pared abdominal.
2. Recortamos los ángulos de la malla.
3. Damos los puntos cardinales con suturas de ácido poliglicólico número 0 ó 1, dispuestos en U tomando aponeurosis, músculo, peritoneo y malla, anudándolos en el plano aponeurótico a 2 ó 3 cm del borde de la herida.
4. Cuando es posible, interponemos entre las asas intestinales y la malla epiplón mayor.
5. Completamos la fijación de la prótesis colocando los puntos restantes a 3 ó 4 cm de distancia entre ellos.
6. Cubrimos la malla y la herida con apósitos impregnados con solución de yodo-povidona.
7. Nunca efectuamos ostomías, ni drenajes a través de la malla.

En el manejo posoperatorio de la malla consideramos de importancia los siguientes aspectos:

1. Cubrir la prótesis, en el posoperatorio inmediato, con soluciones antisépticas o fisiológicas, con el objeto de evitar la desecación del intestino y la aparición de fístulas.
2. Efectuamos 3 curaciones diarias con agua oxigenada, suero fisiológico, yodo-povidona o similares, resecaando en cada curación los tejidos necrosados y/o supurados.

3. Resecamos las zonas plegadas de la malla que dificultan el progreso de la granulación.
4. Si la epitelización se viera demorada, está indicada la colocación de injertos libres de piel.
5. Cuando existen signos evidentes de rechazo de la malla, como son exudación persistente o retardo de la granulación, la prótesis debe retirarse.

RESULTADOS

Las principales complicaciones del procedimiento recogidas de la literatura consultada son las siguientes:

1. Desprendimiento parcial de la malla.
2. Necrosis de los bordes de la herida.
3. Fístulas intestinales.
4. Debilidad de la pared abdominal.
5. Sobreinfección de la herida.
6. Plegamiento de la malla.
7. Ileo mecánico.
8. Rechazo del material protésico.
9. Fístulas cutáneas.

En nuestro grupo de pacientes las complicaciones atribuibles a la colocación de la malla fueron las siguientes: plegadura de la malla en 5 casos (20 %), desprendimiento parcial de la malla en 5 casos (20 %), infección y retiro de la prótesis en 2 casos (8 %) y fístula de intestino delgado en 1 caso (4 %).

TABLA II
Complicaciones en la colocación de la malla de polipropileno

Causas	Nº de casos	%
Plegadura de la malla	5	20
Desprendimiento parcial	5	20
Infección y extracción	2	8
Fístula de intestino delgado	1	4

DISCUSION

Es de destacar que en caso de emergencias quirúrgicas abdominales graves este procedimiento soluciona problemas que aparecen con el cierre clásico de la pared abdominal y pueden llegar a ser fatales para el paciente. Uno de los más importantes es solucionar la insuficiencia respiratoria que generalmente produce la pared a tensión.

La permeabilidad que ocasiona la malla en las primeras 48 horas soluciona el drenaje adecuado del material séptico intraabdominal que pudiera quedar luego de la intervención.

Asimismo, en el caso de celulitis necrotizante de la pared abdominal, al hacer un debridamiento adecuado, soluciona el grave problema de la pérdida de sustancia para cerrar la pared abdominal, que sin la prótesis sería imposible.

Sesenta por ciento de los pacientes presentados en este trabajo fallecieron entre el primero y trigésimo día del posoperatorio; no obstante el elevado índice de mortalidad referido, sólo 1 de ellos fue atribuible a complicación de la técnica descrita; la paciente evolu-

cionó con una fistula de intestino delgado. Los restantes, por causa atribuible a la patología previa.

Por otra parte, 40 % de pacientes que sobrevivieron lo hicieron sin dudas por la aplicación de la técnica descrita.

BIBLIOGRAFIA

- Beveraggi, E. M.: "Sepsis y Cirugía. Aspectos clinico-quirúrgicos". Rev. Arg. Cirug., nº extraordinario, 1978, pág. 29.
- Bogetti, H. E.: "Necrobiosis de piel de origen indeterminado". Bol. y Trab. Soc. Cir. Bs. As., 47:248, 1963.
- Boyd, W. C.: "Use of marlex mesh in acute loss of the abdominal wall due to infection". S.G.O., 144-251, 1977.
- Corrao, F.; Beveraggi, E.M.; Pietravalle, A. F.; Interguglielmo, R.; Marchitelli, H.: "Tratamiento médico-quirúrgico de las celulitis sépticas necrotizantes". Bol. y Trab. Soc. Arg. Cirug., 17:271, 1975.
- Bottini, G.: Comentario on: "Estudio comparativo de las mallas de marlex y tanza de nylon en el tratamiento de las hernias, eventraciones y evisceraciones". Bol. y Trab. Soc. Arg. de Cirug., año 41, 19-20 sesión del 13 de octubre de 1980.
- Anderson, E.; Mandelbaum, D.; Ellison, L.; Carey, O.; Cooperman, M.: "Open packing of the peritoneal cavity in generalized bacterial peritonitis". Amer. J. Surg., 145, 1983.
- Levasseur, O.; Lehn, E.; Rionier, P.: "La contention interne par prothésis résorbable dans le traitement des grandes eviscerations". O. Chir., 116:57-59, 1979.
- Ortiz, F. E.; Rumbo, H.; Lenzi, J.; Tellera, F.: "Uso de la malla de polipropileno en cirugía abdominal". Rev. Arg. Cirug., 48:41, 1967.
- Perera, S.; Otero, G.; Deluca, E.; Bustamante, L.; Murino, J.; Holman, D.: "Experiencia con malla de materiales heterólogos como elementos sustitutos de la pared abdominal". Rev. Arg. Cirug., 45:55, 1983.
- Petera, S.; Otero, G.; Deluca, E.: "Reparación de la pared abdominal con malla de ácido poliglicólico". Rev. Arg. Cirug., 49:50, 1985.