

## Nota clínica

# Autoplastia con ambos músculos rectos en el tratamiento de un caso de abdomen abierto

Ángel Zorraquino González\*, Amaya Expósito Rodríguez, Ana Isabel Gutiérrez Ferreras, Mónica Elías Aldama, Jesús María Gómez Martínez y Miguel Ángel Taibo Asencor

Sección de Cirugía de la Pared Abdominal y Cirugía Mayor Ambulatoria, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, España

### INFORMACIÓN DE ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 30 de noviembre de 2012

Aceptado el 2 de diciembre de 2012

#### Palabras clave:

Abdomen abierto

Tratamiento quirúrgico

Autoplastia

Músculos rectos del abdomen

### R E S U M E N

Se presenta un caso de abdomen abierto en un paciente de 81 años de edad con antecedentes clínicos de cardiopatía isquémica, que durante un estudio endoscópico del colon sufre una perforación en sigma que requiere intervención quirúrgica urgente en la que se realiza resección del colon sigmoides y anastomosis T-T mecánica.

El interés de este caso clínico radica en el inusual recurso técnico empleado en el tratamiento del abdomen abierto al no disponer de cobertura cutánea por necrosis de la misma y encontrarse el plano musculoaponeurótico dañado con fibrosis y retracción tras los procedimientos quirúrgicos previos.

© 2012 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Open abdomen treated with the rectus abdominis muscles as an autoplasty

### A B S T R A C T

We present the case of a 81-year-old male with clinical history of ischemic heart disease, who suffered a colonic perforation during an endoscopic examination and required emergency surgery. Resection of the sigmoid colon with an stapled end-to-end anastomosis was performed.

In absence of skin coverage because of the necrosis, and with severe damage in the abdominal wall after previous surgical procedures, we eventually use both rectus muscles completely freed from its posterior sheath as an autoplasty to cover the defect and close the abdominal cavity.

© 2012 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

#### Keywords:

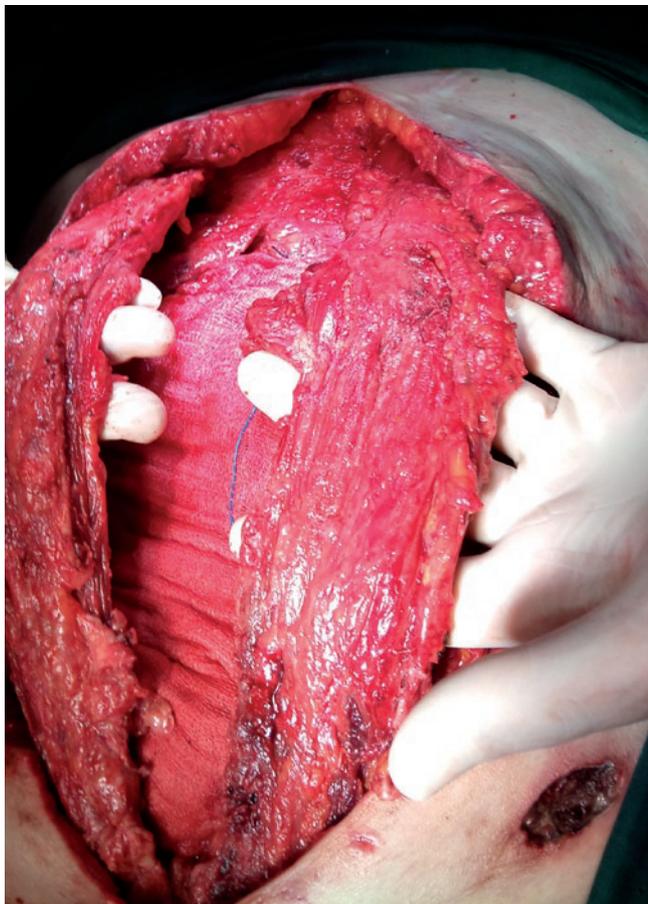
Open Abdomen

Surgical treatment

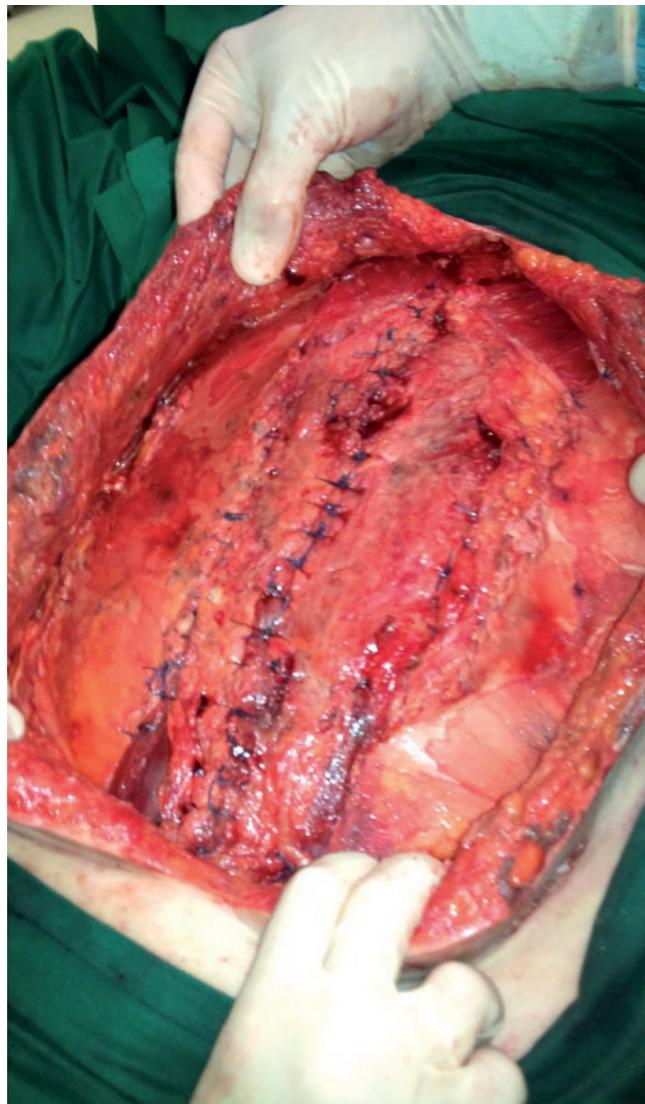
Autoplastia

Rectus abdominis muscles

\*Autor para correspondencia: Barrio Uribarri 27, 48498 Arrankudiaga, Vizcaya, España.  
Correo electrónico: zorrakino@gmail.com (Á. Zorraquino González).



**Figura 1 – Músculos rectos separados de sus vainas posteriores.**



**Figura 2 – Cavidad abdominal cerrada. Músculos rectos en el centro y sus vainas posteriores en los laterales.**

Varón de 81 años con antecedentes de cardiopatía isquémica, intervenido para la realización de dos *bypass* aortocoronarios en 1990 y portador de marcapasos por bloqueo A-V completo desde 2008. Presenta poliposis colónica. Durante una colonoscopia (29/11/2011) sufre una perforación que provoca un importante neumoperitoneo y peritonitis, que requiere intervención quirúrgica urgente en la que se realiza resección del colon sigmoideos con anastomosis colorrectal T-T mecánica (CEEA).

Al décimo día el paciente presenta una evisceración completa del cierre abdominal realizado con dos lazos de ácido glicólico núm. 1 y placas de contención externa unidas con hilo de acero (Ventrofil®). Se repara en el quirófano de urgencias (13/8/2012) mediante la realización de la técnica de Separación Anatómica de Componentes (SAC) sin prótesis, cerrando la línea media con tres lazos de ácido glicólico núm. 1. En la fase de despertar sufre una evisceración parcial que se repara *in situ* con puntos sueltos de Poliglactina 910 núm. 2.

El posoperatorio se complicó con el desarrollo de un síndrome de obstrucción intestinal y evisceración encubierta, la piel mostraba zonas necróticas. Una nueva intervención quirúrgica (25/8/2012) evidenció una oclusión de yeyuno, provocada por adherencias a la pared anterior del abdomen. El paciente permanece en la UCI, intubado, con ventilación

mecánica, clínica de neumonía y con el abdomen abierto tratado mediante curas asistidas por vacío (VAC)<sup>1</sup>.

En 24 horas se retira el tubo traqueal al paciente, continúa con la terapia de presión negativa y curas cada 48 horas. Días después se decide tratar quirúrgicamente el abdomen abierto.

Se realiza una técnica SAC disecando extensamente el plano entre ambos músculos oblicuos mayor y menor quedando, no obstante, los bordes internos de ambos rectos separados entre sí 15 cm. Con el plano músculoaponeurótico retraído y fibroso como consecuencia de las intervenciones previas y sin el recurso de la cobertura cutánea debido a la necrosis, se decide ampliar la autoplastia utilizando los rectos abdominales para cerrar el abdomen (fig. 1). Al separarlos completamente de sus vainas posteriores tras seccionar la hoja anterior del oblicuo menor (2.ª incisión de Albanese)<sup>2</sup>, unimos ambos rectos por sus bordes mediales y suturamos el borde externo de la vaina anterior de los rectos al borde



**Figura 3 – La piel cubre parcialmente la prótesis de polipropileno.**

medial de las vainas posteriores, con lo que queda, así, cerrada la cavidad abdominal (fig. 2).

Reforzamos las zonas laterales, vainas posteriores, con dos láminas de Poliglactina 910 y, finalmente, se reforzó la plastia

con una prótesis de polipropileno de 50 × 50 cm, cubriendo y reforzando el plano músculoaponeurótico suturándola al marco óseo del abdomen mediante puntos sueltos de polipropileno núm. 0 (Carbonell-Bonafé)<sup>3</sup> (fig. 3).

La vascularización de los rectos quedó garantizada por la integridad de los vasos epigástricos; no así su inervación, metamérica<sup>4</sup>. La piel cubrió parcialmente la prótesis, suturando los bordes libres sobre ella. El posoperatorio transcurrió sin incidencias. El paciente fue trasladado a la sala de hospitalización, recuperó la tolerancia a la dieta oral y el tránsito intestinal; las curas propiciaron un buen tejido de granulación sobre la prótesis de PPL y el plano muscular.

El paciente falleció 20 días después a consecuencia de un infarto de miocardio.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Teicher EJ, Pasquale MD, Cipolle MD. Abdominal compartment syndrome. *Operative Tech Gen Surg.* 2008;101:39-59.
2. Barroetaveña J, Herszage L, Tibaudin H, Barroetaveña JL, Ahuali CE. *Cirugía de las eventraciones.* Buenos Aires: El Ateneo; 1988.
3. Carbonell Tatay F, Bonafé Diana S, García Pastor P, Gómez i Gavara C, Baquero Valdelomar R. Nuevo método de operar en la eventración compleja: separación anatómica de componentes con prótesis y nuevas inserciones musculares. *Cir Esp.* 2009;86:87-93.
4. Rozen WM, Ashton MW, Kiil BJ, Grinsell D, Seneviratne S, Corlett RJ, et al. Avoiding denervation of rectus abdominis in DIEP flap harvest II: An intraoperative assessment of the nerves to rectus. *Plast Reconstr Surg.* 2008;122:1321-5.