

Carolina Hidalgo Dóniga<sup>1,\*</sup>  
Óscar Caso Maestro<sup>2</sup>  
Jorge Brian Pérez Torres<sup>2</sup>  
M.<sup>a</sup> Elena García Manzanares<sup>3</sup>

1. Enfermera. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario 12 de Octubre. Instituto de Investigación Sanitaria Hospital 12 de Octubre (imas12). Grupo Investigación en cuidados InveCuid+12. Profesora asociada de UCM. Madrid. España.
2. Cirujano. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.
3. Estomaterapeuta. Hospital Universitario 12 de Octubre. Instituto de Investigación Sanitaria Hospital 12 de Octubre (imas12). Grupo Investigación en cuidados InveCuid+12. Profesora asociada de UCM. Madrid. España.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carolahd@gmail.com (C. Hidalgo Dóniga).

Recibido el 22 de marzo de 2018; aceptado el 16 de abril de 2018

## Aplicación de la terapia de vacío en el tratamiento de la dehiscencia completa de inserción mucocutánea del estoma

### Vacuum-assisted closure (vac) therapy in the treatment of the complete dehiscence of the mucocutaneous junction of the stoma

#### RESUMEN

La aplicación de la terapia de vacío en la dehiscencia completa de la inserción mucocutánea de un estoma es algo novedoso, ya que hasta ahora, en el manejo de las complicaciones del estoma se limitaba su uso a dehiscencias parciales del mismo. Aunque es una complicación poco frecuente, tiene gran relevancia, ya que dificulta la adaptación de los dispositivos de ostomía, enlentece la cicatrización de la cavidad dehiscente, requiere el consumo de gran cantidad de recursos humanos y materiales e impacta directamente en la calidad de vida del paciente. El abordaje de este caso se realizó de manera multidisciplinar (Cirugía, Enfermería y Nutrición) implantando una dieta de absorción alta para reducir el débito del estoma, asociando el uso de la terapia de presión negativa en la cavidad dehiscente y dispositivos de ostomía adecuados para la situación.

**PALABRAS CLAVE:** Estoma, terapia de vacío, equipo multidisciplinar.

#### ABSTRACT

The use of vacuum-assisted therapy in the complete dehiscence of the mucocutaneous junction of the stoma is a new alternative since, to manage stoma complications, its use has been limited to partial dehiscence of the stoma during the last years. It is an uncommon complication, but it has a great relevance, because it complicates the stoma devices adaptation, it slows the healing of the wound, it requires spending more human and material resources and it has a direct impact over the quality of life of the patient. The approach to every case must be carried out in a multidisciplinary way (Surgery, Nursing and Nutrition) giving to the patient a special diet to reduce the stoma debit, associating the use of vacuum-assisted therapy in the dehiscence wound and employing suitable stoma devices for each situation.

**KEYWORDS:** Stoma, vacuum-assisted therapy, multidisciplinary team.

## ➤ HISTORIA CLÍNICA, EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

La dehiscencia de la inserción mucocutánea del estoma digestivo es una complicación precoz de la cirugía de ostomía. A veces estas dehiscencias toman un cariz importante cuando la cavidad expuesta es de gran tamaño o afectan a todo el perímetro del estoma, lo que dificulta la adaptación de los dispositivos de ostomía, ocasionando fugas constantes que enlentece la cicatrización del defecto por el contacto directo de las heces o la orina con la herida y la piel, con el consiguiente impacto en la calidad de vida del paciente.

Desde que se iniciaron los primeros ensayos clínicos con terapia de presión negativa (TPN) por Fleischmann y cols<sup>1</sup> en 1993<sup>1</sup> ha existido un amplio desarrollo de dicha terapia y de los productos diseñados

para ella. Con la TPN se consigue un sistema cerrado y estéril que posibilita curas en ambiente húmedo, fomentando mecanismos para la cicatrización de las heridas como son el aumento de perfusión y reducción del edema, la formación del tejido de granulación, estimulación de la proliferación celular y reducción de la carga bacteriana<sup>2</sup>.

En la mayoría de las publicaciones se hace referencia a la TPN aplicada en heridas quirúrgicas abdominales como alternativa para conseguir el cierre primario diferido de la fascia o para acelerar la formación del tejido de granulación antes de hacer un injerto cutáneo<sup>2,3</sup>. El uso de la TPN se ha propuesto incluso en múltiples ocasiones para el manejo de fístula enterocutánea<sup>3-6</sup>. Pero, la literatura especializada con respecto al uso de TPN en la dehiscencia completa de la inserción mucocutánea de un estoma cuando la cirugía reconstructiva no es posible de forma inmediata o como alternativa a otro tipo de curas es escasa<sup>7-10</sup>.

Presentamos el caso de varón de 62 años, intervenido de forma urgente en 2014 por perforación intestinal en el contexto de una pancreatitis aguda grave, que requirió resección completa de colon transverso, dejando colostomía terminal en flanco derecho. En 2015 se realizó cirugía electiva reconstructiva del tránsito y eventroplastia con malla. El postoperatorio transcurrió de forma tórpida, desarrollando una fístula

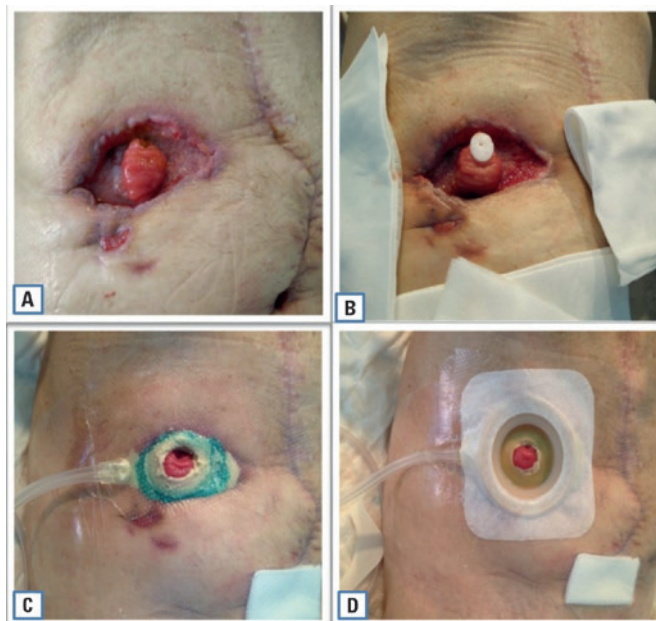
anastomótica y peritonitis fecaloidea que obligó a su reintervención, en la que se reforzó la anastomosis previa y se exteriorizó una ileostomía lateral sobre varilla en flanco derecho. Durante este postoperatorio, el paciente presentó una dehiscencia de la inserción mucocutánea del estoma en todo su perímetro, con infección secundaria de la herida quirúrgica. Como consecuencia del vertido de heces en la herida, se desarrolló un absceso secundario en la fosa ilíaca derecha que dificultó aún más las curas.

## ▶ PLAN DE ACTUACIÓN Y TRATAMIENTO

Ante la dificultad del manejo de la herida y del estoma, se plantearon diferentes estrategias para afrontar un caso complejo como este. Estas estrategias requirieron la coordinación de un equipo multidisciplinar. Una intervención necesaria fue controlar el débito de la ileostomía. Para ello, cuando las condiciones del paciente fueron óptimas respecto a la tolerancia a alimentos, se instauró una dieta de absorción alta, con lo que disminuyó el débito de la ileostomía y las heces aumentaron su consistencia. Esto contribuyó a minimizar las fugas del efluente y, por tanto, la irritación cutánea periestomal.

Otra intervención fue aplicar en la zona dehiscente un método de cura que asegurara la cicatrización de la zona dehiscente, la resolución del absceso y la estanqueidad del dispositivo de ileostomía. Para ello se instauró una TPN en la zona periestomal.

Para asegurar el funcionamiento del sistema de vacío, se adaptó la esponja de poliuretano a la cavidad dehiscente, excluyendo el estoma. Se cubrió toda la zona con film de poliuretano adhesivo en el que se realizó una abertura para exteriorizar el estoma, y el sellado se aseguró con pasta de hidrocoloide alrededor. Finalmente, se aplicó un dispositivo de ostomía de dos piezas con placa convexa y bolsa colectora abierta y transparente (fig. 1).



**Figura 1.** Pasos en la aplicación de la terapia de presión negativa (abril 2015).

**A)** Limpieza de piel y herida. **B)** Colocación de obturador para evitar contaminación de la herida. **C)** Colocación de esponja y sellado perimetral del estoma.



**Figura 2.** Evolución de la herida. **A)** Inicio de la terapia. **B)** Alta hospitalaria, a los 2 meses del seguimiento. **C)** Al mes tras el alta en seguimiento en consulta. **D)** Cierre definitivo a los 7 meses del inicio del tratamiento.

## ▶ EVOLUCIÓN

Se realizaron curas cada 48-72 horas en función de la evolución, y la herida mejoró considerablemente. Se resolvió la cavidad abscesificada y cicatrizó la zona dehiscente periestomal con la formación de tejido de granulación viable, lo que facilitó la correcta adaptación del dispositivo de ostomía.

Con los cuidados administrados, se redujeron el número de curas, el gasto de material y el tiempo dedicado a ellas. La piel periestomal y perilesional mejoraron considerablemente y el dolor del paciente se redujo. El asegurar la adaptación de los dispositivos colectores posibilitó la movilidad y la autonomía del paciente, lo que influyó en su estado de ánimo y en su recuperación física. Cuando se resolvió la dehiscencia, se retiró la TPN y se continuó con el uso del mismo dispositivo de ostomía, educando al paciente y a su familia en la autogestión de sus cuidados. A los 2 meses de su ingreso, se planificó el alta hospitalaria contando con el apoyo familiar y el seguimiento por la estomaterapeuta y el cirujano responsable de forma ambulatoria en consultas externas (fig. 2).

## ▶ DISCUSIÓN

La participación de un equipo multidisciplinar en el presente caso permitió el abordaje de una situación posquirúrgica compleja con mayores

garantías de éxito, utilizando estrategias no habituales, como ha sido la TPN. Con ello se evitó una nueva cirugía, lo que favoreció la regeneración tisular y el manejo de la ostomía.

En nuestra experiencia, la TPN es una alternativa eficaz para el tratamiento de las dehiscencias estomales complejas, con un importante impacto en la calidad de vida del paciente, ya que facilita la cicatrización de la herida, disminuye la tasa de sobreinfección y contribuye a una adecuada adaptación de los dispositivos de ostomía a corto, medio y largo plazo ■

### Conflicto de intereses

No se ha recibido ninguna fuente de financiación para la realización del presente estudio. Los autores del presente manuscrito declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Las imágenes obtenidas y empleadas para la elaboración del presente manuscrito fueron conseguidas previo consentimiento verbal y escrito (cumpliendo los criterios definidos en la LOPD 15/1999) por parte del paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fleischmann W, Strecker W, Bombelli M, Kinz L. Vacuum sealing as treatment of soft tissue damage in open fractures. *Unfallchirurg*. 1993;96(9):488-92.
2. Moffatt C, Franks P, Horch RE. European Wound Management Association (EWMA): La presión negativa tópica en el tratamiento de heridas. Documento de consenso. London: MEP Ltd. Eur Wound Manag Assoc [Internet]. 2007;19(1):2-19. Disponible en: [http://www.woundsinternational.com/pdf/content\\_9897.pdf](http://www.woundsinternational.com/pdf/content_9897.pdf)
3. Societies WU of WH. World Union of Wound Healing Societies (WUWH). Principios de las mejores prácticas: Sistema de cierre al vacío: recomendaciones de uso. Documento de consenso. London: MEP Ltd; 2008.
4. Bryant R. Management of drain sites and fistulas. En: *Acute and Chronic Wounds Nursing Management*. 5.ª ed. Mosby; 2016. 490-500.
5. Durbán I, Marín E. Colostomía espontánea: Aplicación de terapia negativa tópica (VAC). *Enfermería Dermatológica* [Internet]. 2009;3(8):20-5. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4324695>
6. Goverman J, Yelon JA, Platz JJ, Singson RC, Turcinovic M. "The Fistula VAC", a Technique for Management of Enterocutaneous Fistulae Arising within the Open Abdomen: Report of 5 cases. *J Trauma*. 2006;60(2):428-31; discussion 431.
7. Crick S, Roy A, MacKlin CP. Stoma dehiscence treated successfully with VAC dressing system. *Tech Coloproctol*. 2009;13(2):181.
8. Yetişir F, Şarer AE, Acar HZ. Management of Necrotizing Fasciitis and Fecal Peritonitis following Ostomy Necrosis and Detachment by Using NPT and Flexi-Seal. *Case Rep Surg* [Internet]. 2015;2015:1-4. Disponible en: <http://www.hindawi.com/journals/cris/2015/231450/>
9. Steenvoorde P, den Outer A, Neijenhuis P. Stomal Mucocutaneous Dehiscence as a Complication of Topical Negative Pressure Used to Treat an Open Abdomen: A Case Series. *Ostomy Wound Manag*. 2009;55(6):44-8.
10. Zanella S, Di Leo A. Use of Vacuum-Assisted Closure in the Management of Colostomy. *Surg Infect Case Reports* [Internet]. 2016;1(1):165-8. Disponible en: <http://online.liebertpub.com/doi/10.1089/crisi.2016.0043>