

RESTAURACIÓN “AD INTEGRUM” DE COMPLICACION POSTQUIRÚRGICA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE CURRARINO

Bajo Martín Nuria; Peral Villagrasa Yolanda; Seoane García Barbara; Vatavu Olimpia.
Hospital Universitario Quirón, Madrid

Introducción

El síndrome de Currarino, o Tríada de Currarino, es un raro trastorno congénito en el que existe un defecto sacrococcígeo, una masa en el espacio presacro y malformaciones del ano o el recto.

Historia de la paciente

Paciente de 8 meses de edad, diagnosticada de síndrome de Currarino, es operada para corrección de mielomeningocele, realizando con éxito un desanclaje medular y reparación del saco herniario dural anterior.

Tres meses y medio después es intervenida por un teratoma presacro de gran tamaño, íntimamente adherido a recto, pelvis y sacro, mediante un abordaje sagital posterior.

Presenta un postoperatorio de evolución tórpida, requiriendo reintervención quirúrgica a los 4 días, debido a una fístula en el colon, realizándose una derivación intestinal, concretamente una colostomía sigmoidea a cabos separados, dejando una dehiscencia completa de la herida operatoria para cierre por segunda intención, tratada en su inicio con cura seca o tradicional y con muy mal pronóstico de cierre.

Objetivo

Recuperar la integridad de la piel en la zona sacra de una paciente con síndrome de Currarino mediante la rápida instauración del tratamiento adecuado, favoreciendo el proceso de cicatrización y el control de las posibles complicaciones que surjan durante el mismo.

Evolución



Cuidados de enfermería

- ◆ *Cuidados del estoma (intervención quirúrgica para derivación intestinal, evitando tránsito a nivel de la fístula).*
- ◆ *Valoración y cura diaria de la herida postquirúrgica siguiendo los principios de la cura en ambiente húmedo que favorecen el proceso de cicatrización de las heridas.*
- ◆ *Mantenimiento de un adecuado nivel nutricional con suplementos nutricionales hiperproteicos.*
- ◆ *Administración de tratamiento antibiótico intravenoso según pauta médica.*



En su inicio la herida presenta dehiscencia completa de sutura con contaminación de heces y orina, y bordes macerados.



Iniciamos las curas con solución limpiadora de PHMB en gel (Prontosan®) o colagenasa (Irujol® Mono), según valoración de esfacelos para ayudar al desbridamiento cortante con bisturí.



Rellenamos el lecho de la herida con un apósito de fibra absorbente de alginato con plata (Biatain® Alginate Ag) para recoger el exudado y cubrimos la herida con un segundo apósito de espuma hidropolimérica no adhesivo (Biatain® Non-Adhesive) precisando las curas cada 12 horas.



Además para mejorar los bordes macerados de la herida aplicamos diariamente una crema barrera para restaurar el deterioro cutáneo provocado por el exceso de humedad (Conveen® Critic Barrier).



A partir del día 15 cambiamos a un apósito alveolar gelificante de silicona (Biatain® Silicone). Este cambio mejoró notablemente la adaptación del apósito en la zona y aumentó el tiempo entre las curas de 12 a 24 horas. Además controló muy bien el exceso de exudado favoreciendo la granulación de la herida y protegiendo la piel perilesional.



En ningún momento observamos signos de infección y dada la buena evolución no precisó reintervención quirúrgica ni más antibioterapia, siendo dada de alta a los 18 días, acudiendo únicamente para la cura diaria, sin precisar ingreso de nuevo.

Conclusión

- ◆ La rápida instauración del tratamiento adecuado y el control desde su inicio de las complicaciones que surgieron durante el proceso de cierre de la herida fueron fundamentales para conseguir una pronta recuperación de la paciente y el retorno a sus actividades de la vida diaria.
- ◆ La cicatrización completa de la herida se produjo en 45 días.
- ◆ En la actualidad están realizándose dilataciones anales para mejorar la malformación rectal y las pruebas necesarias para la reconstrucción del tránsito intestinal y el consiguiente cierre de la colostomía, esperando una recuperación completa.