



Artículo disponible en:
www.sietediasmedicos.com

Evaluación y acreditación en:
www.aulamayo.com

Cada tema está acreditado por el
Consell Català de Formació Continuada
de les Professions Sanitàries-
Comisión de Formación Continuada del
Sistema Nacional de Salud
0,2 créditos



TEMA 3

CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

Técnicas y procedimientos habituales de la cirugía menor (y II)

L.M. López¹, R. Abou-Assali²

¹Médico de Familia. Responsable del Servicio de Cirugía Menor. Centro de Salud de Medicina-Rural. Medina del Campo. Valladolid

²Médico de Familia y Cirujano General. Responsable del Servicio de Cirugía Menor. Centro de Salud La Alamedilla (Salamanca)

Objetivos de aprendizaje

- ▶ ¿Qué procedimientos se utilizan en cirugía menor para dar solución a los variados problemas ordinarios que surgen durante su actividad?
- ▶ ¿Cómo podemos eliminar una lesión cutánea benigna que afecta a todo el grosor de la piel?
- ▶ ¿Podemos obtener una biopsia del aparato ungueal?
- ▶ ¿Cómo afrontar correctamente cualquier herida cutánea?

CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

Juan Jurado

Médico de familia.
Centro de Salud Medina-Rural.
Medina del Campo (Valladolid)

Introducción a la cirugía menor

Técnicas y procedimientos habituales de la cirugía menor (I)

Técnicas y procedimientos habituales de la cirugía menor (y II) 18

Indicaciones clínicas abordables desde la cirugía menor 26

Cirugía tangencial

Dentro de las técnicas de cirugía menor (CM), la escisión tangencial es de las más sencillas de realizar. Se conoce también como «afeitado» y consiste en la extirpación de lesiones cutáneas benignas superficiales y que interesan sólo a la epidermis o la dermis superficial, con una implantación pequeña, me-

dante un corte paralelo a la superficie de la piel, que deja una mínima lesión que no suele precisar sutura. Las lesiones en las que habitualmente suele emplearse esta técnica son los fibromas péndulos o acrocordones, las queratosis seborreicas y los nevos pediculados epidérmicos. Los resultados cosméticos son excelentes (figura 1).

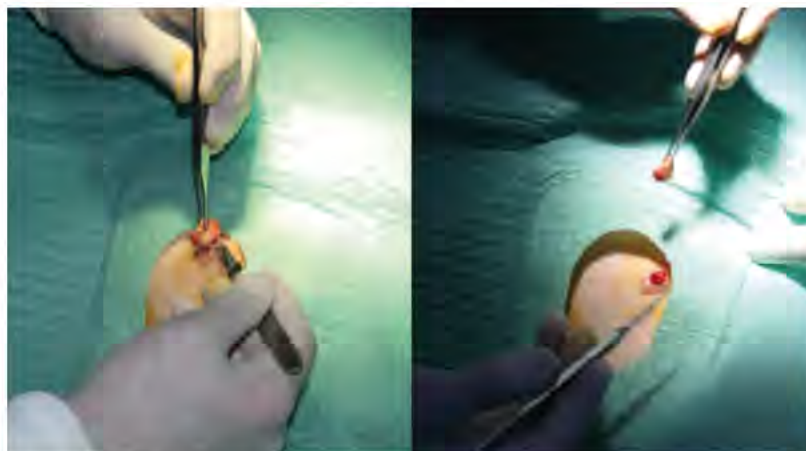


Figura 1. Exéresis de un fibroma mediante cirugía tangencial

La técnica exige los pasos básicos de cualquier intervención de CM: información, alternativas y autorización; preparación para la recogida de muestras, y disponer de instrumental básico suficiente. Se puede llevar a cabo con electrobisturí, hoja de bisturí, cureta o tijera para tejidos; algunos autores recomiendan el uso de hojas de afeitar curvadas.

Cirugía escisional

También llamada biopsia elíptica u ojival, escisión en huso, etc. Es una técnica muy utilizada para la escisión total de lesiones dérmicas en cirugía plástica, y debe ser una técnica fundamental en CM. Permite un diagnóstico y tratamiento simultáneo, y un cierre primario sencillo con buenos resultados estéticos (cicatrices lineales).

Se dibuja en la piel un huso que incluya la lesión, teniendo en cuenta que el eje mayor debe ser el triple del eje transversal. La relación eje mayor/eje transversal es 3/1, y los ángulos de los extremos no deben ser mayores de 30° cada uno. Proporciones inferiores darán lugar a la aparición de «orejas de perro» como complicación a la hora del cierre escisional. Debe existir un margen de seguridad de 1-2 mm entre la lesión y el borde de la incisión. El eje mayor de la elipse debe ser paralelo a las líneas de tensión cutánea (líneas de Langers o de Kraissl) y a las de expresión o de contorno, para evitar cicatrices inestéticas.

El material necesario para realizar esta técnica podemos verlo relacionado en la tabla 1.

Tras la preparación del campo, para la incisión cutánea se toma el bisturí como un bolígrafo y se coloca perpendicularmente, comenzando en el extremo opuesto y tensando la piel con los dedos índice y pulgar de la mano no dominante; se realiza entonces una incisión firme, continua (no serrar) y profunda, que alcance el tejido celular subcutáneo y siga la línea de la elipse dibujada anteriormente. Se aplica la misma técnica en el otro borde de la elipse. El bisturí debe mantenerse siempre perpendicu-

Tabla 1. Indicaciones y necesidades básicas para la cirugía escisional

Indicaciones habituales	Material fungible	Instrumental
<ul style="list-style-type: none"> • Nevos melanocíticos • Dermatófibromas • Nevo azul • Fibromas blandos • Queratosis seborreica • Carcinomas basocelulares, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Solución de povidona yodada • Solución de clorhexidina rebajada • Paños estériles fenestrados, adhesivos o no • Jeringas de 5 mL • Agujas adecuadas (25 G) intramusculares • Gasas y apósitos estériles • Rotulador quirúrgico (estéril o no) • Guantes estériles quirúrgicos • Suturas absorbibles • Suturas no absorbibles: monofilamento (recomendada). Aguja de sección triangular • Contenedor para muestras (formol al 10%) • Anestésicos locales (mepivacaína o lidocaína al 1%, con o sin vasoconstrictor) 	<ul style="list-style-type: none"> • Bisturí desechable del 15 (si está disponible), o en caso contrario: • Mango de bisturí del n.º 3 y hojas de bisturí del n.º 15 • Erina o gancho (dos como mínimo) • Tijera de Metzenbaum curva • Tijera de Mayo • Pinzas de Adson (con o sin dientes) • Pinzas hemostáticas curvas (tipo «mosquito»), dos o tres • Portaagujas • Pinzas de Allis • Bisturí eléctrico con distintos cabezales (si está disponible)

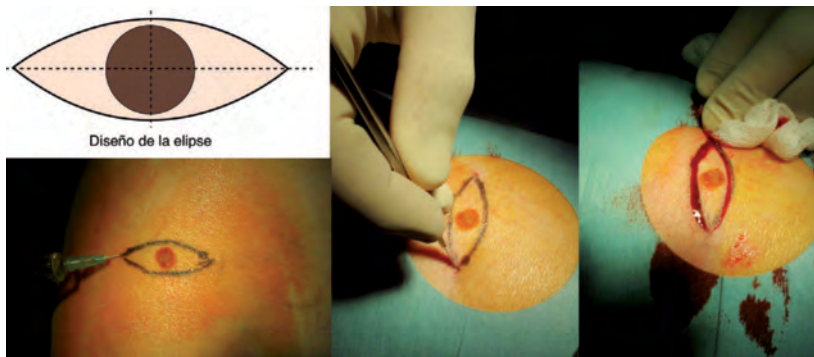


Figura 2. Cirugía escisional. Diseño del huso o elipse

lar a la superficie cutánea para evitar biselar los bordes de la incisión (figura 2).

En todo momento debemos ver lo que estamos haciendo, por lo que evitaremos realizar disecciones a ciegas. La hemostasia de los puntos sangrantes que se vayan produciendo puede realizarse con presión digital (manteniéndola unos segundos suele ser suficiente) o con el bisturí eléctrico (si se dispone de él). En ocasiones es necesario realizar ligaduras simples de vasos de pequeño calibre, clampando el vaso sangrante con un mosquito y ligándolo con hilo absorbible.

La sutura de la herida requerirá la evaluación previa del grado de tensión que va a soportar con el cierre. En el supuesto de que la separación de bordes sea suficiente para originar una tensión alta en el cierre, antes de suturarla deberemos realizar una preparación de los bordes de la herida mediante una disección roma de todo el margen (una tijera de Metzenbaum curva o un mosquito, y la ayuda de una pinza de Adson con dientes o una erina serán suficientes), lo que facilitará la aproximación y eliminará tensiones que resultarían desfavorables para la evolución estética de la cicatriz residual.

TEMA DE LA SEMANA

cirugía menor en atención primaria

Frecuentemente, las intervenciones quirúrgicas en atención primaria no requieren más que el cierre cutáneo superficial con sutura simple entrecortada e hilo no absorbible. No obstante, a veces se hace necesario suturar por planos las heridas profundas para cerrar cavidades y espacios muertos y evitar de este modo complicaciones como los hematomas, los seromas, etc. Además, ello reduce la tensión cutánea de la herida.

Para suturar los planos profundos se aplican puntos sueltos absorbibles con el nudo situado en profundidad, con el objetivo de eliminar tensión cutánea superficial. A continuación se realiza la sutura de la piel con puntos simples entrecortados (lo más habitual) utilizando hilo no absorbible. Su objetivo es conseguir enfrentar los bordes de la piel con precisión y sin que exista sobreposición de sus márgenes.

Las heridas con bordes invertidos curan más lentamente y causan peores cicatrices. La sutura consiste en un lazo anudado a un lado de la herida y debe incluir, al menos, toda la dermis. Tiene que ser equidistante a ambos lados de la incisión, con una ligera inversión.

Normalmente, para la elección del tipo de hilo de sutura se tienen en cuenta el lugar anatómico, el grosor de la piel, las tensiones cutáneas, el riesgo de complicación y, cómo no, las cualidades técnicas del tipo de hilo. Se recomienda, siempre que sea posible, la utilización de hilo no absorbible (fundamentalmente en cara y cuello), monofilamento y del grosor adecuado (por lo general entre 3/0 y 4/0), que nos permite en caso de que alguno de los puntos vaya a quedar «enterrado» en la herida (ligadura, punto enterrado, etc.), indiscutiblemente el hilo será «absorbible». La retirada de puntos, como se explica en su correspondiente apartado, es variable según la zona anatómica y puede oscilar desde 3 y 4 días en los párpados hasta 12-14 días en los miembros inferiores o la espalda.

La muestra se recoge en el tubo preparado y se rellena el impreso de solicitud de estudio anatomopatológico, introdu-

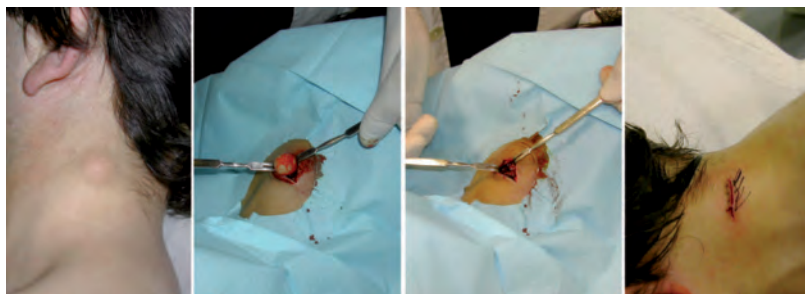


Figura 3. Cirugía del quiste epidérmico

ciéndola a continuación en el circuito de recogida y remisión de pruebas.

Cirugía del quiste epidérmico

Esta lesión también recibe el nombre de quiste sebáceo, quiste queratínico, etc. Se trata de una tumoración benigna que puede tener diferentes tamaños, que aparece debajo de la piel y se origina del ectodermo embrionario. Está formada por un saco o cápsula fina de color amarillo brillante y contenido aceitoso con capas de queratina, maloliente. Los quistes crecen lentamente y aparecen en cualquier parte del cuerpo, pero preferentemente lo hacen en el tronco, la cara, el cuello, la región retroauricular, el cuero cabelludo, la espalda y la región inguinal.

La preparación del campo es similar a cualquier intervención quirúrgica de CM, debiéndose cumplir las condiciones de asepsia, antisepsia y desinfección (y esterilización del material quirúrgico).

Previo anestesia local de tipo romboidal, practicamos una incisión lineal paralela a las líneas de tensión cutánea, que sobrepase en ambos extremos la longitud del quiste; lentamente, nos abrimos paso a través de la dermis hasta visualizar la cápsula quística, extremando el cuidado de no romperla (se expondría el contenido maloliente). A continuación se inicia la liberación de bordes con bisturí (n.º 15) mediante una disección aguda, y se continúa con una disección roma, utilizando tijeras romas (Metzenbaum). Una vez expuesto el quiste con su cápsula, con la ayuda de pequeños separadores, tijeras y mosquito realizamos la exéresis del quiste.

Se describe otra técnica (exéresis en bloque) que consiste en dibujar una elipse estrecha (salvando el poro) alineada con las líneas de tensión cutánea, para utilizar el trozo de piel que recubre y acompaña al quiste como punto de sujeción de éste, lo que facilitará su manipulación. El resto de pasos son similares a los expuestos en la técnica anteriormente descrita (figura 3).

La exéresis de un quiste sebáceo de gran tamaño deja un espacio muerto que debe cerrarse con puntos subcutáneos invertidos e hilo absorbible. Si no fuera posible aproximar correctamente los bordes del tejido celular subcutáneo, estaría aconsejado colocar un drenaje (tipo Penrose) para prevenir hematomas, seromas y la dehiscencia de la sutura.

La sutura cutánea superficial se realiza con puntos simples entrecortados e hilos no absorbibles del grosor adecuado, teniendo en cuenta la región anatómica y la tensión cutánea; son preferibles los monofilamentos a la seda trenzada (mayor posibilidad de complicaciones infecciosas de esta última).

Suele ser una intervención sencilla, pero frecuentemente se rompe la cápsula quística, lo que constituye una complicación menor; en todo caso es necesario reseca totalmente la cápsula. Complicaciones como el hematoma o el seroma son poco frecuentes y por lo general pueden atribuirse a una mala técnica quirúrgica.

Cirugía del lipoma cutáneo

El lipoma cutáneo es una tumoración benigna del tejido adiposo, encapsulada

y localizada preferentemente en extremidades, tronco, abdomen y nuca. Suele tener forma ovoidea y a veces polilobulada, es de consistencia elástica, no suele estar adherido a la piel ni a los planos profundos y en ocasiones infiltra a planos más profundos. Crece lentamente y llega a alcanzar gran tamaño.

A veces es preciso plantear el diagnóstico diferencial del lipoma con otros tumores subcutáneos, quistes epidermoides, liposarcomas, metástasis o eritema nodoso. En caso de duda se puede realizar una PAAF (punción aspiración con aguja fina, hoy accesible en centros de salud). El único tratamiento del lipoma es la exéresis quirúrgica del tumor, sea cual sea su localización y tamaño.

Es imprescindible ser rigurosos con la asepsia, la antisepsia y la desinfección. Conviene monitorizar al paciente y preparar una vía. A continuación, si nos encontramos en un área pilosa la rasuraremos. Hay que marcar con bolígrafo quirúrgico la zona de la incisión (siempre paralela a las líneas de tensión). Una vez lavados y enguantados, aplicamos povidona yodada (o alternativas) ampliamente, e iniciamos la infiltración perilesional con el anestésico local, procurando no superar la dosis máxima estimada (lidocaína 5-8 mg/kg y sesión, o mepivacaína 5 mg/kg y sesión). Si es con vasoconstrictor hay que esperar unos minutos para conseguir su efecto (cuidado con las contraindicaciones en el uso de adrenalina).

Es muy importante disponer del instrumental adecuado y en cantidad suficiente. Siempre hay que tener en cuenta los imprevistos o complicaciones que pueden surgir en cualquier momento, por lo que es adecuado contar con material de sobra.

Técnica quirúrgica

Una vez preparado y dispuesto el campo quirúrgico, con la mano no dominante tensionamos la piel para evitar incisiones irregulares. Con la mano dominante sujetamos el bisturí (n.º 15) perpendicularmente a la superficie cutánea y, con



Figura 4. Cirugía del lipoma

una presión firme, realizamos el corte avanzando sobre la línea previamente marcada, sin realizar movimientos en el plano vertical (evitar el movimiento de sierra), seccionando la dermis como mínimo. Si no se visualiza el lipoma puede realizarse otra pasada muy controlada con el bisturí. Con la ayuda de una pinza de Adson y una tijera de Metzenbaum curva y roma realizamos una disección hasta visualizar el tumor. A continuación se liberan los bordes superiores de éste introduciendo la tijera entre la parte superior del lipoma y la piel y abriéndola repetidamente (esta maniobra se realiza a ambos lados de la incisión). De esta manera queda expuesta y libre la parte superior del tumor. Con la ayuda de una pinza de Allis clampamos el lipoma en un extremo, traccionando suavemente hacia arriba; utilizaremos separadores (de Farabeuf, de Saint Muller o garfios) para separar los tejidos adyacentes. Expuesto el lipoma, realizamos la disección de la parte inferior, viendo siempre lo que estamos haciendo (no realizar disecciones a ciegas). Una vez extirpado el tumor, revisamos el campo quirúrgico con la finalidad de asegurar una buena hemostasia, ejerciendo presión sobre los puntos sangrantes, ligando pequeños vasos o con toques con el bisturí eléctrico.

La sutura por planos es factible en muchas ocasiones y consiste en realizar una sutura del tejido celular subcutáneo con hilos absorbibles, empleando el punto subcutáneo invertido o puntos simples en los que el nudo queda arriba pero debajo de la dermis. Puede ser necesario realizar varios puntos con la finalidad de no dejar huecos (que ofrecerían un campo para las complicaciones posteriores) (figura 4).

En ocasiones no puede realizarse una sutura por planos, ya que el hueco que deja el lipoma es grande. En este caso puede ser útil colocar un drenaje (Penrose, dedo guante, goma acanalada) en la parte más declive y fuera de la incisión, es decir, en una incisión nueva y sujetándolo con un punto de sutura a la piel. A continuación se puede cerrar la herida con puntos simples entrecortados o puntos de colchonero verticales.

Para cerrar la piel es suficiente con una sutura simple entrecortada. Acabado el acto quirúrgico se limpia la herida con suero fisiológico, se aplica antiséptico y se tapa con apósito estéril.

Complicaciones

Complicaciones como el hematoma o el seroma son algo más frecuentes que en

las intervenciones anteriores, debido a que siempre quedan cavidades amplias. En consecuencia, debemos revisar meticulosamente el lecho y reducir todo lo que podamos el hueso residual, valorando el uso de drenajes.

La herida se revisa a las 48 horas. Los cuidados posteriores son similares a cualquier procedimiento de CM.

Cirugía de la uña

La lámina ungueal es la parte más visible de la uña. La componen tres capas, y su forma depende en parte de la forma de la falange distal sobre la que asienta. Asimismo, su grosor varía según la zona, pues es mayor en la parte distal; también está más engrosada en ancianos y en las onicomicosis. El lecho ungueal se extiende desde la lúnula al hiponiquio, y en el adulto no forma parte de la lámina, aunque algunas células córneas se incorporen a la placa; la epidermis del lecho ungueal es fina y carece de granulosa. El lecho ungueal está muy vascularizado, presentando abundantes glomos neurovasculares que regulan la circulación distal mediante innumerables anastomosis arteriovenosas.

Después de realizar una buena asepsia y antisepsia procedemos a anestesiar el dedo. Para ello tendremos en cuenta que la inervación de cada dedo se realiza por dos nervios palmares (mano) o plantares (pie) y otros dos dorsales, que circulan en profundidad próxima al hueso.

Puede utilizarse tanto el bloqueo digital o anestesia radicular (sin vasoconstrictor) como la anestesia periungueal. El anestésico que solemos utilizar es lidocaína o mepivacaína. ¿Cuál es la mejor técnica? La que dominemos.

Cuando la zona ya está anestesiada se procede a mantener el campo exangüe. El método más sencillo es la utilización de un dedo de guante al cual se le corta el extremo distal para enrollarlo en la base del dedo; la isquemia no debe ser superior a los 15-20 minutos. No olvidar retirarlo al finalizar la intervención.

Indicaciones

y técnicas en la cirugía de la uña

Entre las indicaciones más sencillas de CM en la uña se incluyen los hematomas subungueales (técnica de evacuación), la luxación ungueal (actitud conservadora) y la fractura ungueal (la uña se sutura perfectamente e incluso puede reimplantarse). Cuando se produzca la pérdida ungueal se intentará reparar y proteger el lecho si éste ha sido lesionado.

A continuación se describen las intervenciones más habituales y que requieren conocer su técnica en CM.

Técnica de cirugía menor para la onicocriptosis o «uña encarnada»

Existen dos formas de afrontar inicialmente este problema, una conservadora para los casos incipientes, en los que aún apenas hay deformidad y el enclavamiento de la uña es escaso, y otra quirúrgica, para los casos ya cronificados.

La opción conservadora consiste en introducir una gasita o mecha de algodón en la zona anterior del borde enclavado (si la uña es gruesa se recomienda reblandecerla previamente con agua de sal), repitiéndolo varios días a la semana durante 2-4 semanas. La finalidad es impedir el enclavamiento de la uña en las partes blandas. En los casos cronificados, que requerirán intervención quirúrgica, es preciso insistir en la corrección de los factores predisponentes y en solucionar previamente la sobreinfección bacteriana mediante la administración de antibióticos orales.

Matricectomía parcial

Después de diseñar sobre la lámina el corte a realizar, en «ojal» (dibujar con un rotulador dermatográfico, abarcando la zona granulomatosa), se prepara el campo quirúrgico ungueal en la forma ya descrita, alcanzando su anestesia y la isquemia controlada.

Se despega la zona de placa a eliminar (puede utilizarse un despegador tipo Killian) y se llega hasta la matriz. Para su corte, podemos introducir una sonda acanalada por debajo de la lí-

nea de sección y, justo por encima de ella y con la hoja hacia arriba, la hoja del bisturí. También puede hacerse con tijera (si la placa no es muy gruesa). Debemos extender el corte hacia el pliegue proximal de la uña, formando dos colgajos triangulares, y exponer el lecho matricial hasta su límite, la zona que corresponde al asta matricial próxima al hueso de la falange distal.

Se procede a la extracción del fragmento laminar de la uña, y a continuación a la extirpación con bisturí o tijera del tejido granulomatoso.

Se pretende que esa parte de la uña no vuelva a crecer, con lo que se evitará su enclavamiento y una nueva recidiva de la onicocriptosis; para ello será necesario destruir la matriz correspondiente. Este paso puede lograrse mediante el legrado de la matriz hasta el borde óseo, o mediante fenolización (aplicación de hemosteta empapada en fenol acuoso al 70-89% durante un minuto y lavado con alcohol de 70°, repitiéndolo tres veces) de la zona matricial que se desea destruir.

Se finaliza uniendo los bordes de la incisión; puede suturarse la parte correspondiente a la uña, lo que dará como resultado una uña más estrecha.

Cura con povidona yodada y aplicación de apósitos vaselinados. Es muy importante recomendar una analgesia suficiente. En el postoperatorio, además de las curas pertinentes con antisépticos, es muy importante recomendar reposo y elevación de la extremidad durante 8 días. Suele recidivar (en un 13% de los casos si se utiliza fenol, en un 22% si se utiliza sólo legrado) (figura 5).

Avulsión y matricectomía total

La técnica preparatoria del campo es similar. El despegamiento se realiza sobre la totalidad de la uña (técnica de avulsión ungueal ya explicada). La matricectomía se extiende a toda la matriz (ambas astas), ya sea mediante legrado o fenolización.

Extirpación con bisturí o tijera del tejido granulomatoso. Se finaliza suturan-

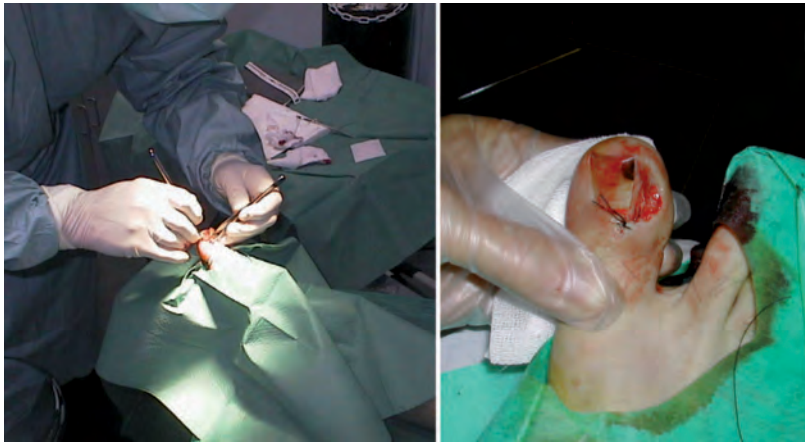


Figura 5. Cirugía de la uña

do las partes cruentas del lecho. Cura con povidona yodada y aplicación de apósitos vaselinados. Es muy importante recomendar analgesia suficiente. Sus resultados a largo plazo son mejores que con la matricectomía parcial.

Heridas

Ante cualquier herida, el primer paso debe ser su evaluación a fin de determinar cuáles pueden ser sus consecuencias, planteándonos si existe una situación de riesgo vital para el paciente (estabilizar y derivar) o la presencia de algún criterio de derivación (preparar y derivar).

Los pasos básicos que estructuran la evaluación son:

- Valorar el sangrado y controlarlo si fuera grave, antes de continuar con otra actividad.
- Determinar el grado y tipo de repercusión sistémica (vascular, nerviosa, osteomuscular, etc.).
- Mecanismo de producción de la herida y riesgo de inclusión de cuerpos extraños en ella.
- Anamnesis (factores relevantes para el pronóstico). Es un paso simultáneo a la inspección y la exploración.
- Clasificación del tipo de herida.
- Decisión del tipo de actuación.

Tipos de heridas

Las heridas pueden clasificarse según diferentes puntos de vista. Cuando una herida afecta no sólo a la piel sino

que interesa a otras estructuras como los tendones, los músculos, las arterias, los nervios, etc. decimos que es una herida compleja, en contraposición al resto de lesiones, que denominamos simples. Por lo general las heridas profundas (que superan el tejido celular subcutáneo) suelen ser complejas, mientras que las superficiales acostumbran a tener un carácter simple, aunque no siempre, ya que una herida superficial puede afectar a nervios, arterias o tendones (como ocurre por ejemplo en la mano) y ser, por tanto, compleja. Cuando una herida (generalmente punzante) penetra en una víscera o afecta a otra cavidad corporal, decimos que es una herida penetrante; siempre se trata de lesiones graves que debemos derivar urgentemente.

A continuación se describen los tipos de heridas según el mecanismo de producción y sus consecuencias traumáticas.

Heridas incisivas

Están causadas por objetos cortantes. Son heridas más largas que profundas y superficiales, de bordes bien definidos (no tortuosos o irregulares) y limpios. Por lo general, una vez resuelto el problema de sangrado (hemostasia) u otros (contaminación, presencia de cuerpo extraño), y siempre que no hayan transcurrido más de 6 horas, podremos suturar directamente (cierre primario).

Heridas contusas

Producidas por objetos romos o mordeduras. Las observaremos con bordes anfractuosos, sinuosos y magullados (desvitalizados). Son heridas en las que si queremos realizar un cierre primario tendremos que llevar a cabo una rectificación o refrescado de bordes (Friedrich). En caso contrario plantearemos un cierre por segunda intención (cierre secundario), ya que con mucha frecuencia serán heridas complejas y contaminadas. En el caso de las mordeduras (humanas, animales) deben considerarse siempre contaminadas.

Heridas punzantes

Están producidas por objetos punzantes, y se caracterizan por ser pequeñas en su superficie, extendiéndose en profundidad y pudiendo lesionar órganos internos, con lo que mantienen un mayor riesgo de infección. Deben explorarse minuciosamente y descartar que no estemos ante una herida penetrante. Por lo general no requerirán sutura alguna, pero sí estimar si es necesaria la cobertura antibiótica. Revisar el estado de inmunización ante el tétanos. Vigilar estrechamente su evolución.

Avulsiones o despegamientos

Cuando el fenómeno traumático incide tangencialmente, ocasiona una herida de trayecto inclinado que produce un colgajo de piel (que suele retraerse). Para su sutura tendremos en cuenta el extremo agudo del colgajo, procurando evitar su necrosis por una sutura o punto simple. Aquí aplicaremos la técnica de punto en «V», a fin de aproximar bordes y permitir la sutura simple en el resto de la herida.

Heridas con pérdida de sustancia

En estas heridas el mecanismo es de fricción, por lo que se origina una pérdida mayor o menor de tejido según el mecanismo y la energía desarrollada. A menudo no podrán suturarse directamente, salvo que las pérdidas sean pequeñas. Por ello, deberemos valorar qué técnica es la más adecuada en cada caso, intentado minimizar los resultados antiestéticos. En caso de varios cortes aproximados y en paralelo podremos

Tabla 2. Cuándo derivar una herida

Derivaremos siempre:

- Cualquier herida profunda, compleja o penetrante
- Cualquier herida complicada con otros tipos de lesiones óseas o articulares (politraumatizados, amputaciones, etc.)
- Heridas que afecten a zonas descritas como de riesgo o críticas (sobre todo en el área facial, el cuello, las manos o los genitales)
- Heridas extensas con mucho tejido necrótico o desvitalizado (aplastamientos)
- Heridas en pacientes en los que se prevean complicaciones (diabetes, enfermedad vascular periférica, inmunodeprimidos) o secuelas inestéticas importantes
- Pacientes no colaboradores o agresivos (niños pequeños, enfermos psiquiátricos, otros)

utilizar puntos en «U» que estabilicen las heridas y permitan una aproximación de los márgenes, aplicando otros tipos de sutura en el resto.

Otras clasificaciones

Durante la evaluación podremos establecer si la herida es de carácter limpio, contaminado o infectado.

Heridas limpias. Son aquellas cuyo buen aspecto no indica complicación ni evidencia de cuerpos extraños o suciedad. Son heridas en las que aún no han transcurrido las 6 horas, lo que permite su cierre primario, y que no afectan a la cavidad orofaríngea (se consideran, por definición, «contaminadas»).

Heridas contaminadas. Son heridas que han superado las 6 horas entre el momento en que se produjeron y el momento en que son atendidas (entre 6 y 24 horas). Su aspecto ya no es tan limpio y planteará dudas sobre si realizar un cierre primario (con desbridamiento de bordes) o secundario (por segunda intención).

Heridas infectadas. Estas heridas han superado el tiempo de evolución de 24



Figura 6. Herida complicada

horas, o son muy contusas o con suficiente pérdida de sustancia, y en ellas se observan signos inflamatorios, necróticos y supurativos. Se llevará a cabo un cierre por segunda intención, con protección antibiótica y vigilancia cada 24 horas. En algunos casos puede esperarse unos días con tratamiento (3-4 días), y si no aparecen más complicaciones se pueden refrescar los bordes y realizar una sutura «diferida» o cierre terciario.

Debemos tener criterios muy claros para decidir cuándo derivar una herida y cuándo resolverla con nuestros medios (tabla 2). Dado que algunas de ellas nos plantearán alguna duda, en estos casos siempre derivaremos.

Resolución de heridas abordables desde atención primaria

Se elegirá la técnica más adecuada al tipo de herida y localización. Ya hemos comentado que antes de abordarlas habremos realizado todos los pasos de su evaluación, habremos solucionado la hemostasia y se habrán adoptado los procedimientos preparatorios previos a comenzar su cierre, sin olvidarnos de la anestesia de la zona (técnicas de anestesia local o locoregional).

Heridas simples

Tras la preparación (limpieza, desinfección, anestesia local, hemostasia) iniciaremos el cierre de la herida mediante anudamiento simple, eligiendo el

tipo de aguja y el grosor de hilo (seda o monofilamento, entre 3/0 y 4/0 para el cuero cabelludo, el tronco y las extremidades, dejando el 5/0 para la cara) adecuados al tipo de piel. En las lesiones que presenten bordes muy separados, iniciaremos el cierre con anudamientos que faciliten la aproximación de bordes, evitando así los resultados antiestéticos. Entre ellos podemos elegir el punto simple enterrado (material absorbible), normal o invertido (este último con mejores resultados). Posteriormente realizaremos un anudamiento simple de bordes. Podemos necesitar algún punto hemostático (ligadura) con material absorbible.

Cuando la herida se encuentra en el cuero cabelludo o en el miembro inferior podemos valorar la utilización de grapas (aportan rapidez y menor reactividad). La técnica debe ser depurada, ya que su resultado es menos meticuloso que si hubiéramos utilizado suturas.

En el caso de heridas incisas lineales, sin apenas tensión o muy superficiales (zona facial, dedos, tórax), ubicadas en zonas no pilosas y menores de 5 cm, podemos utilizar la sutura adhesiva, ya sea en forma de apósito (tipo Steri-Strip™) o como adhesivo tisular (cianoacrilatos); en ninguno de ellos se precisa la utilización de anestesia local ni la retirada de puntos, y los casos de reacciones inflamatorias secundarias

RECOMENDACIONES PRÁCTICAS

a su aplicación son muy poco probables. Eso sí, requieren una técnica esmerada a la hora de utilizarlos.

Tras comprobar el estado de inmunización frente al tétanos iniciaremos, si es necesario, el procedimiento protocolizado de profilaxis de la infección tetánica. También, si fuera aconsejable, pautaremos la administración de antibióticos. Y antes de despedirnos del paciente le comentaremos las recomendaciones para el cuidado de la herida (se le entregará un documento impreso de recordatorio) y le estableceremos un plan de seguimiento (a ser posible con fechas y en un documento impreso).

Heridas complicadas

Asumiremos este tipo de heridas como aquellas que no cumplan alguno de los criterios que recomienden la derivación y que estemos capacitados para afrontar. Con idéntica preparación previa a la que explicamos para las heridas sencillas, empezaremos con la revisión de los bordes de la herida, determinando las zonas necrosadas o desvitalizadas, con poca expectativa de recuperarse, para su eliminación (si fuera posible), y refrescando los bordes (Friedrich), como ocurre con las heridas contusas.

En caso de heridas punzantes debemos extremar la exploración para descartar que no estemos ante una herida

- Las técnicas de cirugía tangencial y escisional resultan fundamentales en la formación de los profesionales que decidan practicar la cirugía menor.
- En la cirugía del lipoma, una vez extirpado el tumor, debemos revisar cuidadosamente el campo quirúrgico con la finalidad de asegurar una buena hemostasia.
- El conocimiento completo de la anatomía ungueal resulta básico a la hora de abordar la cirugía de la uña.
- En caso de heridas infectadas valoraremos si suturar o no, y si decidimos hacerlo utilizaremos siempre hilo sintético monofilamento.

penetrante o una herida compleja, sobre todo en las zonas definidas como críticas (cara, manos, etc.).

Cuando se observe pérdida de sustancia, valoraremos el despegue de bordes que facilite la sutura sin tensiones, o la realización de técnicas de descarga (triángulos, colgajos) que eviten complicaciones posteriores antiestéticas.

Una vez preparada la herida seleccionaremos qué sutura y qué tipo de anudamiento son los más adecuados (aproximación de bordes para liberar tensión superficial con puntos enterrados de material absorbible), utilizando allí donde proceda puntos que soporten mayor tensión (colchonero horizontal), o solventando el riesgo de necrosis con puntos en «V» o en «U» para heridas en colgajo o complejas.

Siempre, en este tipo de heridas, será clave el plan de seguimiento y cuidados posteriores, del cual dependerá el éxito de su resolución con el mínimo de secuelas y complicaciones a corto o largo plazo. ■

Bibliografía

- Arribas Blanco JM, Castelló Fortet JR. Cirugía menor en urgencias de Atención Primaria. Barcelona: Ediciones Mayo, 2006.
- Arribas-Blanco JM, Castelló Fortet JR, Sánchez Olaso A, Rodríguez Pata N. Cirugía menor y procedimientos en la consulta del centro de salud. SEMERGEN. 2001; 27: 362-375
- Barrera-Vigo MV, Tejera-Vaquerizo A, Mendiola-Fernández M, Cid J, Cabra-de Luna B, Herrera E. La biopsia ungueal: un método diagnóstico de gran utilidad. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2008; 99: 621-627.
- Hontanilla B. Cirugía Menor. Madrid: Marbán, 1999.
- Romero AR, Fernández JM, Fernández I, Vázquez JC. Manual de Cirugía Menor en Atención Primaria. Madrid: Ergon, 2008.