

USO DE LA SUTURA SUBCUTICULAR EN LA CIRUGÍA GINECOOBSTETRICA

Dr. Enrique Samayoa

Se revisó la evolución postoperatoria mediata e inmediata de 102 pacientes, a quienes se les practicó cirugía usando para el cierre de la piel la sutura subcuticular, sin encontrar en ninguna de ellas complicaciones del tipo de infección, dehiscencias o hematomas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizan 102 casos gineco-obstétricos que fueron sometidos a cirugía y en los que se usó para cierre de la piel, la técnica subcuticular con catgut simple No. 000, todas las pacientes fueron intervenidas en 2 hospitales privados de Tegucigalpa: La Policlínica y Viera, S.A., La finalidad del presente análisis es demostrar la inocuidad del procedimiento, la seguridad de los resultados y todo en beneficio de la paciente que no tiene que someterse a la estresante situación de la quitada de puntos. La técnica de sutura subcuticular ha sido usada por varios autores (1-2-3-4-5-7-8).

Se escogió el catgut simple No. 000 como material de sutura para el tejido adiposo y la aproximación subcuticular, por considerarlo como menos irritante (2), lo que se ha afirmado por el Dr. E. Dumphy (6), quien dice que cualquier sutura no absorbible, gruesa o continua, constituye un

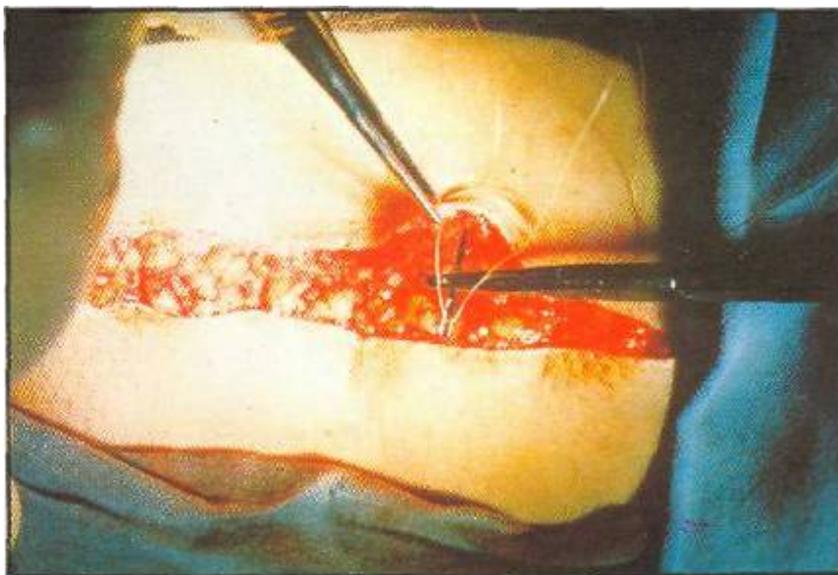


FIGURA No. 1

Se introduce la aguja cerca del borde de la piel.

nido de infección y por eso las suturas continuas tienen que ser absorbidas (5). El uso del nylon para este tipo de suturas no es recomendado por el incremento de infecciones (2).

MÉTODO

Meticulosa limpieza de la piel con agua y jabón es imprescindible y posteriormente se usó, solución de Zephiran en el Hospital Viera y Mertiolate en el Hospital La Policlínica, en todos los casos la preparación de la piel fue hecha siempre por el cirujano. Muy esporádicamente se

usaron otras incisiones que no fueran media infraumbilical, teniendo cuidado de hacer todos los cortes con bisturí y evitándose cortes oblicuos tanto de piel como de fascia y peritoneo. Siempre se identificó la línea alba para separar músculos rectos, sin haber necesidad de desgarrar o separación de fibras musculares, aún en pacientes previamente intervenidas,

Al momento de cerrar la capa celular grasa, se tiene cuidado de poner puntos separados de catgut simple No. 00, tomando buena cantidad del mismo en cada pun-

* Profesor de Ginecología y Obstetricia

Facultad de Ciencias Médicas, UNAH, Tegucigalpa, Honduras.

to, introduciendo inicialmente la aguja cerca de la piel de tal manera que al anudar los bordes de ésta queden lo más aproximadamente posible (fig. 1).

La sutura subcuticular siempre se inició en el ángulo inferior por ser esta parte la que ofrece más obstáculos sobre todo cuando existe delantal graso.

El punto inicial queda bajo la piel para lo cual se introduce la aguja recta de dentro a afuera (fig. 2), a unos 3mm del ángulo inferior de la herida y se reinserta de afuera hacia adentro (fig. 3), muy próximo al punto de salida.

Se anudan los extremos y el extremo corto se pasa subcutánea y perpendicularmente a la herida dándole salida en piel a unos 4 cms. (fig. 4) de distancia, de esta manera se evita que el extremo del catgut emerja a través



FIGURA No. 3

Se reinserta la aguja de fuera hacia adentro.

de la herida (fig. 5) y se transforme en área de alarma para la paciente. Con la misma aguja recta se procede a la unión subcuticular de la piel tomando unos

ocms. (fig. 6) de tejido y procurando insertar la aguja en el lado opuesto a un nivel igual al punto de emergencia del borde anterior, si no se logra buena aproximación de los bordes se intenta mejor afrontamiento haciendo nuevamente la sutura por lo que se va examinando meticulosamente con cada punto que se efectúa

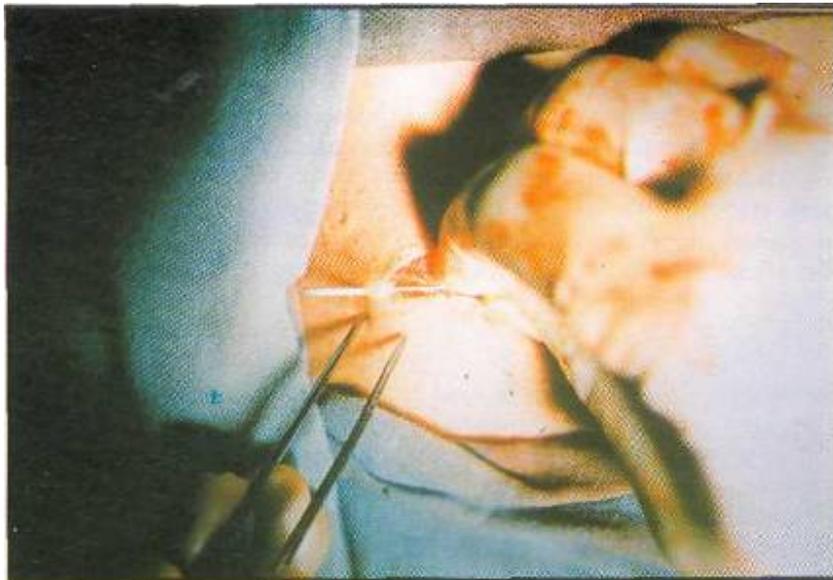


FIGURA No. 2

Inicialmente la aguja va de dentro afuera del ángulo de la herida.

En el ángulo terminal de la herida se hace procedimiento igual al descrito, pasando la aguja de adentro a afuera (fig. 7) y a unos 3 mm. del ángulo superior, reinsertándola muy próximo al área de salida y en sentido inverso, de afuera a adentro. Se anuda, se pasan los extremos de la sutura subcutánea y perpendicularmente al borde de la herida y uno a cada lado a unos 3 o 4 cms. de la incisión (fig. 8). Se corta a ras de la piel los extremos para que el catgut quede de esta manera oculto.

RESULTADOS

Como se ve en la gráfica I, se utilizó el procedimiento en múltiples tipos de cirugía totalizando 102 casos de los que preponderaron las Cesáreas con el 67% de las 44 fueron cesáreas primarias, un 17 fueron cesáreas segundas y un 8 fueron terceras o más cesáreas.

Dichosamente en ninguno de los casos revisados hubo evidente infección de la herida y mucho menos dehiscencia o hematomas y sobre todo si tomamos en cuenta el criterio de Altemeir (6) que dice: "la mayoría de las infecciones de herida principian como una celulitis", cosa que no fue observada.

Los procesos febriles habidos y atribuidos a otras causas probaron los siguientes resultados, ver

gráfica 2: Pacientes afebriles el 7% en los cuales se incluyen un 5% de pacientes con temperatura de 38° por menos de 24

horas.- El resto se distribuyó en pacientes con temperatura de 38° o más en un período de 24 a 48 horas (5%), de 48 a 72 horas (3%) y más de 72 horas (4%).- Es de hacer notar que es nuestra práctica decidir el uso de antibióticos si tanto la fórmula blanca como el pulso de la paciente nos sugiere inicio de infección sobre todo en las pacientes obstétricas, cuando no hemos seguido esta norma nos hemos arrepentido.

De los casos febriles solamente en 9 (41%) no se pudo determinar factor etiológico posiblemente.

Los otros casos de infección, según se ve en la gráfica 3, un 27% fueron por Endometritis (6 casos), el 18% infección de tracto urinario (4 casos), 9% infección de cúpula (2 casos), 5% Hepatitis (1 caso).



FIGURA No. 5

Se evita que el extremo del catgut emerja a través de la herida.

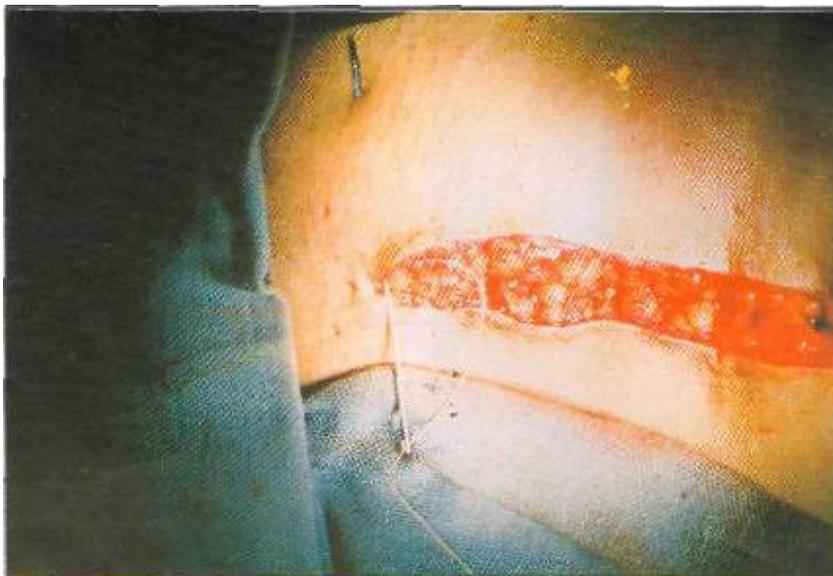


FIGURA No. 4

El extremo corto se le pasa subcutáneo y perpendicularmente a unos 4 cms. de la herida.

De las cesáreas practicadas, gráfica 4, el 80% cursaron afebriles (53 casos).- De las pacientes febriles 4 (6%) tuvieron temperatura de 38° o más por 24 a 48 horas, 9 (13%) temperatura de 38° o más por más de 72 horas.

Todo lo anterior no provocó mayor alteración en el período de hospitalización promedio de estas pacientes {Tabla I), donde se hace constar que de las 8 pacientes que requirieron más de 6 días de hospitalización, 2 de ellas lo hicieron para descansar.

CONCLUSIONES

Para terminar podemos afirmar con Dumphy (6) que: "El perfeccionismo en el cuidado de la herida cicatrizante puede reducir las complicaciones de Heridas limpias a un 1 a 2% ; lo contrario ouede resultar en un 10 a 20%

de complicaciones de los llamados casos limpios", y otros (4) afirman que el cierre subcuticular se está haciendo más popular.

Nuestra finalidad es pues demostrar que no hay necesidad de hacer sufrir la paciente con puntos separados no absorbibles en piel, para garantizar una buena cicatrización de la misma.

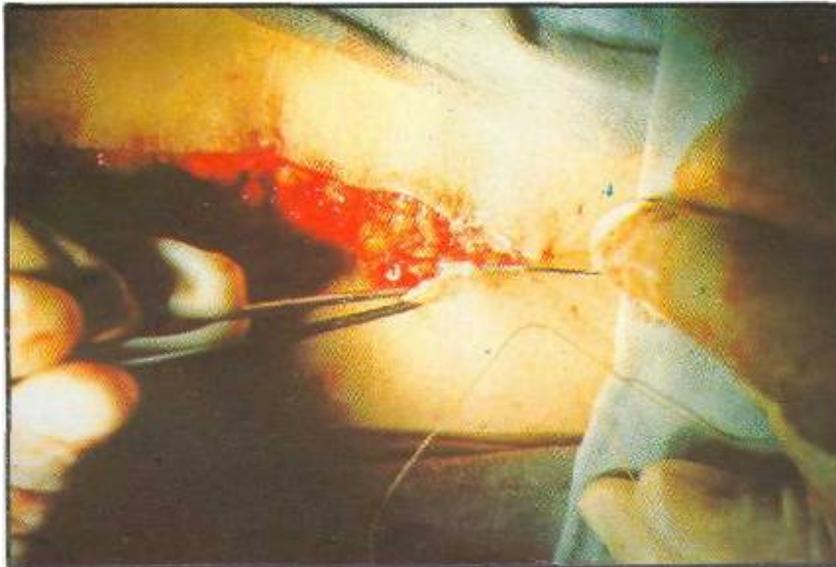


FIGURA No. 6

Se toman 5 mm. de tejido paralelamente al borde.

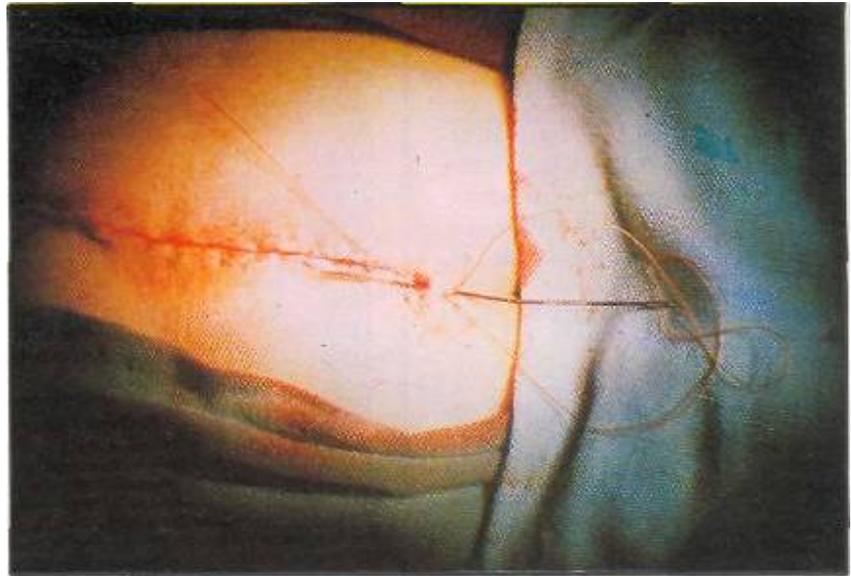


FIGURA No.7

En el ángulo terminal se hace procedimiento igual dejando amarre final subcutáneo.

1. Tissue adhesive vrs sutures in closure of insicion wounds. A comparative study in human skin. A thopuru set at Amn Chir Gynocol 65 (5) 308-12 1976.
2. Subcuticular suturina after Appen dectomy. Foster GE et al Lancet 1 (8022): 1128-9, May 1977.
3. Subcuticular Skin closure description of technique. Sanders R.J. J. Dermatol Surg. 1 (4): 61-4 Dec. 75.

- 4 Fifteen ways to close surgical wounds. Stegman SJ. J. Dermatol Surg 1 (2) 25-31, Jun. 75.
- 5 Letter, Sutures for Skin closure watts GT. Lancet Surg 111 (I), 83-4 Jan. 76.
- 6 Cicatrización. Una actualización de MEDCOM para década del 70.
7. Influence of subcuticular sutures on scar formation Linares HA et al. Am J Surg 133 (2); 257-9, Feb. 77.
8. Leller: Skin closure with subcuticular polyglycolic acid sutures. Noordholl M S. Med. J. Aust 1 (5): 146,1 Feb. 75.

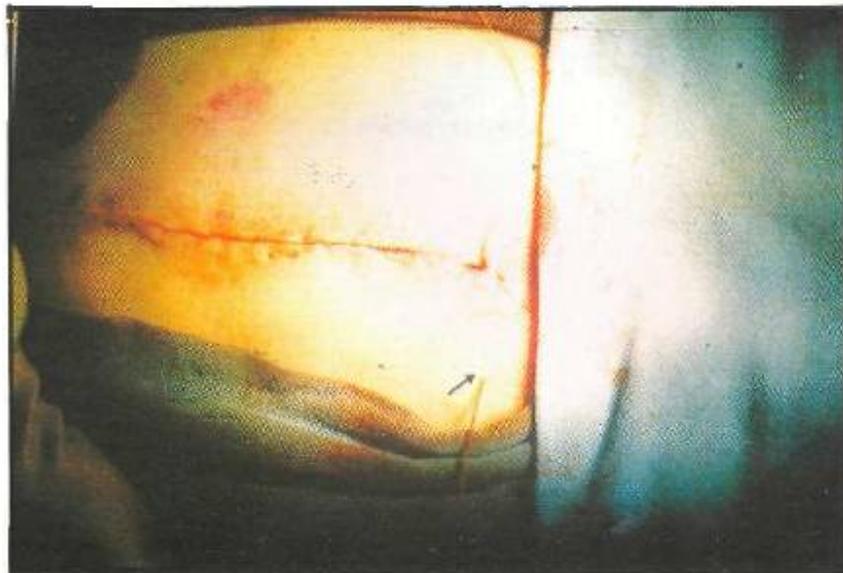
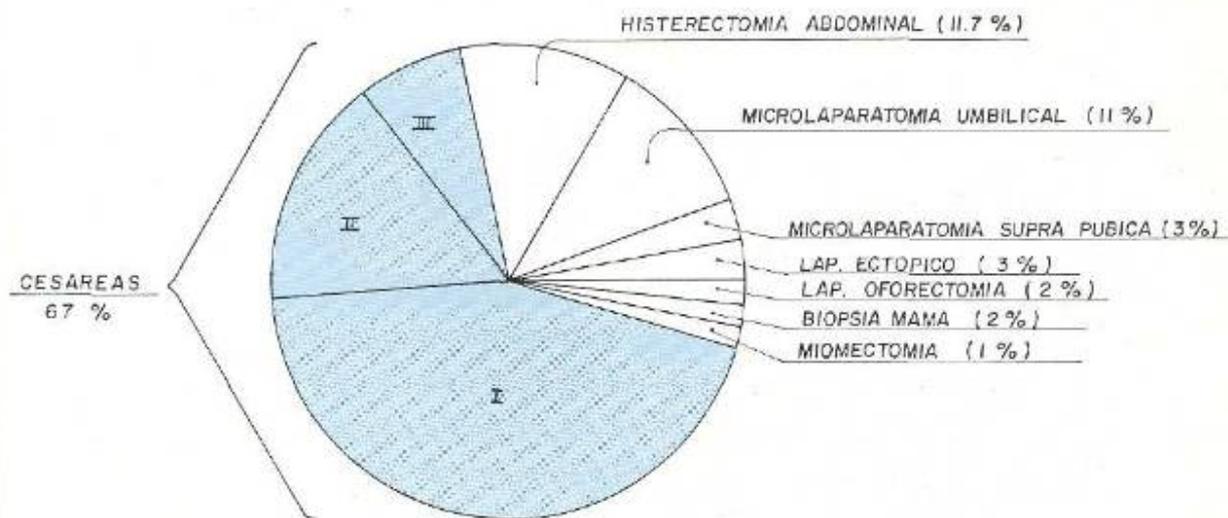


FIGURA No. 8

Los extremos del catgut son pasados subcutánea y perpendicularmente.

GRAFICO 1

DISTRIBUCION PORCENTUAL GRAFICA DE 102 CASOS DE CIRUGIA GINECOBSTETRICA



EN TODOS LOS CASOS SE USO SUTURA SUBCUTICULAR CON CAGUT SIMPLE No.00.-

GRAFICO 2

DE 102 CASOS EL 78 % CURSARON AFEBRILES, CONSIDERANDO COMO TALES LAS QUE NO TUVIERON ELEVACION TERMICA O PRESENTARON 38° POR UN PERIODO DE NO MAYOR DE 24 HORAS

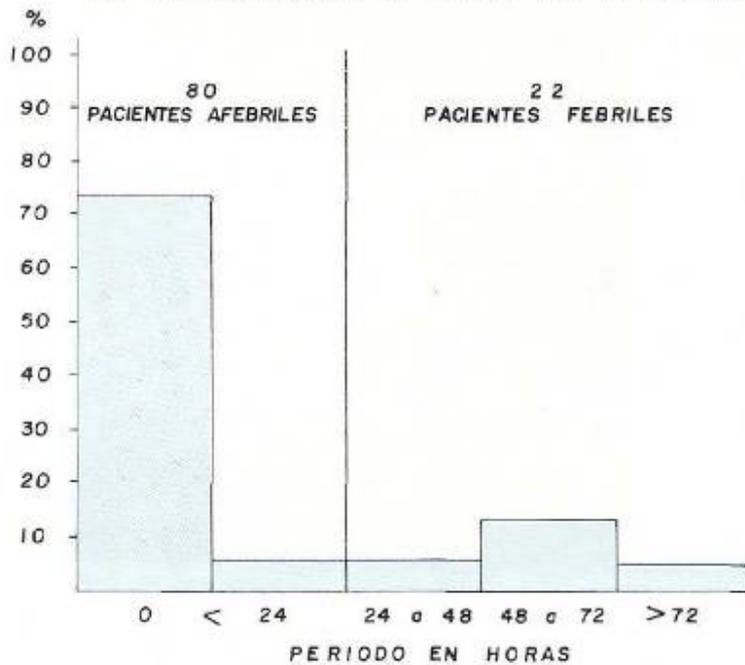


GRAFICO 3

DE LOS 22 CASOS FEBRILES, SOLO EN 9 (41%) NO SE PUDO DETERMINAR FACTOR ETIOLOGICO

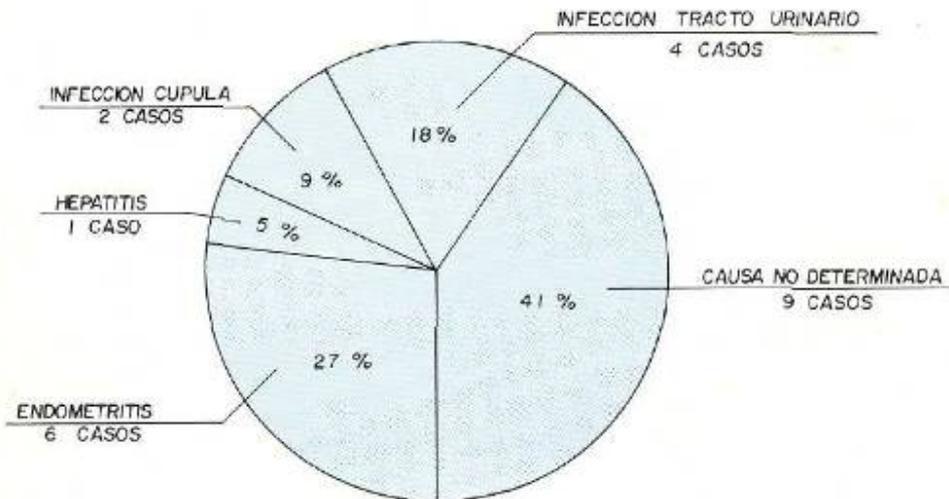
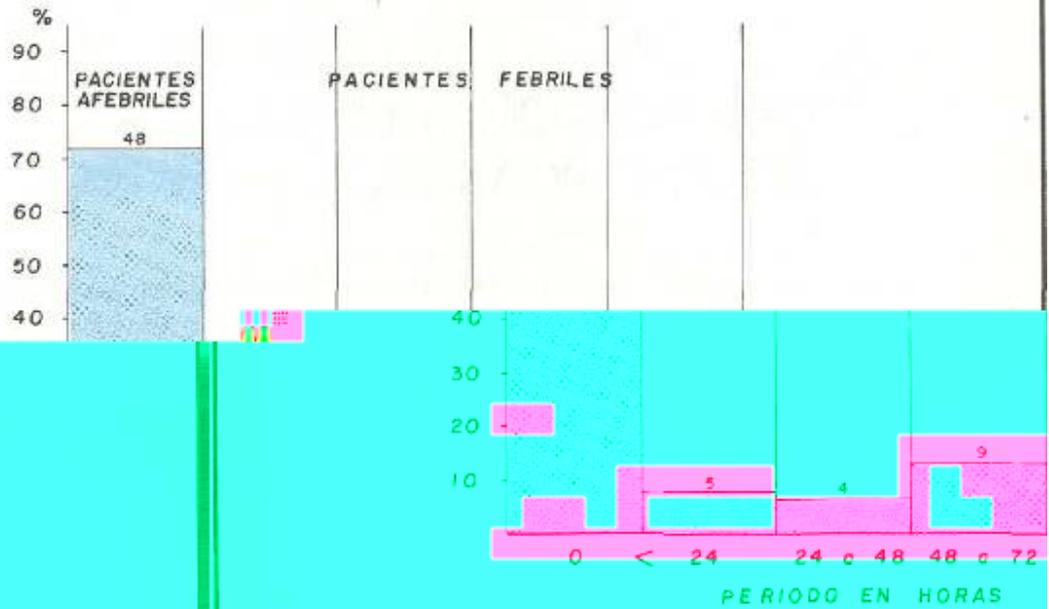


GRAFICO 4

DE 68 CESAREAS EL 78% CURSO AFEBRIL O CON ELEVACION TERMICA DE 38° POR UN PERIODO NO MAYOR DE 24 HORAS



2
>72

TABLA No.1

CUADRO DEMOSTRATIVO DE LOS DIAS DE HOSPOR TIPO DE CIRUGIA EN 102 CASOS

DIAS DE HOSPITAL	CESARIA	H.A.T	MICRO LAP. POST PARTO	MICRO ECTOPICO	OFORRECTOMIA
1			10	3	
2			1		
3					
4	45	2		3	2
5	17	8			
6 o más	6	2			
TOTAL	68	12	11	3	2

LAS DOS PACIENTES DE H.A.T CON 6 DIAS DE HOS PROLONGARON SU ESTADIA PARA DESCANAR

HOSPITALIZACION

TIPO DE CIRUGIA	TOTAL	%
MAMOGAMAMA	15	14.7
MIOECTOMIA	1	1.0
MICRO LAP. POST PARTO	53	52.0
MICRO ECTOPICO	25	24.0
OFORRECTOMIA	2	2.0
TOTAL	102	

HOSPITALIZACION