

Punto en T: una nueva modalidad en la sutura subcuticular

*Dr. Enrique Samayoa M.**

Hace 20 años en el Vol. 47 de la Revista Médica Hondureña publicamos un artículo titulado: "USO DE LA SUTURA SUBCUTICULAR EN LA CIRUGIA GINECO-OBSTETRICA" en el que refería la experiencia de 102 casos. Desde esa fecha he buscado una técnica que dé mejores resultados tanto para la paciente como para el cirujano, sobre todo en lo que a resultados finales se refiere y no solo la satisfacción al momento de terminar el acto quirúrgico, sino al evaluar el proceso cicatrizal a medida que los días pasan. Entre las insatisfacciones que las pacientes experimentaban con la primera técnica era el hecho de presentar múltiples flictenas a lo largo de la cicatriz, debido probablemente al efecto constrictor que sobre la piel ejercía la sutura, alterando el proceso circulatorio, sobre todo si la sutura no se absorbía en el tiempo esperado, quedando estas como cuerpo extraño. La respuesta del proceso cicatrizal para desarrollar una hipertrofia o un queloide es considerado como una respuesta personal de la paciente sin tener mucha

importancia el tipo de sutura que se utilice. La finalidad de presentar esta técnica no es la de informar sobre el número de pacientes en los que se ha aplicado esta sutura durante un período de unos 10 años sino de familiarizar a los cirujanos con una técnica original que es sumamente fácil y de la que pongo a disposición un video.

DESCRIPCION DE LA TECNICA

Al terminar un procedimiento quirúrgico gineco-obstétrico u de otro tipo y después de cerrada la fascia con cualquier método o material que el cirujano escoja, se aproximan el tejido celular subcutáneo (C S) con material absorbible #000 y la Piel(P) con similar material #0000 de la manera siguiente:

Figura 1.- Como puede observarse la aguja lleva una orientación inversa a la que usualmente se usa al iniciar la aproximación de este primer plano y va en sentido perpendicular a los bordes de la herida, de abajo hacia arriba, o explicado de otra manera de adentro hacia afuera.

* Ex Ginecobstetra del Hospital Materno Infantil del IHSS en Comayagüela.

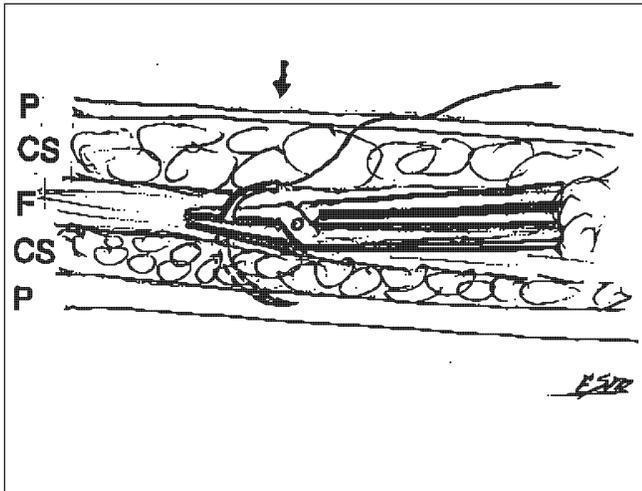


Fig. 1.- La aguja es colocada al inicio en posición inversa a la que usualmente se usa o sea de adentro hacia afuera y en sentido vertical, quedando perpendicular al borde de la herida.

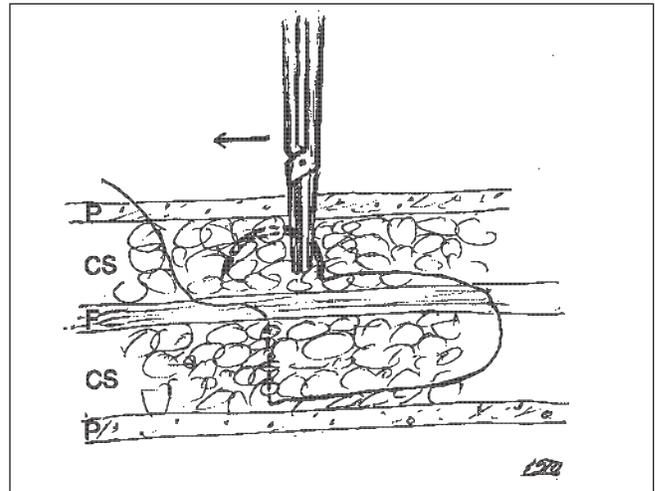


Fig. 2.- En el lado opuesto de la incisión, la aguja se introduce en sentido horizontal y paralelo al borde de la herida.

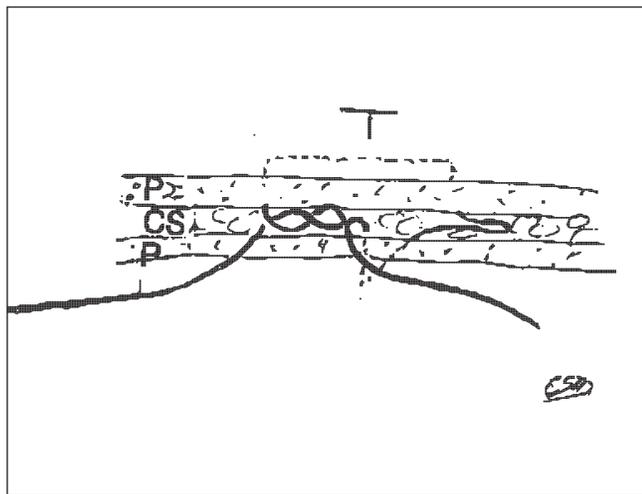


Fig. 3.- Se puede ver que el extremo entrante y saliente del hilo de la sutura quedan orientados hacia el mismo lado.

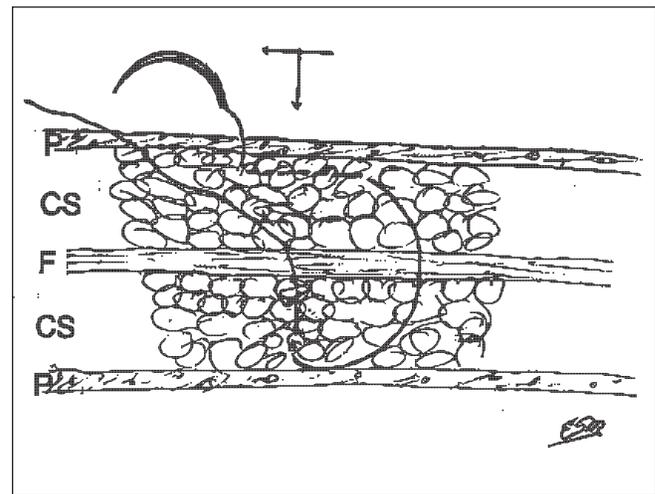


Fig.4.- Los Bordes de la piel se han aproximado al hacer un nudo cuadrado de cirujano y al hacer una tensión horizontal de los extremos de la sutura, los bordes quedarán abocados entre si.

Figura 2.- Se ve claramente el trayecto que hizo la aguja en el primer punto, ahora sustituido por el hilo de sutura que sale casi al borde de la piel. El extremo del hilo de sutura quedó en este caso orientado a la izquierda, y se observa ahora la aguja cerca del borde siendo introducida en sentido horizontal y perpendicular al trayecto inicial marcado en el lado opuesto de la herida y orientando su punta hacia donde está dirigido el extremo del hilo de sutura. El punto horizontal se hace en una extensión de 1.5 a 2 cm procurando que el punto inicial trazado verticalmente en el primer lado,

quede como señalando la mitad de del punto horizontal, o sea que en el aire formen una "T:"

Figura 3.- Se ha obtenido de esta manera que los extremos de la sutura, tanto el entrante como el saliente, queden hacia el mismo lado, esto se hace con la finalidad de que no se enreden los hilos al momento de hacer la tracción, y que dará como resultado, el aproximamiento fácil y casi sin traslapes de los bordes de la herida.

Figura 4.- Aquí se nota como los bordes de la piel se han aproximado, ya no se ve la Facia (F), quedando pendiente el hacer el anudado del punto de piel correspondiente, procurando hacer un verdadero nudo cuadrado de cirujano, poniendo leve tensión horizontal de los extremos de la sutura, de manera que los extremos de la sutura se acerquen al plano de la piel.

Algunas veces con sólo este plano sub-cutáneo de aproximación es suficiente y la piel queda adosada en sus bordes, de no lograrlo se procede a hacer igual técnica pero sub-cuticular con material de sutura absorbible #0000 como Vicryl, de ser preferible con aguja cortante y manejando los bordes de la piel con

pinza de disección pequeña sin dientes. Los puntos en "T" de la piel pueden espaciarse hasta en 3 y 4 cms. y el punto sub-cuticular horizontal no tendrá una longitud mayor de 5 a 7 mm.

No se necesitan aproximadores adicionales aún cuando se ha tenido que remover la cicatriz de cirugía previa. Mejores resultados se obtienen en las incisiones transversales como la de tipo Pfannestield. De esta manera la paciente no tiene que regresar a los 8 días a quitarse puntos. Es una técnica de fácil ejecución a tal grado que hemos hecho que la ejecuten de inmediato los residentes que nos han asistido por primera vez y ellos son los mejores testigos de lo satisfactorio que es lo que hemos presentado.

*La personalidad se despierta al contacto
de otras personalidades.*

Platón