

NOMBRE DEL CATEDRATICO: DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ

NOMBRE DE LA ALUMNA: LAURA DILERY CRUZ DIAZ

MATERIA: TECNICAS QUIRURGICAS

TEMA: DRENAJE DE PARTES BLANDAS, FORUNCULOS, ABSCESOS, ANTRAX Y CELULITIS

UNIDAD: SEGUNDA UNIDAD

GRADO Y GRUPO: 6° "A"

FECHA DE ENTREGA: 16-OCTUBRE-2020



INTRODUCCIÒN

El concepto drenaje se refiere a la acción que tiene como finalidad la eliminación de líquidos, gases, secreciones o derrames naturales o patológicos de una herida, de un absceso incidido, aunque no completamente vacío, o de una cavidad a través de un instrumento denominado dren.

También se ha denominado drenaje a las comunicaciones internas realizadas quirúrgicamente entre cavidades y/o epitelios, como lo es el drenaje interno de un pseudoquiste pancreático, la interposición de estructuras anatómicas, como el llamado “drenaje de Voelcker”, que en realidad es una derivación biliodigestiva, o la colocación de endoprótesis como en la vía biliar, o drenajes de estructuras específicas como el drenaje de Kehr, que es la sonda en T en la vía biliar.

En este trabajo nos referiremos al drenaje como aquel sistema en el que se utiliza un dren para eliminar líquidos y gases patológicos o naturales que se producen en exceso y cuya extracción se requiere como método terapéutico.

DRENAJE DE ABSCESOS

Un absceso es una colección de pus localizada en una zona anatómica concreta, formada por restos de leucocitos degradados, bacterias, tejido necrótico y exudado inflamatorio, y rodeada de una zona de tejido inflamatorio, fibrina y tejido de granulación¹.

Para que se produzca, es necesario que entren en contacto con el tejido gérmenes del exterior. En ocasiones, este contacto es debido a una alteración en la piel por una herida, erosión o punción, pero también pueden llegar por contigüidad, a través de conductos anatómicos naturales (de hecho, son frecuentes en el cuello o las axilas los abscesos debidos a obstrucción de glándulas sebáceas o apocrinas) o diseminados por el sistema circulatorio. El germen más frecuentemente implicado es *Staphylococcus aureus*², aunque a veces se encuentran otros gérmenes del grupo *Streptococcus* o incluso gérmenes anaerobios en el caso de tejidos poco oxigenados.

Clínicamente, un absceso se manifiesta en forma de masa dolorosa fluctuante, con signos inflamatorios locales. Precisamente es la presencia de fluctuación lo que diferencia un absceso de un flemón, en el que el material purulento es escaso y, por tanto, el abordaje terapéutico será diferente. Por ello es fundamental detectar la fluctuación (sensación táctil de líquido a la palpación exterior del absceso), tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, pues indicará la zona en la que habrá que realizar la incisión.

El drenaje de abscesos es un procedimiento quirúrgico sencillo que se puede realizar de forma ambulatoria, si bien exige haber observado personalmente su ejecución.

INDICACIONES

Todos los abscesos deben ser drenados, una vez que han sido diagnosticados.

EQUIPO NECESARIO

Preparación de la piel.

- Gasas estériles o algodón.
- Solución de Povidona y yodada.

Preparación del campo estéril.

- Paños estériles con o sin fenestración.
- Guantes estériles.

Anestesia local.

- Jeringa de 10 ml, estéril.
- Aguja: calibre 25G x 15 mm, calibre 21G x 40 mm.
- Lidocaína al 1 ó 2%, 10 cc.

Equipo para la intervención.

- Bisturí desechable del n° 15 ó 20.
- Pinza de Kocher.
- Jeringa de 20 o 50 ml (según tamaño de absceso).
- Jeringa de 10 ml con aguja de 21 G x 40 mm.
- Suero fisiológico.
- Agua oxigenada y solución de povidona yodada.
- Dren de caucho o silicona (Penrose), o cinta de gasa de 1/2 ó 1 pulgada.
- Gasas y compresas estériles.
- Apósito estéril.

Preparación del personal

- Lavado quirúrgico de las manos.
- Guantes estériles.

Preparación del paciente

Colocación en la posición adecuada, según la zona en la que se encuentre el absceso y procurando que el paciente esté lo más cómodo posible.

TECNICA

1. Desinfección de la zona. Utilizar povidona yodada u otra solución antiséptica para limpiar la zona.
2. Preparar y colocar el campo.
3. Utilizar guantes.
4. Anestésiar la zona. Infiltrar las capas superficiales de la piel con lidocaína, siguiendo la dirección que llevará la incisión.



5. Punción y aspiración. Se introduce en el centro del absceso una aguja de calibre 21, colocada sobre una jeringa de 10 ml, aspirando lentamente hasta que la salida de material purulento nos indica la localización de la zona abscesificada. En algunas ocasiones puede ser de gran utilidad no retirar la aguja para que nos sirva de guía al realizar la incisión.

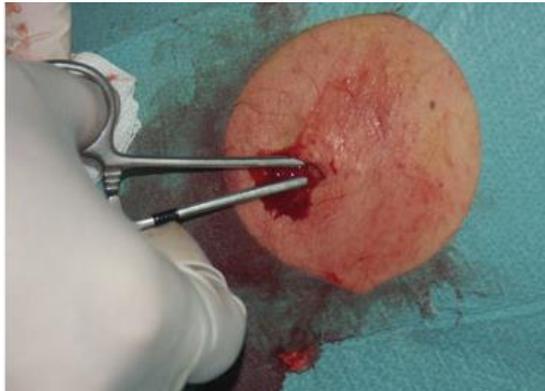
6. Incisión de la piel. Realizar una incisión en la zona del absceso que presente mayor fluctuación o punto máximo de hipersensibilidad. Siempre que sea posible, realizar la incisión en la dirección de las líneas de tensión de la piel (líneas de Langer). No se deben realizar incisiones en cruz, ya que éstas no son necesarias, retrasan la curación y dan lugar a una cicatriz extensa. Cuando comience a salir el material purulento se puede ayudar con la compresión de la piel de alrededor, dirigiendo la presión hacia la zona de incisión, evitando exprimir en sentido vertical al plano del absceso, pues se podría empujar el contenido de pus hacia planos profundos, lo que daría lugar al llamado efecto «reloj de arena», que dificultaría el drenaje completo.



7. Realizar cultivo. Si existe inflamación más allá del área local del absceso, se deberá realizar cultivo del material purulento.

8. Desbridamiento de la cavidad. Con una pinza de Kocher separaremos al máximo los bordes de la incisión para vaciar el absceso, y posteriormente desbridaremos la cavidad con la ayuda de esta pinza, o preferiblemente introduciendo el dedo meñique por la incisión (si ésta es lo suficientemente grande), que además nos

permitirá garantizar un drenaje completo y asegurarnos de que no existen cuerpos extraños en la cavidad.



9. Limpieza de la cavidad. Lavar la cavidad del absceso con abundante suero fisiológico que se inyectará a presión en la misma, mediante la utilización de una jeringa. Posteriormente, lavamos la cavidad con agua oxigenada diluida en suero fisiológico al 50% y con solución de povidona yodada.



10. Colocar drenaje. Insertar un pequeño dren (Penrose) en la cavidad para garantizar un drenaje continuo de la lesión. También se puede rellenar la cavidad con cinta de gasa vaselinada que se cambiará diariamente.



11. Colocar apósito. Cubrir la lesión con gasas y apósito estériles.



COMPLICACIONES

Hemorragia. Las zonas tisulares inflamadas que rodean al absceso presentan elevada vascularización, por lo que se debe evitar, en lo máximo posible, la incisión de estas zonas. La colocación de un vendaje sobre la lesión ayudará a la hemostasia de la herida. Por otra parte, no realizaremos desbridamientos bruscos de la cavidad para evitar la lesión de pequeños vasos subcutáneos.

Supuración crónica. Incisión demasiado pequeña. La abertura del absceso deberá ser suficientemente grande para evitar el error frecuente de drenar una gran cavidad a través de una incisión relativamente pequeña y producir un absceso crónico.

Cierre en falso de la cavidad. Cuando se realizan incisiones demasiado pequeñas y no se coloca un tubo de drenaje, es bastante frecuente que se cierren demasiado pronto los bordes de la herida no dando tiempo al cierre de la cavidad y, por consiguiente, a la persistencia de la infección.

Persistencia del absceso. No se ha drenado el absceso, generalmente porque hemos abierto el tejido flemonoso sin llegar a la cavidad abscesificada.

BIBLIOGRAFIA

Rosana del Amo López y Miguel Ángel Dies. (2017). Drenaje de absceso. 2017, de AMF Sitio web: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=95