

**MATERIA: TÉCNICAS QUIRÚRGICAS BÁSICAS.**

**SEGUNDA UNIDAD.**

**TEMA: DRENAJES DE PARTES BALNDAS,  
FORÚNCULOS, ABSCESOS, ÁNTRAX Y CELULITIS.**

**DOCENTE: DR. ALFREDO LÓPEZ LÓPEZ.**

**ALUMNO: MIGUEL VELÁSQUEZ CELAYA.**

## **DENAJES DE PARTES BLANDAS, FORUNCULOS, ABSCESOS, ANTRAX, CELULITIS.**

### **DRENAJE DE ABSCESOS:**

Un absceso cutáneo es una colección purulenta que forma una cavidad y produce una masa fluctuante y dolorosa.

Se caracteriza principalmente por la fluctuación y la presencia de signos inflamatorios locales.

Los de las extremidades suelen estar asociados con pequeñas lesiones en piel (cortes, erosiones, pinchazos).

Los de cabeza, cuello y región perineal se relacionan más frecuentemente con la obstrucción de las glándulas sebáceas y apocrinas.

El germen más frecuentemente implicado es el *Staphylococcus aureus*, si bien en inmunodeprimidos y otras situaciones especiales (cáncer, diabetes mellitus, determinadas localizaciones), el absceso puede estar colonizado por otros microorganismos.

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

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

Pruebas complementarias:

En líneas generales no están indicadas en la mayoría de los casos. Sin embargo, se debe prestar especial atención si:

- Existe reacción sistémica (fiebre, malestar general); En este caso es aconsejable analítica sanguínea (hemograma, bioquímica, coagulación).
- En determinadas localizaciones: En caso de afectación de cuello es conveniente realizar Rx de partes blandas con el objetivo de descartar la posible afectación de estructuras vecinas.

Tratamiento: Debe ser siempre el drenaje quirúrgico, por lo que no está indicada la administración de antibióticos vía oral con el objetivo de “reducirlo” o curarlo.



Técnica de drenaje:

**1).** Lavado de la zona con povidona yodada, aplicada en círculos concéntricos, y esperando unos minutos para que sea efectiva.

**2).** Aplicación de anestesia local: Infiltrar alrededor del absceso (como a 0,5-1cm del borde), siempre en tejido sano.

Si bien en determinados abscesos muy superficiales o en casos de piel muy macerada puede ser prescindible la anestesia, es aconsejable aplicarla siempre, más si se va a realizar un desbridamiento posterior.

Se puede utilizar cualquier anestésico local de los habituales, siendo menos recomendados los anestésicos tópicos en aerosol. A pesar de una buena infiltración, el drenaje es frecuentemente doloroso, pues la eficacia del anestésico se reduce en el medio ácido de un absceso inflamatorio.

**3).** Incisión, en la zona de máxima fluctuación, generalmente en el centro del absceso.

Debe ser amplia, generosa y profunda, de forma que permita un drenaje completo de la cavidad y un buen desbridamiento.

Comprimir la piel alrededor para facilitar la salida de material purulento.

**4).** Desbridar: Introducir un mosquito en el interior del absceso y moverlo en distintas direcciones para romper posibles tabicaciones interiores. Comprimir de nuevo en la periferia para extraer todo el contenido.

**5).** Lavado de la cavidad con suero fisiológico a chorro (con jeringa) para correcta limpieza del interior.

Se puede usar también una mezcla de agua oxigena y povidona yodada al 50%.

**6).** Colocación de drenaje: En abscesos pequeños se puede colocar una tira gasa, aunque también puede ser empleado otro tipo de drenajes (penrose, etc).

Esto evitará el cierre precoz de la incisión, dejándolo para cierre por segunda intención. Introducirlo empapado en solución antiséptica con la ayuda del mosquito, dejando parte en el exterior para que posteriormente pueda ser retirado.

Se debe informar al paciente de la posibilidad de que haya un pequeño sangrado.

**7).** Cura oclusiva.

**8).** Puede ser necesaria analgesia posterior, con paracetamol o metamizol.

**9).** Cuidados posteriores: Retirar cura oclusiva a las 24h.

Mientras continúen drenando exudados se deberá mantener abierta la cavidad sustituyendo el drenaje de gasa y limpiando con abundante agua oxigenada o povidona diluida.

Normalmente en 24-48h es posible retirar el drenaje, dejando para cicatrización por segunda intención.

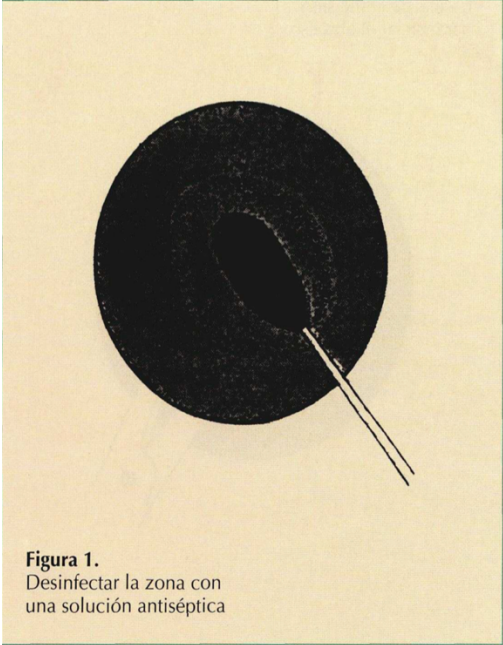
**Indicacion de antibioterapia:** En general, no está indicado administrar antibióticos vía oral de forma sistemática tras el drenaje del absceso.

Habrà que hacerlo en los siguientes casos:

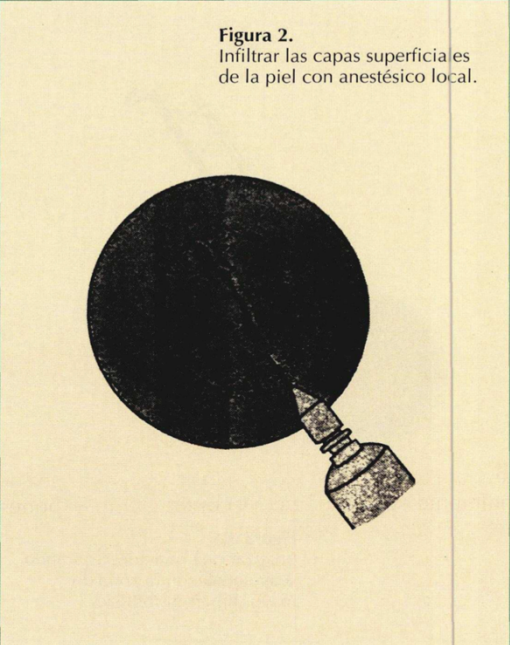
- Abscesos con importante celulitis circundante
- Signos de afectación sistémica o bacteriemia
- Inmunodeprimidos

Se puede administrar cloxacilina, 500mg /6h/vo, o amoxicilina-clavulánico 500-1000mg /8h/vo.

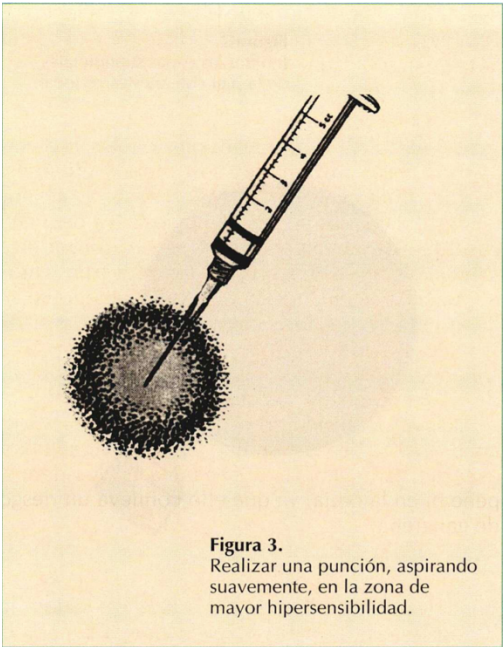
En general no es preciso recoger muestra para cultivo.



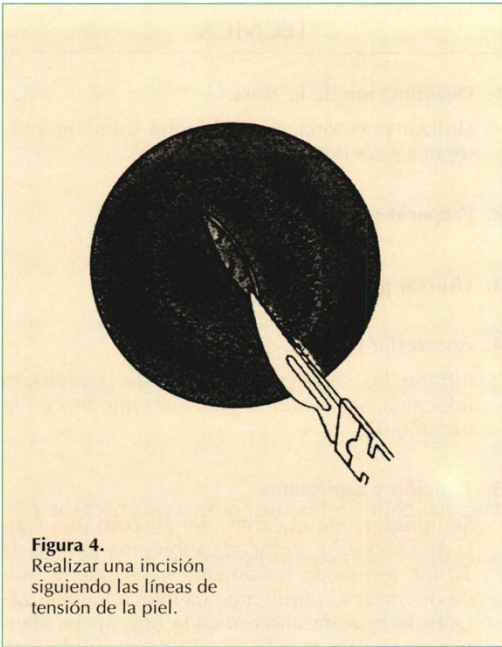
**Figura 1.**  
Desinfectar la zona con  
una solución antiséptica



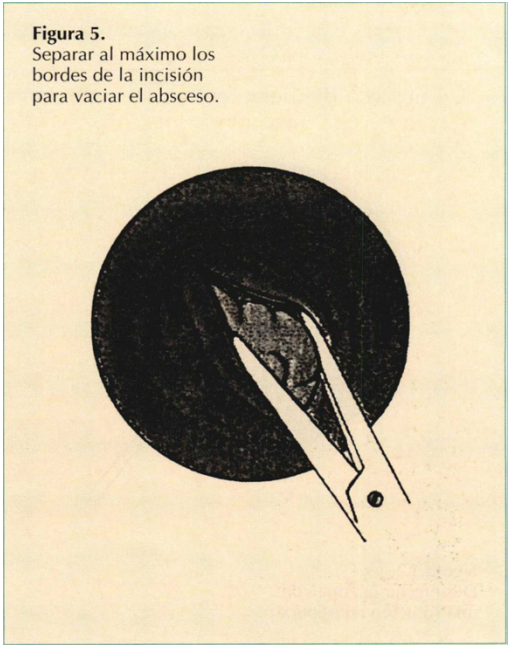
**Figura 2.**  
Infiltrar las capas superficiales  
de la piel con anestésico local.



**Figura 3.**  
Realizar una punción, aspirando  
suavemente, en la zona de  
mayor hipersensibilidad.



**Figura 4.**  
Realizar una incisión  
siguiendo las líneas de  
tensión de la piel.



**Figura 5.**  
Separar al máximo los  
bordes de la incisión  
para vaciar el absceso.

## **DRENAJE DE FORÚNCULO:**

El forúnculo o furúnculo es la infección, con inflamación de, como mínimo, un folículo piloso y el tejido circundante.

Normalmente la infección está causada por la bacteria 'Staphylococcus aureus', ampliamente extendida en todo mundo y que se estima que coloniza la piel y el interior de la nariz de más de la mitad de la población mundial.

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.

### **Material necesario.**

- Gasas y compresas estériles.
- Apósito estéril.
- Guantes estériles.
- Solución de povidona yodada o clorhexidina.
- Agua oxigenada.
- Suero fisiológico.
- Paño estéril para delimitación del campo.
- Jeringas de 10 y 20 ml.
- Agujas de 25 G (s.c.) y 21 G (i.m.).
- Anestésico local tipo mepivacaína.
- Bisturí n.º 15 o 20 y mango adecuado.
- Pinza de Kocher o de mosquito.
- Drenaje de látex o silicona (tipo Penrose), o gasa orillada.

### **Técnica:**

- **Lavado y desinfección de la zona:** como en toda técnica de cirugía menor, debe comenzarse con el lavado de manos del personal que realizará el procedimiento, con la desinfección de la zona a tratar mediante el uso de povidona yodada, y la delimitación del campo con paños estériles.
- **Anestesia local de la zona:** se debe emplear un anestésico sin vasoconstrictor, pues este puede aumentar la necrosis de los tejidos infectados.

El uso de anestesia local viene respaldado por numerosos estudios que avalan su empleo, no solo para eliminar el dolor de la propia incisión, sino también para reducir el dolor durante la fase de desbridamiento de la cavidad del absceso.

- **Incisión:** debe realizarse en la zona de máxima fluctuación del absceso, que generalmente corresponde al centro de este.

En el caso de que haya dudas, puede realizarse una punción y aspiración con aguja de 21 G hasta que se compruebe la salida del material purulento. Hay que evitar la zona de tejido inflamatorio circundante, muy vascularizado, para no producir un sangrado importante. La incisión debe ser amplia para garantizar la correcta y completa salida del pus. Y la zona de incisión debe protegerse con gasas de posibles proyecciones de material purulento; también se recomienda el uso de gafas. 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.

- **Desbridamiento:** se introducirá en la cavidad una pinza de Kocher, abriéndola y cerrándola en su interior en todas las direcciones, con el fin de romper los tabiques que se hayan podido formar y eliminar los restos de tejido necrótico y fibrina. El objetivo es que en el interior de la cavidad quede tejido lo más sano posible.
- **Lavado de la cavidad:** una vez desbridado, se debe lavar la cavidad con abundante suero fisiológico, que se inyectará con jeringa aplicando una ligera presión. Posteriormente, se lavará la cavidad con una mezcla al 50% de agua oxigenada y povidona yodada.

El desbridamiento y el lavado con agua oxigenada y povidona yodada suelen ser los pasos más dolorosos del proceso, por lo que se debe advertir al paciente y respetar los tiempos que necesite.

- **Colocación del drenaje:** los abscesos se deben cerrar «por segunda intención», para evitar un cierre superficial que podría dejar material contaminado en el interior.

Por ello, se colocará un drenaje tipo Penrose o gasa de borde orillada, que se introducirá en la cavidad empapada en solución de povidona yodada, con ayuda de las pinzas de Kocher y dejando una parte en el exterior para su extracción en la siguiente cura.

- **Cura local:** una vez colocado el drenaje, se realizará una cura oclusiva con gasas y apósito estéril.
- **Curas diarias:** las curas posteriores deben ser diarias, para lo que se retira el drenaje, se lava la cavidad del mismo modo que la primera vez y se coloca

de nuevo el drenaje, hasta que deje de salir material purulento y el tejido de granulación rellene por completo la cavidad.

### **DRENAJE DE ÁNTRAX:**

Puede afectar a individuos jóvenes sanos, aunque son más frecuentes en personas obesas, inmunocomprometidas (incluyendo a aquellos con defectos en los neutrófilos), ancianos y, tal vez, en quienes padecen diabetes.

Pueden ocurrir brotes en lugares con condiciones de hacinamiento y escasa higiene o entre contactos de pacientes infectados con cepas virulentas. Los factores predisponentes incluyen la colonización bacteriana de la piel o narinas, climas húmedos y cálidos y oclusión o anatomía anormal de los folículos.

El *Staphylococcus aureus* meticilino resistente es una causa frecuente.

El diagnóstico se realiza mediante el examen físico.

Debe obtenerse material para cultivo.

Un ántrax está compuesto por (forúnculos) cutáneos apiñados.

La masa infectada está llena de líquido, pus y tejido muerto.

El líquido puede escapar de la lesión de ántrax, pero algunas veces la masa está tan profundo que no vaciarse por sí sola.

Las lesiones de ántrax pueden aparecer en cualquier parte.

Sin embargo, son más comunes en la espalda y la nuca.

Los hombres los padecen con más frecuencia que las mujeres.

La bacteria que causa esta afección se disemina con facilidad.

Los miembros de la familia pueden presentar ántrax al mismo tiempo.

Con frecuencia, no se puede determinar la causa directa de un ántrax.

Se cortan y se drenan.

Se utilizan intermitentemente compresas tibias para facilitar el drenaje.

Los antibióticos, cuando se decide utilizarlos, deben ser eficaces contra MSRA, a la espera de los resultados del cultivo y del antibiograma.



En los pacientes afebriles, una lesión única <5 mm no requiere tratamiento antibiótico.

Si existe una sola lesión  $\geq 5$  mm, se administra un antibiótico por vía oral durante 5 a 10 días; los fármacos de elección son trimetoprima/sulfametoxazol (TMP/SMX) 160/800 mg a 320/1.600 mg 2 veces al día, clindamicina 300 a 600 mg cada 6 a 8 horas y doxiciclina o minociclina 100 mg cada 12 horas. Los pacientes con fiebre, abscesos múltiples o quienes tienen ántrax reciben 10 días de TMP/SMX 160/800 mg a 320/1.600 mg 2 veces al día más rifampicina 300 mg 2 veces al día.

Los antibióticos por vía sistémica también son necesarios en:

- Lesiones  $> 5$  mm o  $< 5$  mm que no resuelven con drenaje.
- Evidencia de celulitis en expansión.
- Pacientes inmunocomprometidos.
- Pacientes con riesgo de endocarditis.

## **DRENAJE DE CELULITIS.**

La celulitis es una infección cutánea bacteriana común y potencialmente seria. La piel afectada tiene un aspecto inflamado y rojo, y suele ser dolorosa y caliente al tacto.



Por lo general, la celulitis afecta la piel en la parte inferior de las piernas, pero puede presentarse en el rostro, los brazos y otras zonas.

Esta enfermedad sucede cuando entran bacterias en la piel a través de una fisura o rotura.

Si no se trata, la infección se puede diseminar a los ganglios linfáticos y al torrente sanguíneo, con rapidez puede poner la vida en riesgo. Por lo general, no se contagia entre personas.

### Síntomas

Los signos y síntomas posibles de la celulitis, que suele ocurrir en un lado del cuerpo, incluyen los siguientes:

- Área roja en la piel que tiende a expandirse
- Hinchazón
- Sensibilidad
- Dolor
- Sensación de calor
- Fiebre
- Manchas rojas
- Ampollas
- Piel de naranja

La celulitis se produce cuando las bacterias, con mayor frecuencia los estreptococos y estafilococos, ingresan en la piel a través de una grieta o rotura. La incidencia de una infección más grave por estafilococos denominada “*Staphylococcus aureus* resistente a la metilicina” va en aumento.

Aunque la celulitis puede producirse en cualquier parte del cuerpo, la ubicación más frecuente es la pierna.

Es muy probable que las bacterias penetren en zonas afectadas de la piel, como en lugares donde has tenido una cirugía reciente, cortes, heridas punzantes, úlceras, pie de atleta o dermatitis.

Las mordeduras de animales pueden causar celulitis. Además, las bacterias pueden ingresar a través de zonas de piel seca, escamosa o hinchada.

### Factores de riesgo

Existen varios factores que aumentan tu riesgo de tener celulitis:

- **Lesiones.** Cualquier corte, fractura, quemadura o raspadura es un punto de entrada para las bacterias.
- **Sistema inmunitario debilitado.** Las enfermedades que debilitan el sistema inmunitario, como la diabetes, la leucemia y el VIH/SIDA, hacen que seas más susceptible a las infecciones. Ciertos medicamentos también pueden debilitar el sistema inmunitario.
- **Enfermedades de la piel.** Algunas enfermedades como eccema, pie de atleta y herpes pueden causar grietas en la piel, que representan un punto de entrada para las bacterias.
- **Hinchazón crónica de los brazos o las piernas (linfedema).** Este trastorno a veces aparece después de una cirugía.

- **Antecedentes de celulitis.** Haber tenido celulitis anteriormente hace que una persona sea propensa a volver a tenerla.
- **Obesidad.** El sobrepeso o la obesidad aumentan el riesgo de padecer celulitis.

### **Complicaciones.**

Los episodios recurrentes de celulitis pueden dañar el sistema de drenaje linfático y provocar la hinchazón crónica de la extremidad afectada.

En muy pocas ocasiones, la infección puede expandirse a la capa profunda del tejido que se denomina revestimiento de la fascia.

La fascitis necrotizante es un ejemplo de una infección de la capa profunda.