



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**“DRENAJES DE PARTES BLANDAS,  
FORUNCULOS, ABSCESOS, ANTRAX,  
CELULITIS”**

**ALUMNA: ALEJANDRA VELASQUEZ  
CELAYA**

**SEMESTRE: 6°**

**ASIGNATURA: TÉCNICAS QUIRURGICAS  
BÁSCIAS**

**CATEDRATICO: DR. ALFREDO LOPEZ  
LOPEZ**

**TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS, 14 DE OCTUBRE  
DE 2020**

## **Infecciones cutáneas no complicadas**

Los procesos patológicos comprendidos en esta categoría se limitan a la epidermis o sus apéndices y afectan a un área de superficie que es inferior a 75 cm<sup>2</sup>. En esta categoría se incluye impétigo, celulitis, erisipela, foliculitis, furúnculos y abscesos simples

Los drenajes se aplican básicamente: a la liberación del organismo de colecciones de líquidos nocivos (por su presencia, situación, naturaleza o cantidad), como pus, sangre, suero, etc., o a la comunicación hacia el exterior de las cavidades, órganos y vísceras, para liberarlos de sus secreciones naturales o descomprimirlos de elevadas presiones dentro de ellos. La palabra "drenaje" se aplica, por costumbre, al contenido drenado.

### **ABSCEOS**

El absceso se describe como una infección local que contiene material purulento y está rodeado por tejido inflamatorio.

Los abscesos pueden formarse en casi cualquier parte del organismo. La piel, el tejido subcutáneo y los espacios peridentales son los sitios más comunes.

#### **Causas**

Pueden ser causados por bacterias (generalmente piógenos), parásitos y sustancias extrañas inyectadas o por la presencia de cuerpos extraños. La mayoría de las lesiones son causadas por *Staphylococcus aureus* y muchos de estos pacientes son sometidos a incisión y drenaje.

#### **Diagnóstico**

El diagnóstico es clínico, ya que los abscesos en la piel son fácilmente visibles, de color rojo, elevado y doloroso. La característica que los distingue es la presencia de puntos blanquecinos en el sitio más prominente y la fluctuación o renitencia de la porción central de la lesión que también llega a mostrar una zona de necrosis cubierta por una costra.

Los abscesos a menudo se ven acompañados de fiebre, malestar general, incapacidad funcional del segmento afectado y leucocitosis. Suelen originarse en folículos pilosos infectados y es común que se observen en las axilas

Una maniobra diagnóstica frecuente es la punción directa con aguja hipodérmica de calibre 16 que confirma el diagnóstico al obtenerse material purulento y del que es conveniente hacer frotis y cultivo. Algunos cirujanos se auxilian con ultrasonografía en casos seleccionados o cuando desean hacer diagnóstico diferencial con lesiones vasculares o aneurismas.

#### **Diagnóstico diferencial**

La patología con la que se debe diferenciar es fundamentalmente con la celulitis, que es el proceso inflamatorio difuso en el que no hay colección purulenta susceptible de ser evacuada

#### **Procedimiento**

Aun estando el absceso en los planos superficiales, hay localizaciones en las que el ejecutante debe tener capacitación quirúrgica específica para abordarlos, como son: los abscesos profundos en

regiones perineales, plantares, o en las palmas de las manos, es lo mismo para los abscesos del cuello y los abscesos faciales cercanos a la nariz y a las comisuras de los labios.

### **Técnica**

Primero se prepara una charola o mesa de Mayo con cubierta estéril para colocar los instrumentos y en una mesa auxiliar cercana se colocan los medicamentos y material consumible.

El médico debe usar cubreboca, guantes estériles, vestir bata quirúrgica, además de cargar previamente en una jeringa 20 ml de lidocaína a 1 por ciento.

También debe realizarse lavado de la piel y aplicación de antiséptico.

Es importante colocar los campos estériles que aíslan el área operatoria.

- Se procede entonces al bloqueo del campo con lidocaína. Siempre es preferible aplicar el anestésico por infiltración a un margen distante de al menos 2 cm de la zona inflamatoria o hacer bloqueo regional para evitar la diseminación del pus y del proceso infeccioso.
- Ahora se practica una incisión con el bisturí 11 perpendicular al absceso hasta obtener la salida de pus, no se debe intentar mayor profundidad para evitar lesiones a los planos profundos.
- Después se debe ampliar la incisión al menos a 1 cm en el sentido de los pliegues normales de la piel y con la pinza hemostática para favorecer el drenaje, tomar muestra para hacer frotis y cultivo con el hisopo estéril.
- Se realiza el lavado de la cavidad con jeringa y solución salina estéril hasta obtener líquido claro.
- El siguiente paso es insertar el tubo de Penrose y cubrir la herida con gasas estériles y vendaje si fuera necesario

## **FORUNCULOS**

El forúnculo es un nódulo profundo doloroso constituido por un esfacelo o clavo de etiología estafilocócica y por lo general se desarrolla a partir de una foliculitis preexistente (pequeñas pápulas eritemato-pustulosas centradas por un folículo piloso, frecuentemente pruriginosas)

Se considera peligrosa la localización en el labio superior porque la infección puede progresar a la vena facial u oftálmica y causar una tromboflebitis séptica del seno cavernoso.

### **Causas**

El agente causal es *Staphylococcus aureus* (90%), que produce necrosis central con destrucción del pelo, folículo y glándula sebácea

### **Tratamiento**

El forúnculo se rompe y drena de forma espontánea después de poner calor húmedo encima de estos, en los forúnculos grandes o carbunco deben llevarse a cabo incisión y drenaje, no es necesario el uso de antibióticos sistémicos a menos que presente fiebre o evidencia de infección sistémica

La mayoría de los forúnculos curan aplicando calor local, en presencia de celulitis o si la afección es en cara debe tratarse con dicloxacilina 1g/6h; en caso de alergia, se recomienda eritromicina 0,5g/6h o clindamicina 300 mg/6h. Es necesario el drenaje quirúrgico cuando las lesiones son extensas y fluctuantes. Cabe mencionar que el intento de exprimir el furúnculo destruye la membrana fibroleucocitaria del absceso en formación y disemina una Infección que era local. El tratamiento para evacuación quirúrgica sólo está indicado cuando la colección está muy bien identificada.

El drenaje se realiza mediante una incisión en la cabeza de pus del forúnculo, vaciándose por completo al emitir presión sobre él con dos gasas estériles.



### ANTRAX

Es una enfermedad infecciosa enzoótica, sistémica y grave en los animales, que el humano adquiere de manera accidental por contacto transcutáneo, inhalación o deglución. En la piel puede causar edema o pústula maligna; esta última se caracteriza por una vesícula rodeada de una zona necrótica donde reside la bacteria causal, *Bacillus anthracis*.

#### **Cuadro clínico**

La pústula maligna casi siempre se restringe a un solo segmento; predomina en zonas descubiertas, principalmente en cara y extremidades superiores; rara vez es múltiple. Primero aparece una mancha rojiza, sobre la que se asienta una pápula translúcida perlada de color rosado, que se convierte en una vesícula de contenido seroso o serohemático, rodeada de una escara de límites precisos.

#### **Tratamiento**

Los médicos tienen varias opciones para tratar a los pacientes con ántrax (ántrax maligno o carbunco), como antibióticos y antitoxinas. Los pacientes que tengan un caso serio de ántrax tendrán que ser hospitalizados. Puede que requieran un tratamiento agresivo, como el drenaje continuo de líquido y ayuda para respirar a través de ventilación mecánica.

El tratamiento de elección para el carbunco cutáneo sigue siendo penicilina, la que puede ser utilizada por vía oral si la lesión no es severa. En este caso está indicada penicilina V 200-500 mg (dosis pediátricas: 20-25 mg/kg/día) 4 veces al día. Frente a la presencia de síntomas sistémicos, edema extenso o lesiones ubicadas en cabeza y cuello, el tratamiento debe ser endovenoso con penicilina G 8-12 millones de unidades (dosis pediátrica: 100.000-150.000 UI/kg/día,) durante 7 a 10 días

No se puede intentar la excisión quirúrgica de las escaras por el riesgo de una reactivación bacteriana posquirúrgica. Las lesiones cutáneas deben ser cubiertas con gasa estéril y antes de desechar los materiales contaminados se recomienda esterilizarlos al autoclave o incinerarlos



## CELULITIS

Es una infección aguda de la piel que se disemina y se extiende más profundamente que la erisipela para afectar los tejidos subcutáneos. En algunas variantes clínicas, puede evolucionar a la necrosis dependiendo del germen causal.

### **Etiología**

Los estreptococos beta hemolíticos, grupos A y B, y con menor frecuencia C y G, son los microorganismos habitualmente aislados, seguidos por *S. aureus*

### **Cuadro clínico**

Un traumatismo previo o una lesión cutánea subyacente predispone al desarrollo de celulitis; rara vez puede ser resultado de la diseminación sanguínea de la infección cutánea.

Varios días después del traumatismo, se desarrolla sensibilidad local al tacto, dolor y eritema, y se intensifica rápidamente. Se desarrolla malestar general, fiebre y escalofríos. La zona afectada muchas veces es extensa y la lesión es eritematosa, caliente y tumefacta, los bordes no están elevados ni bien marcados

### **Diagnóstico**

El diagnóstico de celulitis generalmente se basa en las características de la lesión cutánea, situación clínica y epidemiológica del paciente.

### **Tratamiento**

Debido a que la mayoría de las celulitis son causadas por estreptococos o estafilocos los antibióticos betalactámicos con actividad contra *S. aureus* productor de penicilinas son de elección. Dicloxacilina 1-2 gr intravenosos cada 6 horas o cefalotina 1 gr IV cada 6-8 horas, se pueden utilizar como tratamiento empírico inicial. Además de tratamiento sintomático como analgésicos, inmovilización y elevación de la extremidad afectada.

