



**DOCENTE: DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ**

**ALUMNOS: CÉSAR ALEXIS GARCÍA  
RODRÍGUEZ**

**LICENCIATURA: MEDICINA HUMANA**

**SEMESTRE: 6º**

**MATERIA: TECNICAS QUIRURGICAS  
BASICAS**

**TRABAJO: DRENAJES DE PARTES  
BLANDAS, FORUNCULOS, ABSCESOS,  
ANTRAX, CELULITIS**

## INTRODUCCIÓN

Un absceso es una cavidad donde se acumula pus. Se puede tener abscesos en casi cualquier parte del cuerpo. Cuando un área se infecta, el sistema inmunitario intenta combatir la infección. Los glóbulos blancos se dirigen hacia el área infectada, se acumulan dentro del tejido lesionado y causan inflamación. Durante este proceso se forma el pus. El pus es una mezcla de células sanguíneas blancas, gérmenes y tejido muerto.

Las bacterias, los virus, los parásitos y objetos ingeridos pueden causar la formación de abscesos. Los abscesos en la piel son fáciles de detectar porque son zonas enrojecidas, hinchadas y dolorosas. Los que se encuentran dentro del cuerpo pueden quizá no ser obvios y pueden lesionar órganos, incluso el cerebro, los pulmones y otros. Los tratamientos incluyen drenarlos y tomar antibióticos.

## DESARROLLO

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, etc.). 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.

### 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, etc.): 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

#### **Indicación de antibioterapia**

En general, no está indicado administrar antibióticos vía oral de forma sistemática tras el drenaje del absceso. Habrá 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.

#### **Situaciones especiales:**

- Abscesos anorectales (perianal el más frecuente) y abscesos pilonidales deben ser valorados por Cirugía General. Aunque no sea evidente la presencia del absceso, ante un paciente con dolor perianal intenso, con fiebre y tacto rectal doloroso debe sospecharse la posibilidad de una absceso anal interesfinteriano o submucoso.

- También deben ser valorados por Cirugía General los abscesos de gran tamaño que puedan precisar amplio desbridamiento en quirófano bajo anestesia regional o general.
- Bartholinitis: Absceso en genitales externos femeninos (labios). Drenados habitualmente por Ginecología.
- Angina de Ludwig: Celulitis, entre el mentón y el cuello que aparece como complicación de faringitis agudas o infecciones por estreptococo betahemolítico, y que ocupa planos profundos en el suelo de la boca y espacios sublinguales. Cursan con gran dolor, disfagia, leve disnea y sialorrea. Precisan ingreso, antibioterapia iv y drenaje quirúrgico.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Callejas Perez S, Cid Prados A, Estebarán Martin MJ. Drenaje de abscesos. En: Manual de protocolos y actuación en Urgencias. 2ª Ed. Pags 953-957. Bayer Healthcare. Toledo, 2005.
- Roman A, Suarez E, Caballero F. Manejo de los abscesos cutáneos. En: Manual de cirugía menor y otros procedimientos en la consulta de médico de familia. Arribas J.Mª y F. Caballero (eds.) Jarpyo editores. Madrid, 1994.
- Meislin HW, Guisto JA. Infecciones de los tejidos blandos. En: Rosen. Medicina de Urgencias. Conceptos y práctica clínica. 5ª Ed. Pags.1950-1957. Ed. Mosby. Madrid, 2003.