



DOCENTE:

DRA. IRMA SÁNCHEZ PRIETO

ALUMNO:

KARINA DESIRÉE RUIZ PEREZ

ACTIVIDAD:

DESCRIPCIÓN DE PUNTO DE SUTURA

MATERIA:

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS BÁSICAS

SEMESTRE:

SEXTO

CARRERA:

MEDICINA HUMANA

FECHA DE ENTREGA:

12 DE ABRIL DEL 2025

SUTURA EN "U"

¿QUÉ ES?

Es una técnica quirúrgica utilizada para cerrar heridas con alta tensión, en zonas donde la aproximación de bordes es difícil y principalmente su diseño en forma de "U" permite distribuir la fuerza de tracción y evitar dehiscencias. Además, es una sutura de punto interrumpido en la que el hilo entra y sale del mismo lado de la herida, formando una especie de "U" invertida debajo del tejido.

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES:

- También es conocida como: "punto en U", "punto colchonero vertical" o "sutura en colchonero".
- Es profunda, resistente y da buena aproximación de los bordes.
- Puede ser simple o acolchada/vertical/horizontal.

INDICACIÓN:

- Cerrar planos profundos (fascia, músculo).
- Zonas de tensión donde los bordes tienden a separarse.
- Cirugías ortopédicas, abdominales, o traumatológicas.
- En piel donde se busca mayor resistencia o evitan puntos internos.

Heridas en zonas de alta tensión:

- Palmas de manos, plantas de pies, espalda o áreas con piel gruesa.
- Distribuye la fuerza de tracción lateralmente, previniendo dehiscencias.

Heridas con bordes irregulares o macerados:

- Heridas con bordes gruesos, delgados o desvitalizados.
- Ventaja: Evita la constricción de los bordes y reduce el riesgo de necrosis.

Heridas paralelas o superficiales:

- Laceraciones en cuero cabelludo o zonas con poco tejido subcutáneo.
- Requiere menos suturas que técnicas como el punto simple.

Heridas que requieren eversión epidérmica:

- La segunda toma de la sutura cruza bajo la herida, evitando la inversión de los bordes.

VENTAJAS:

- Alta resistencia a la tensión.
- Reduce el riesgo de eversión o inversión de bordes.
- Ideal cuando se necesita que los bordes estén muy bien enfrentados.

DESVANTAJAS:

- Mayor riesgo de isquemia en bordes
- Riesgo de necrosis o retracción de los bordes.
- Más traumática para el tejido: puede causar mayor inflamación o daño si no se hace con precisión.
- Puede dejar marcas más visibles

Técnicamente más lenta que suturas simples: requiere más pasos que una sutura simple, puede alargar el tiempo quirúrgico si se usa en muchos puntos.

- Mayor consumo de hilo

No es ideal para zonas con piel muy delgada o frágil: en zonas como párpados o piel muy atrófica, puede ser agresiva y por eso, se prefiere sutura simple o subdérmica.

MATERIALES:

Hilos no absorbibles:

- Poliamida (nylon)
 - Ventajas: Alta resistencia, mínima reacción tisular y fácil manejo en heridas con tensión.
 - Ejemplos: Ethilon (monofilamento), Surgilón (multifilamento).
- Poliéster
 - Ventajas: Flexibilidad y resistencia a la tracción.
 - Ejemplos: Ethibond (recubierto con polibutilato), Assuflon.

¿CÓMO SE REALIZA?

Preparación:

- Cargar el porta-agujas.
- Planear el trayecto: entrada y salida a 0.5 cm del borde de la herida, en dermis gruesa.

Primera pasada:

- Inserta la aguja en un borde de la herida, perpendicular a la piel (90°).
- Extraer la aguja en el borde opuesto, manteniendo el mismo ángulo.

Segunda pasada:

- Entrada: Desde el borde opuesto, a 0.5 cm de distancia lateral del punto anterior, formando una "U".
- Salida: Extrae la aguja en el mismo borde inicial, completando el trayecto en "U".

Anudado:

- Jalar el hilo para alinear los bordes sin comprimir tejidos.
- Desnudos:
 - Primer nudo: Dos lazadas planas con el portaagujas, asegurando el hilo.
 - Segundo nudo: Una lazada simple para reforzar.

Corte:

- Dejar 2 cm de cola para facilitar la extracción posterior.

SUTURA DE SARNOFF MODIFICADO

¿QUÉ ES?

Es una técnica quirúrgica que combina elementos de la sutura colchonero vertical y horizontal, diseñada para aproximar tejidos profundos y superficiales con mínima cicatrización visible.

OBJETIVO:

- Aproximar tejido subcutáneo y dermis en un solo paso.

- Reducir tensión en los bordes de la herida.
- Minimizar cicatrices al evitar la inversión epidérmica.

INDICACIÓN:

- Cirugía dermatológica
- Cierre de heridas cutáneas en zonas visibles (como cara, cuello o manos)
- En pacientes que cicatrizan mal o en piel delicada.

¿POR QUÉ SE LLAMA MODIFICADA?

La técnica original fue descrita por el Dr. David Sarnoff como un punto enterrado intradérmico para cerrar heridas sin dejar nudos ni marcas visibles.

La versión modificada surge como una mejora en la dirección, profundidad y afrontamiento del tejido, buscando:

- Mejor eversión de los bordes
- Más firmeza en la aproximación
- Mayor control de la tensión
- Mantener la estética del cierre

¿CÓMO SE LOGRA ESA DIFERENCIA?

- Se modifica el ángulo de entrada y salida de la aguja para que pase más paralelo a la piel.
- El nudo queda escondido en el plano subdérmico profundo, no se ve ni se palpa.
- Los bordes de la herida se evierten mejor (se levantan un poquito) para evitar que la cicatriz se hunda.

MATERIAL DE SUTURA:

Material de antisepsia y anestesia local

- Lidocaína al 1% o 2% (con o sin epinefrina)
- Jeringa 3 o 5 mL + aguja 27G o 30G
- Antiséptico: Povidona yodada, clorhexidina o alcohol isopropílico
- Gasas y apósito estéril para el cierre final.

Reabsorbible monofilamento preferido: calibre 4-0, 5-0 o 6-0 (según zona y grosor de piel). Ejemplos: Monocryl, Caprosyn, Biosyn.

INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO BÁSICO:

- Pinza de Adson con o sin dientes (para sujetar tejido)
- Portaagujas (Mayo-Hegar o Castroviejo, si es microcirugía)
- Tijeras de sutura o Metzemaum (para cortar el hilo)
- Campo estéril

- Gasas estériles
- Guantes estériles

VENTAJAS:

Distribuye tensión en dos planos.

- Eversión precisa de bordes.
- Cicatrización estética.

DESVENTAJAS:

- Técnica más lenta que el punto simple.
- Mayor riesgo de isquemia si se tensa en exceso.

¿CÓMO SE REALIZA?

Limpieza:

- Lavar con solución salina estéril o clorhexidina al 0.5%.
- Retirar restos de tejido necrótico o cuerpos extraños con pinzas de Adson.

Posicionamiento:

- Colocar al paciente en decúbito supino o lateral, según la ubicación de la herida.
- Asegurar iluminación y campo estéril amplio.

Primera pasada (lejos-lejos):

- Sujetar la aguja: Con el portaagujas en su tercio distal, manteniendo un ángulo de 90° respecto a la piel.
- Entrada: A 1 cm del borde de la herida, penetrando:
 - Piel → tejido subcutáneo → fascia (si está afectada).
- Salida: En el borde contralateral, a la misma distancia (1 cm).
- Técnica de agarre: Utilizar pinzas de disección para evitar dañar los bordes.

Segunda pasada (cerca-cerca):

- Entrada: A 2-3 mm del borde ipsilateral, solo en dermis superficial.
- Curvatura de la aguja: Seguir la forma de la aguja (1/2 círculo) para evitar desgarros.
- Salida: A 2-3 mm del borde contralateral, alineando los márgenes epidérmicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Sarnoff, D. S., & Gotkin, R. H. (2015).
- Rohrich, R. J., & Barton Jr., F. E. (2012).
- Zitelli, J. A., & Moy, R. L. (2000).