TEMA 8.
DRENAJE DE ABSCESO

CIRUGÍA MENOR

INDICE

1. Concepto.
2. Absceso = drenaje.
3. Causas u origen.
4. Material para drenaje.
5. Anestesia.
6. Técnica quirúrgica.
7. Complicaciones.
8. Tipos de abscesos.

CONCEPTO

- El absceso cutáneo es una acumulación de material purulento localizada y rodeada por tejido inflamatorio.
- Habitualmente está situado en profundidad y el pus no es visible a través de la piel. Es rojo, caliente y doloroso. Puede aparecer en cualquier localización.
- El Staphilococcus aureus es el agente causal más común, aunque hay otros microorganismos que también lo pueden producir como el Streptococcus, gramnegativos y anaerobios.
- La mayoría de los abscesos son curables con el tratamiento adecuado. No obstante, la infección puede diseminarse de forma local o sistémica y, si llega al torrente sanguíneo, puede ocasionar complicaciones graves (SEPSIS, shock séptico fraco multiórgánico).

- Todos los abscesos deben ser drenados.
- Los abscesos de menos de 1 cm se pueden tratar de forma conservadora con la aplicación de compresas húmedas tibias y antibioterapia sistémica que cubra al estafilococo.
- Los abscesos situados en el triángulo formado por la nariz y las comisuras bucales y los perianales deben ser derivados para su drenaje a atención especializada por su potencial riesgo de complicaciones ante una posible diseminación hematógena.
- Drenar: asegurar la evacuación de líquidos, generalmente anormales, de una herida, absceso o cavidad.

- Signos clínicos de un absceso:
  - Tumoración roja, caliente y dolorosa.
  - Edema o induración.
  - Drenaje espontáneo de líquido.



- En ocasiones, a estas manifestaciones locales, se pueden asociar otras que indican que ya existe una repercusión sistémica. Por tanto, deben de preguntarse en la anamnesis. Destacar la astenia, febrícula o fiebre, mal estar general, cefalea… La mayor o menor repercusión del estado basal del paciente depende sobre todo del tiempo de evolución, del tamaño del absceso, de su mecanismo etiopatogénico y de su localización.

ABSCESO=DRENAJE

- Cuando exista un acúmulo de pus, hay que evacuarlo. Mantener el acúmulo de pus solo aumentaría las complicaciones, favoreciendo que pasemos de un proceso localizado a uno sistémico.
- Si por la localización, tamaño o medios disponibles en el momento del diagnóstico, no consideramos oportuno el drenaje, se derivará al paciente a un centro sanitario donde se le pueda realizar el tratamiento oportuno, o se derivará al especialista pertinente para su tratamiento definitivo.



CAUSAS U ORIGEN

Las causas que dan lugar a un absceso son muy diversas. Influyendo los factores propios del sujeto. Destacamos como más frecuentes:

- Infección de quiste dermoides y epidermoides.
- Foliculitis, forúnculos y ántrax .
- Hidradenitis supurativa.
- Reacción a puntos de sutura internos (granulomas).
- Enfermedades crónicas, micóticas, mastitis.
- Inmunodeficiencias, tumores, bacterias, etc.

El tratamiento de elección es la incisión y el drenaje. La fluctuación es el indicador principal para su realización.

MATERIAL PARA DRENAJE

- Preparación de la piel.
- Gasas estériles o algodón.
- Desinfección cutánea.
- Preparación del campo estéril: material para la infiltración anestésica, bisturí frio, guantes estériles, gasas y compresas, paños estériles, caja de curas, jeringuilla para lavado tras el drenaje, recipiente con antiséptico.
- Lavado quirúrgico de las manos.
- 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.

ANESTESIA

- Lo primero es preguntar al paciente por las alergias.
- Realizaremos la infiltraciónón del anestésico en la zona donde vamos a realizar la incisión y en la y periferia de la colección.
- No introduciremos el anestésico en el interior de la cavidad abscesual. Sólo estaríamos aumentaremos el dolor y las posibles complicaciones sin ningún beneficio. Hay que infiltrar alrededor.
- La aspiración previa a la infiltración nos permitirá hacernos una idea de la forma y tamaño. Así como infiltrar en el intersticio tisular, localización donde debe depositarse el anestésico local para realizar su efecto. Si con la aspiración se evidencia salida de contenido purulento o sangre, retiraremos y realizaremos de nuevo una aspiración.

Siempre que se disponga, utilizaremos un anéstesico local. Independientemente del que sea. Los más úbicuos y los más utilizados se resumen en la tabla inferior. Cuando exista disponibilidad, la mepivacaina consigue un efecto analgésico casi inmediato. La anestesia con cloruro de etilo no es recomendable.

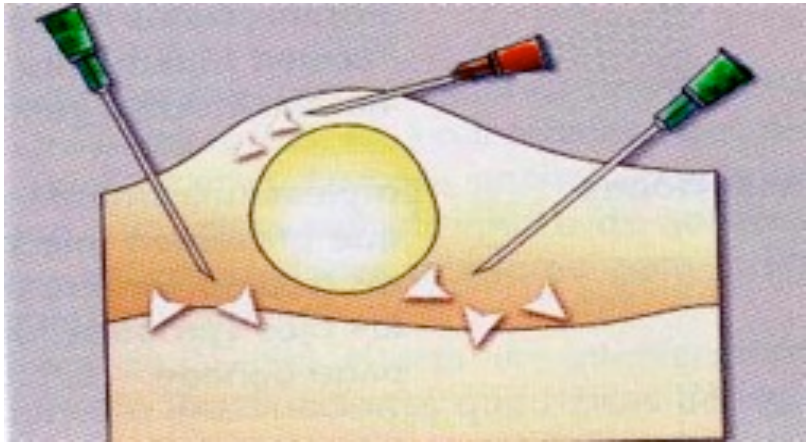
	PRILOCAINA	LIDOCAINA	MEPIVACAINA	BUPIVACAINA
Tiempo de latencia	Corta (10-15')	Corta (10-15')	Casi inmediata	Larga (20-30')
Potencia anestésica	Intermedia	Intermedia	Intermedia	Fuerte
Duración	Corta (60-120`)	Intermedia (30-120')	Intermedia (90-120')	Larga (180-360')
Toxicidad	Débil	Intermedia	Intermedia	Fuerte

Se puede infiltrar haciendo un habón subcutáneo en el punto de la incisión, no siendo necesario si es muy superficial. En ocasiones, cuando sospechemos que la localización del absceso es profunda, puede ser útil para disminuir el dolor durante la infiltración, utilizar una aguja subcutánea para infiltrar el plano más superficial y luego cambiar a una aguja intramuscular para infiltrar más en profundida.

Intentaremos siempre que sea posible, atravesar la piel con la aguja el menor número de veces posible. De esta manera, el dolor será menor y las soluciones de continuidad creadas en la piel también. El cambio de dirección con la aguja, no siempre requiere extraerla completamente al exterior, debiendo de ser cuidadosos en estos cambios para disminuir el dolor y las tracciones necesarias.

La infiltración del anestésico se realizará de manera lenta, estableciendo una comunicación activa con el paciente. De esta manera disminuiremos el dolor y la ansiedad del paciente. También podremos identificar el síncope vasovagal de una manera precoz. Si surgiera cualquier complicación, se parará inmediatamente la infiltración.

Una vez realizada la infiltración, nos ayudaremos de la digitopresión para facilitar la difusión del anestésico en el tejido infiltrado.



TÉCNICA QUIRÚRGICA

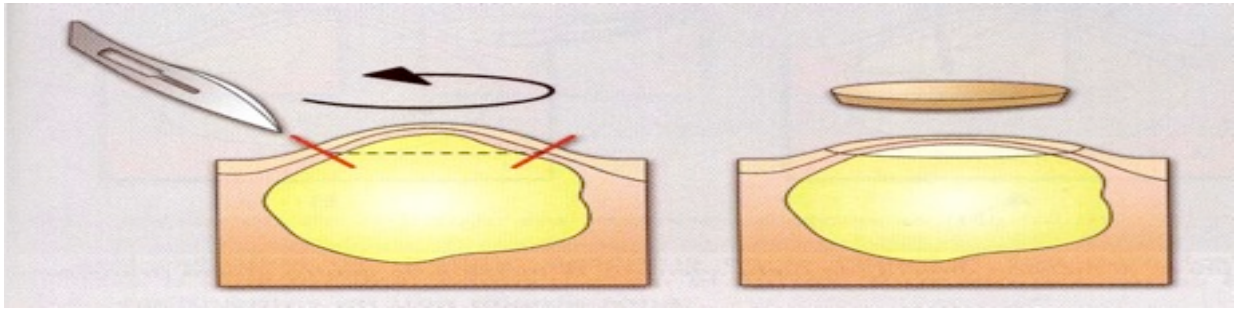
Incisión: Hojas de bisturí. Lo ideal suele ser el bisturí del número 11 (primera figura de la izquierda), que permite incidir justo en la zona de mayor fluctuación del absceso y desde ese punto ampliar en el sentido deseado para hacer una incisión que permita el drenaje. Una vez se identifique la salida de contenido purulento, estamos en la cavidad abscesual. Siempre se intentará realizar la incisión en la zona más declive y siguiendo las líneas de tensión de la piel. La lesión debe ser suficiente y clasicamente se describe como “entrar pinchando y salir cortando”.



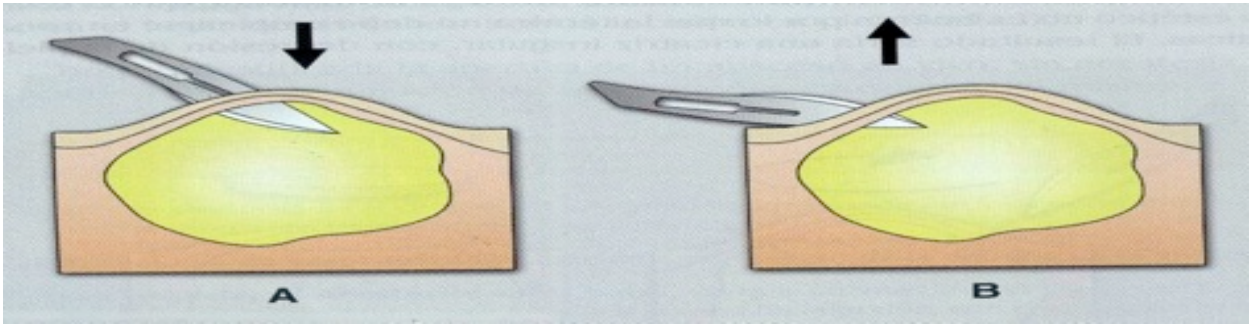




Incisión en tapadera: asegura que no se cierre en falso el plano superficial dejando abajo una cavidad y favoreciendo con ello la recidiva.



Incisión de fuera hacia dentro y de dentro hacia fuera.
La incisión debe debe de permitir evacuar todo el pus.



Método de drenaje: una vez realizada la incisión, procederemos mediante presión digital, a la exteriorización del pus. Una vez no salga pus de forma, introduciremos una pinza quirúrgica (normalmente un mosquito) o uno de nuestros dedos y realizaremos desbridamiento de los tabiques que pudieran existir en el interior, comprobando también si existen otras cavidades accesorias.

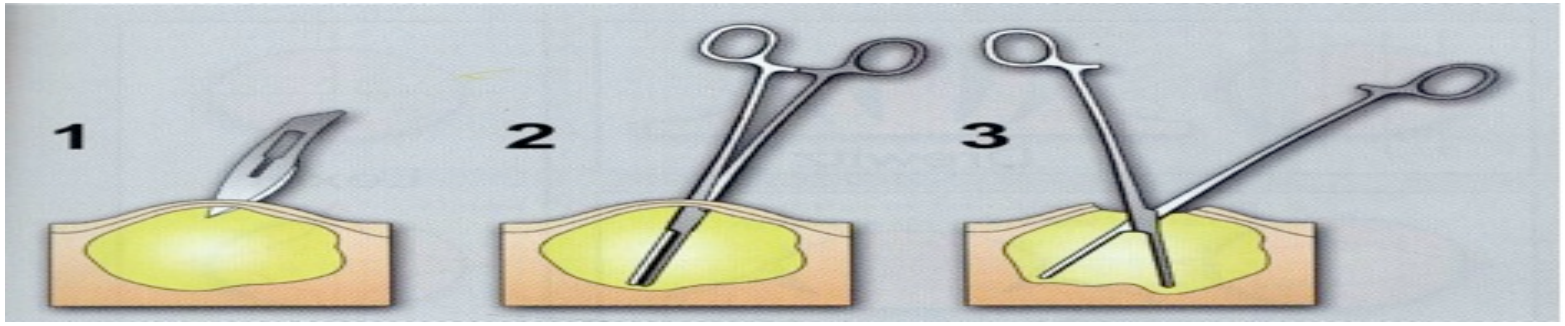
Por último, tras comprobar hemostasia, realizaremos lavado de la cavidad con algún antiséptico, pudiendo introducirlo a presión con una jeringuilla, ayudando al arrastre de los detritus que pudieran quedar en su interior. Terminaremos de lavar una vez evidenciemos que el contenido que sale es claro.

No hay que olvidar que la cavidad abscesual está compuesta de paredes necróticas y por tanto desvascularizadas. Por esto, el riesgo de hemorragia es mínimo, soliendo estar su origen en la incisión de la piel.

En la figura inferior se describen los pasos básicos para el drenaje de cualquier abceso, una vez hemos realizado la infiltración del anestésico local.

El primer paso es la incisión. El segundo la exploración de la cavidad. Si la exploración de la cavidad a través de la incisión que hemos realizado resulta dificultosa, es el momento de ampliar la misma, consiguiendo con ello unas curas posteriores menos dolorosas y una mejor exploración de la cavidad.

Es importante no perder las referencias anatómicas en ningún momento a la hora de realizar la incisión con el bisturí.



Drenaje: el dejar un drenaje en la cavidad abscesual impide un cierre por primera intención, asegurando uno por segunda intención.

No realizaremos sutura de la incisión utilizada para el drenaje del absceso, puesto que este tipo de cierre está contraindicado en heridas infectadas.

El drenaje que se suele utilizar una vez drenado un absceso es una gasa estéril mechada en la cavidad abscesual. La utilidad de este drenaje es la de facilitar el drenado del liquido de lavado, pus y detritus que pudieran quedar. Facilitar la hemostasia de la cavidad abscesual tras la exploración de la misma así como del borde de piel. Asegurar un cierre por segunda intención.

En las primeras curas, se puede mechar la gasa empapada con povidona yodada o clorhexidina diluida.

Técnica de colocación del drenaje: el drenaje se puede colocar por la propia incisión creada inicialmente con el bisturí o bien exteriorizarlo a la superficie cutánea por contraincisión, consiguiendo su salida lejos de la incisión de drenaje.

La finalidad de la gasa mechada **"No es taponar la cavidad".** La finalidad es evacuar y no retener. Por eso insinuaremos una gasa o el material de drenaje por la incisión realizada.

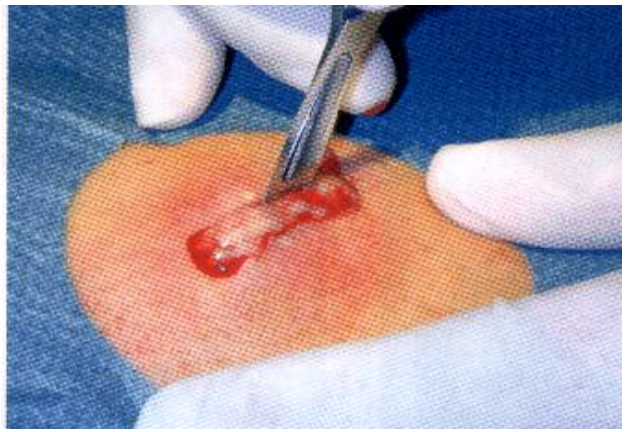
El drenaje se colocará en planos declives para favorecer la salida del contenido. En ocasiones será preciso una fijación conveniente que asegure que se mantienen en su sitio mientras sea necesario.

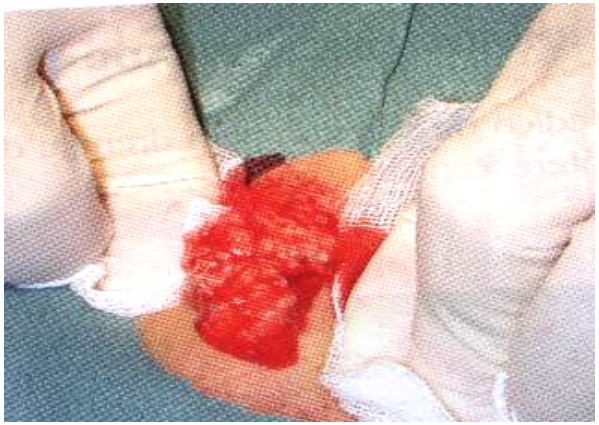
Protegeremos la zona circundante con un apósito absorbente. La retirada estará indicada en el momento que no exista contenido que drenar, puesto que su mantenimiento prolongado puede ocasionar infección.

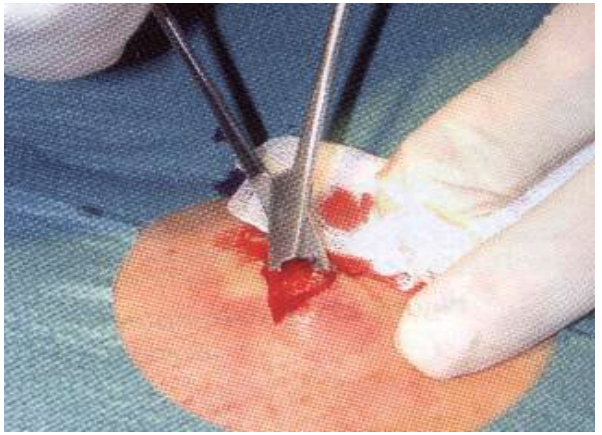
Técnica drenaje de absceso cutáneo:

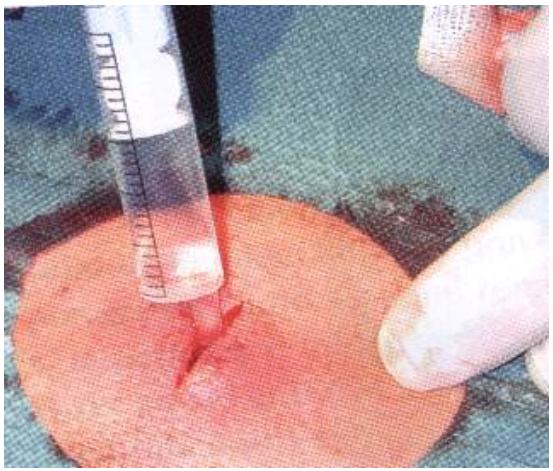


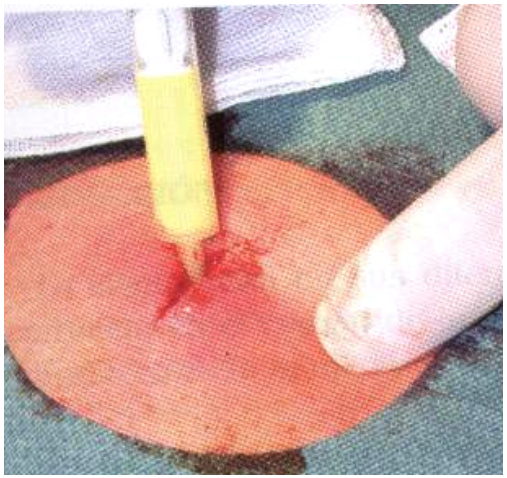


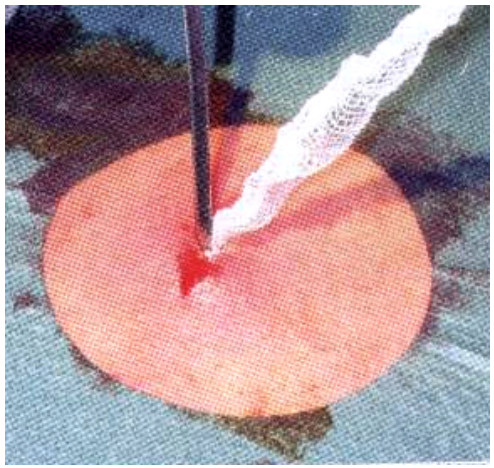












COMPLICACIONES

- Hemorragi: 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. Por este motivo, se deben realizar incisiones suficientemente grandes y colocar algún tipo de dren en la cavidad. Las curas diarias son también importantes para evitar que se produzca esta complicación.

- Persistencia del absceso: no se ha drenado el absceso, generalmente porque hemos abierto el tejido flemonoso sin llegar a la cavidad abscesificada. Podremos evitar esta complicación si antes de realizar la incisión de la piel, localizamos la cavidad del absceso mediante punción y aspiración con una aguja conectada a una jeringa, y una vez localizada podemos dejar la aguja en la cavidad para que nos sirva de guía al hacer la incisión

TIPOS DE ABSCESOS

Abscesos superficiales de la piel: quiste dermoide o pilonidal. Frecuentes en la línea media que va desde el cóccix al ano. Provocan abscesos sumamente dolorosos que se acompañan de fiebre y mal estado general. Se drena bajo anestesia local y en su interior suelen aparecer pelos.



Abscesos superficiales de la piel: quiste epidérmico o sebáceo: la extravasación de la queratina que contiene la cápsula, por roce o traumatismo, da lugar a una reacción de cuerpo extraño, con la formación de un absceso que desestrutura la cápsula que retiene pus y queratina.

En la fase de complicación (absceso), es difícil realizar un tratamiento definitivo. Debiendo centrarse en una adecuada evacuación del contenido purulento.

Cuando la intervención es fuera de la fase de absceso y de manera programada, las recidivas son frecuentes cuando no se realiza una técnica quirúrgica adecuada que englobe toda la cápsula del quiste.



Abscesos superficiales de la piel: **foliculitis:** la foliculitis es la inflamación de los folículos pilosos (del pelo) debida a una infección, herida o irritación. El folículo dañado es entonces infectado por la bacteria estafilococo. El drenaje de este tipo de abscesos suele realizarse de manera espontánea o por el propio paciente con maniobras de compresión digital. Debido a su pequeño tamaño, la resolución espontánea es frecuente.





Abscesos superficiales de la piel: furúnculos. Los furúnculos son zonas inflamadas y dolorosas alrededor de los folículos pilosos, generalmente en el cuello, los senos, las nalgas y la cara.

Son lesiones que contienen pus, dolorosas y de consistencia firme.



Abscesos superficiales de la piel: hidradenitis supurativa. Es un proceso infeccioso de carácter recidivante hasta cronificarse, que afecta a las zonas de la piel mas ricas en glándulas sudoríparas , dando lugar a la formación de cordones indurados de cicatrices o de fístulas asociadas, ocasionando la destrucción de las glándulas apocrinas. El exudado purulento continuo es frecuente. Así comom la recidiva tras su exéresis amplia, puesto que en realidad es una enfermedad sistémica.

En ocasiones se requieren exéresis amplias con reconstrucción mediante injertos o colgajos de piel.



