

## CAPÍTULO XII

# Principios generales de suturas en urgencias

---

*Felipe Coifman, MD, FACS  
Profesor Honorario  
Universidad Nacional de Colombia  
Sección de Cirugía Plástica  
Fundación Santa Fe de Bogota*

## INTRODUCCIÓN

La sutura de los tejidos es la primera técnica quirúrgica que todo médico debe aprender. Es la clave de la reconstrucción de tejidos. Todo médico, no importa a qué especialidad se dedique, tarde o temprano se verá enfrentado a realizar una sutura de piel. En los servicios de urgencias de los hospitales generales este acto quirúrgico no debe ser prerrogativa exclusiva del cirujano plástico.

## PRINCIPIOS BÁSICOS DE CIRUGÍA PLÁSTICA EN LA RECONSTRUCCIÓN DE PIEL

Hay ciertos principios de reconstrucción de la piel aplicables a cualquier tipo de reconstrucción de tejidos:

- 1. Asepsia y antisepsia.** La infección es la peor y la más frecuente enemiga de la cirugía.
- 2. Afrontamiento de los tejidos con la mínima tensión posible.** El exceso de tensión no favorece la cicatrización y puede llevar a dehiscencia y a necrosis de los tejidos.
- 3. Coaptación precisa de los bordes.** El no hacerlo implica dejar superficies cruentas

o espacios muertos, todo lo cual retarda la cicatrización.

- 4. Evitar superficies cruentas.** A veces esto es inevitable. En tal caso se debe recurrir a otras técnicas quirúrgicas como la rotación de colgajos o injertos libres de piel.
- 5. Tratamiento atraumático de los tejidos.** La manipulación traumática de los tejidos deja millones de células muertas que se suman a las ya causadas por la herida; se deben emplear elementos de sutura delicados.
- 6. Hemostasia cuidadosa.** Los hematomas impiden la buena cicatrización.

## QUÉ HACER EN EL TRAUMA

En presencia de un paciente traumatizado con heridas de piel, se debe, en primer lugar, efectuar una rápida inspección para determinar la gravedad de las heridas. Las heridas de la cara y del cuero cabelludo, por ser especialmente llamativas, pueden distraer la atención respecto a otras lesiones más graves que amenacen la vida del paciente, como una herida de arteria femoral o la ruptura del bazo o del hígado. De inmediato se implementa el ABC del ATLS del Colegio Americano de

Cirujanos para la atención inicial del paciente traumatizado. Una historia clínica bien elaborada debe incluir antecedentes sobre aplicación de analgésicos, antibióticos e inmunización antitetánica. La profilaxis del tétanos se hace según la guía **Tétanos** de esta misma serie.

## PREPARACIÓN DE LA HERIDA

La herida debe ser revisada cuidadosamente para extraer cuerpos extraños. Si sus bordes aparecen traumatizados hasta el punto de no tener circulación, deben ser resecaos prudentemente. El lavado, la irrigación y la limpieza con suero fisiológico (SSN) son maniobras prioritarias.

## ANESTESIA LOCAL

Ya limpia la herida, se debe aplicar la anestesia local, preferiblemente lidocaína al 1% ó 2% con adrenalina (epinefrina) al 1:100.000 ó al 1:200.000. La inyección debe hacerse a través de la piel sana y no a través de la herida, para evitar llevar a la profundidad las posibles infecciones de las superficies cruentas. No es recomendable el uso de lidocaína con epinefrina en heridas de los dedos, la punta de la nariz, las orejas o el prepucio, por el riesgo de necrosis por vasoconstricción. En estas áreas es mejor usar lidocaína al 1% ó 2% sola (1 mL de lidocaína al 1% contiene 10 mg de lidocaína HCl).

## TÉCNICAS DE SUTURAS DE LA PIEL

El propósito del cirujano es favorecer el proceso natural de cicatrización, mediante buena coaptación de los bordes de la herida o de

los tejidos; ésta es precisamente la función de la sutura. Aplicar una meticulosa técnica quirúrgica, puede hacer la diferencia entre una buena y una mala cicatriz.

## INSTRUMENTAL

Debe emplearse instrumental fino y delicado. Sin embargo, la carencia de instrumental especializado (de cirugía plástica) no debe ser pretexto para no hacer una buena sutura. Generalmente en todos los servicios de urgencias existen instrumentos de cirugía general que permitan practicar una sutura adecuada.

## ELEMENTOS DE SUTURA

Se recomienda usar suturas absorbibles para la profundidad y no absorbibles para la piel, delgadas, 5-0 ó 6-0. Sin embargo, si la sutura es profunda y requiere mayor esfuerzo de aproximación, se deben emplear suturas un poco más gruesas, pero siempre recordando que las suturas no deben quedar a tensión.

La distancia entre los puntos varía según el grosor de la piel y según la tensión de los bordes, desde 1 mm hasta 4 ó 5 mm. Se comienza la reconstrucción de los tejidos desde los planos profundos hacia los superficiales. La sutura se hace con puntos separados equidistantes. El tejido celular subcutáneo y la grasa deben afrontarse bien para que la piel no quede en tensión.

Cuando haya que efectuar una resección de la piel en losange debe tenerse cuidado en que ésta no sea demasiado corta, porque entonces al suturar quedan en cada extremo abultamientos (“orejas de perro”) que son antiestéticos.

## MANERA DE RETIRAR UN PUNTO DE SUTURA

En cirugía plástica, los puntos por lo general son muy pequeños y por lo tanto es difícil cortarlos con tijeras, a menos que éstas sean muy finas. Primero se hace antisepsia de los puntos, pues se supone que están contaminados por haber estado expuestos. Se halan los cabos de las suturas hacia la cicatriz, nunca en contra, para evitar que se produzca dehiscencia.

## SUTURAS EN REGIONES ESPECIALES

Aunque los principios generales de las técnicas de suturas se aplican en cualquier región del cuerpo, es importante hacer hincapié en algunos detalles cuando se trata de zonas especiales. En términos generales, la reconstrucción de las heridas complejas se comienza desde los planos profundos. Si hay lesión de estructuras óseas, éstas se reparan primero para dar una base estable a todo el conjunto. Luego se continúa con los otros planos, siempre de la profundidad hacia la superficie. En heridas desgarrantes o múltiples de la piel, para comenzar la reconstrucción se busca un punto anatómico de referencia y se coloca allí el primer punto de sutura. Tal es el caso, por ejemplo, con el ala nasal o con el reborde mucocutáneo en los labios.

**Suturas en labios.** Junto con los párpados, los labios son la región más móvil de la cara. Por esta razón se debe prestar especial atención a la sutura del músculo orbicular, lo cual se hace con material absorbible 5-0. La sutura de la piel se comienza con un punto guía en el reborde muco-cutáneo del bermellón. Se usa material no absorbible 6-0. La mucosa se sutura con el mismo material. El apósito de curación no debe cubrir la parte mucosa o el bermellón, para evitar su impregnación con comida.

**Suturas en párpados.** Las heridas de los párpados, especialmente si hay pérdida de tejidos en el párpado superior, pueden dejar expuesta la córnea con la grave secuencia de resequeidad, ulceración, perforación y pérdida de la visión.

La reconstrucción de los párpados es función del cirujano plástico o del oftalmólogo con experiencia quirúrgica en este tipo de reparación. Si hay pérdida de sustancia, el globo ocular debe protegerse hasta que reciba la atención del especialista. Esta protección se hace para mantener la lubricación permanente de la córnea por medio de lágrimas artificiales o ungüentos oftálmicos. Un simple cono de cartón con su base sobre la periferia de la órbita evita mayor resequeidad y ayuda a controlar el dolor que produce el contacto con el aire. Si no hubo pérdida de sustancia, la reconstrucción de una herida de párpados se hace por planos: conjuntiva (no siempre es indispensable suturarla), tarso y piel. Es fundamental no dejar que parte alguna de las suturas quede en contacto con la esclerótica y menos con la córnea. Ello implica que la sutura debe ser muy delgada, que el nudo quede hacia fuera y que no perfora la conjuntiva.

**Sutura en orejas.** El cartílago auricular se infecta con mucha facilidad y esto produce su reabsorción. La anestesia local ha de ser con lidocaína sin o con poca concentración de adrenalina. Todo hematoma debe ser drenado en forma completa. La sutura de las heridas se hace por planos: piel, cartílago y piel. La sutura del cartílago se realiza con material absorbible 6-0 y la de la piel con suturas sintéticas 6-0. Con gasa vaselinada o con gasas humedecidas en suero fisiológico, se inmoviliza de manera cuidadosa el pabellón, rellenando todas las anfractuosidades anatómicas. Por último, se coloca un vendaje ligeramente compresivo, con buena fijación, para evitar su desplazamiento durante el sueño.

**Suturas en nariz.** Las suturas en nariz no difieren de las del resto de la cara, pero es importante tener en cuenta que cualquier pérdida de tejido en las alas nasales deja retracción que siempre rompe la simetría nasal. Las heridas de la nariz se reconstruyen en tres planos: mucosa o piel endonasal (narinas), cartílago y piel externa. Si la herida endonasal es circular, hay tendencia a la retracción. Esto se evita colocando un molde que tenga el diámetro y la forma de la fosa nasal y que se mantiene durante cuatro semanas.

### LÍNEAS DE MENOR TENSIÓN DE LA PIEL Y SU IMPORTANCIA EN EL ASPECTO DE LA CICATRIZ

Un cirujano anatomista vienés, Carl von Edenberg Langer, en 1861 observó en el cadáver de un joven que se había suicidado enterrándose una lezna en el corazón, que el orificio de entrada, en vez de ser circular, aparecía alargado transversalmente. Esto le llamó poderosamente la atención y como buen anatomista, hizo en cadáveres punciones con lezna y vio cómo el orificio tomaba forma alargada de orientación diferente según la región del organismo. Por ello estas líneas de orientación se llaman “líneas de Langer”.

El rostro al envejecer se surca de arrugas que forman un diseño de líneas cutáneas, que es igual en todas las razas. Estas líneas, que también reciben el nombre de líneas de expresión, líneas de gravedad, de distinción, de contornos, o mejor líneas de menor tensión de la piel, tienen las siguientes características:

- Son perpendiculares a la dirección de la contracción del músculo subyacente.
- Coinciden con las arrugas naturales o son paralelas a ellas.
- Se identifican al tornar la piel entre los pulpejos de los dedos índice y pulgar. Si

se juntan un poco los dedos, se aprecia que en cierta dirección se forman en la piel surcos más nítidos, los cuales marcan la dirección de tales líneas.

- Su importancia quirúrgica radica en que si se hace una incisión en la dirección de estas líneas de menor tensión de la piel, o de manera paralela a ellas, la cicatriz es más estética y se ensancha menos.

### CUIDADO POSTOPERATORIO DE LAS SUTURAS EN PIEL

La administración de analgésicos se hace de acuerdo con la gravedad de la lesión. No hay consenso sobre el uso de antibióticos si la herida aparece limpia y es fresca, pero sí se recomienda si la herida aparece contaminada o tiene horas de duración. En este caso, se debe decidir sobre si es conveniente suturarla o mejor dejarla abierta.

La herida se inspecciona de nuevo en el segundo o tercer día. Las suturas se retiran antes del séptimo día. Normalmente, una sutura apretada y que dura más de una semana, deja huellas transversales. Sin embargo, este límite de una semana es variable. En los párpados, los puntos se deben retirar a los cuatro días.

Después de retirar los puntos, la cicatriz se debe proteger por unos días con esparadrapo quirúrgico. Esto aminora el ensanchamiento excesivo de la cicatriz.

Es aconsejable usar cremas protectoras y antisolares para la cicatriz y jabones ligeramente ácidos. Su aplicación es lógica, pues las cicatrices no contienen conjuntos pilosebáceos ni glándulas sudoríparas y, por tanto, no poseen capa de grasa protectora. Por otra parte, las cicatrices se pigmentan con facilidad y estas cremas lo evitan. El uso prolongado (varios meses) de esparadrapos sobre la cicatriz,

descolora la zona que cubre el esparadrapo por falta del estímulo de la luz para la función de los melanocitos. Pero, por otra parte, el exceso de sol o luz, pigmenta las cicatrices.

### LECTURAS RECOMENDADAS

1. Achauer B, Erisksson E. Art and Practice of Plastic Surgery: Part I Principles and Techniques and Part II General Reconstructive Surgery. Mosby. St. Louis, 1998.
2. Borges, AF. Linear scar revision. En: The art of aesthetic plastic surgery. Editado por JR Lewis. Little Brown. Boston, 1989.
3. Coiffman, F. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Segunda. Edición. Editorial Masson-Salvat. Barcelona, 1994.
4. McGregor I. Fundamental Techniques of Plastic Surgery and their surgical applications. 10<sup>TH</sup> edition. Churchill Livingstone, Oxford, 2000.
5. Nieto-Cano G . Incisiones y suturas. Editorial Lerner. Bogotá, 1996.
6. Place, M. Basic Techniques and Principles in Plastic Surgery. En: Grabb and Smith's Plastic Surgery. Editado por W Grabb, H Thorne, S Aston, et al . 5TH edition. Lippincott Williams & Wilkins. New York, 1997.
7. Preus, S. Plastic Surgery Techniques. En: Plastic Surgery Indications, Operations and Outcomes. Editado por E Erikson. Mosby. St. Louis, 2000.