

Cirugía menor ambulatoria en atención primaria

DAVID J. PELÁEZ^a, MARÍA AGUSTINA ALONSO^b Y ANA MORÁIS^c

^aServicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno-Infantil Gregorio Marañón. Madrid. España.

^bCentro de Salud de Colunga. Colunga. Asturias. España.

^cUnidad de Nutrición Infantil. Servicio de Gastroenterología y Nutrición Infantil. Hospital Universitario Infantil La Paz. Madrid. España.

dpmata@terra.es; agustina.alonso@sespa.princast.es; ana_morais_lopez@hotmail.com

La cirugía menor incluye una serie de procedimientos quirúrgicos de técnica sencilla y breve, realizados sobre tejidos superficiales o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local y escaso riesgo de complicaciones posquirúrgicas significativas (tabla 1)¹.

La puesta en práctica de estas técnicas quirúrgicas está incluida como prestación dentro del Sistema Nacional de Salud desde 1995. Entre las ventajas de su aplicación destacan el aumento del grado de resolución en atención primaria, la disminución de la lista de espera hospitalaria y el acercamiento entre médico y usuario mediante un servicio rápido, accesible y adecuado a las necesidades del paciente. En pediatría su implantación es reciente y aún escasa^{2,3}.

En la tabla 2 se reflejan una serie de requisitos que deben tenerse en cuenta antes de realizar un procedimiento de este tipo⁴. En caso de duda, el pediatra debe abstenerse de actuar y remitir al paciente al cirujano pediátrico correspondiente⁵.

INFRAESTRUCTURA

Para llevar a cabo procedimientos de cirugía menor no es imprescindible instalar un quirófano convencional, ya que es suficiente con un espacio limpio con 2 zonas estériles: campo e instrumental. Para realizar adecuadamente las técnicas es preciso disponer de camilla y asiento, luz dirigible, mesa, lavabo, contenedor de residuos y material básico de reanimación cardiopulmonar.

El profesional debe conocer el instrumental básico de cirugía menor (fig. 1), su correcto manejo y mantenimiento, además de los tipos de suturas y agujas adecuadas para cada tejido y los principios de la anestesia local^{2,5}. El instrumental mínimo requerido para cirugía menor debe incluir:

- Mango y hojas de bisturí.
- Pinzas de disección (Adson con y sin dientes).
- Tijera curva (disección).

Puntos clave

- La cirugía menor incluye intervenciones quirúrgicas sencillas con anestesia local, realizadas sobre tejidos superficiales y escaso riesgo de complicaciones.
- Es fundamental la infiltración cutánea y subcutánea previa de la zona que va a intervenirse.
- La incisión debe respetar las líneas de tensión de la piel y dejar márgenes libres para extirpar completamente la lesión, manipulando cuidadosamente los tejidos y asegurando la hemostasia local.
- Al cerrar la herida se deben evitar espacios muertos y tensión en los bordes, utilizando el material de sutura adecuado, lo que permite la cicatrización más estética posible.
- La aparición de cualquier complicación requiere valoración urgente por el especialista que haya efectuado la intervención.
- La crioterapia es fácil, rápida, segura y no requiere anestesia, pero no permite el estudio histológico de las muestras.

Tabla 1. Procedimientos de cirugía menor aplicables en pediatría en atención primaria

Exéresis de lesiones cutáneas y subcutáneas benignas

Técnicas destructivas de criocirugía, electrocirugía y cauterización

Incisión y drenaje de abscesos

Reparación de heridas

Biopsia de lesiones superficiales

Cirugía ungueal menor

Otras: inmovilización y vendajes, extracción de cuerpos extraños en piel, oído, conjuntiva



Información al paciente
en www.apcontinuada.com



Figura 1. Instrumental mínimo requerido para cirugía menor.

- Tijera recta (hilos).
- Pinzas hemostáticas (mosquito).
- Portaagujas.
- Separadores (Farabeuf, Senn-Miller).
- Otros recomendables: pinzas de Allis, cangrejos, pinzas de Pean, batea.

EXÉRESIS DE LESIONES CUTÁNEAS BENIGNAS

Son susceptibles de extirpación lesiones dérmicas no sospechadas de malignidad: verrugas, papilomas, algunos nevos, dermatofibromas, etc.

Preparación del campo quirúrgico

En primer lugar se deben tomar medidas para evitar la contaminación de la zona que se va a intervenir, usando material estéril (bata, guantes, mascarilla) para preparar el campo operatorio siguiendo los siguientes pasos:

- Lavado de manos usando jabón especial, aclarando abundantemente desde la mano hacia el antebrazo y secando con paño estéril.
- Colocación de guantes y bata.
- Preparación del instrumental sobre la mesa cubierta con un paño estéril.
- Instalación del campo: rasurar (no imprescindible), pincelar con antiséptico (povidona, clorhexidina), delimitar el campo quirúrgico con paños estériles.

La técnica quirúrgica incluye anestesia local, incisión, extirpación de la lesión y reconstrucción anatómica (fig. 2).

Infiltración anestésica

Debe elegirse el anestésico según su potencia, duración de efecto y toxicidad, para mantener su efecto durante toda la operación. Lo más frecuente es administrarlo mediante infiltración local del tejido subcutáneo formando un habón o infiltrando en abanico creando un campo que rodee la lesión. Debe aspirarse antes de cada pinchazo para evitar su aplicación intravascular y tener en cuenta la dosis máxima del anestésico.

La anestesia tópica (EMLA, gel de anestésico, etc.) es sencilla e indolora, pero poco duradera y superficial, por lo que debe usarse como complemento a la infiltración y no como alternativa. Tras su aplicación debe cubrirse con un apósito oclusivo durante 45-90 min antes de la intervención.

Incisión

Debe exponerse la lesión respetando la anatomía y permitiendo una cicatrización lo más estética posible⁶. Es indispensable seguir las líneas de Langer de mínima tensión, dejando márgenes libres alrededor de la lesión y en profundidad. La incisión ideal es fusiforme, con una relación de 3:1 entre longitud y anchura (fig. 2).

Extirpación de la lesión

Para ejecutarla correctamente deben seguirse los principios de Halsted⁵: disección y manipulación cuidadosa de los tejidos para producir mínima lesión tisular, evitar despegamientos innecesarios, realizar buena hemostasia y aproximar los tejidos sin tensión, reconstruyendo anatómicamente la zona de una forma precisa y completa, evitando dejar espacios muertos.

El bisturí debe colocarse verticalmente formando un ángulo de 45° con la piel, tensando ésta con la mano libre, evitando cortes en bisel y alcanzando el tejido subcutáneo. Se tracciona el área que debe extirparse con una pinza, mosquito o gancho y se elimina la lesión en bloque, incluyendo tejido sano periférico. Se pueden usar las tijeras para disección, evitando cortar a ciegas en profundidad. La hemostasia se realiza mediante presión directa, con electrocoagulación o ligando los vasos sangrantes.

Cierre de la herida

Hay que asegurar primero la falta de tensión (que se puede minimizar disecando los bordes subcutáneos) y proceder al cierre directo o por planos (menos tensión y evita espacios muertos). Para el plano profundo se utiliza una sutura reabsorbible y preferentemente agujas cilíndricas, colocando puntos sueltos invertidos.

Tabla 2. Requisitos para tener en cuenta antes de realizar un procedimiento de cirugía menor en atención primaria

Valorar individualmente y con cautela la necesidad de cada procedimiento y la relación beneficio/riesgo del mismo

No realizar en caso de duda diagnóstica o terapéutica

Realizar las técnicas según los conocimientos y habilidades del profesional y asegurando la disponibilidad de medios en cada caso

Asegurar la recogida de muestras y su análisis histológico

Evitar realizar técnicas destructivas (crioterapia, electrocoagulación) sin un diagnóstico claro

Registro adecuado en la historia clínica del procedimiento y recomendaciones

Solicitar siempre previamente el consentimiento escrito tras la adecuada información

Garantizar un seguimiento posquirúrgico apropiado

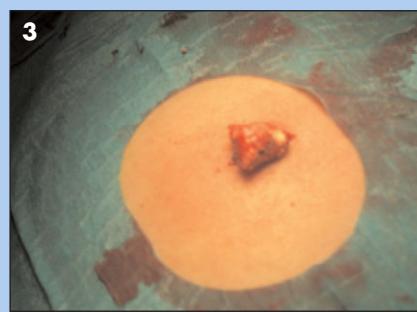


Figura 2. Secuencia de extirpación de un pilomatrixoma con anestesia local.
1) Diseño de la incisión. 2) Infiltración anestésica. 3) Dissección de la lesión.
4) Resultado tras la hemostasia.
5) Resultado final tras la sutura definitiva.

tidos y enterrando el nudo. La epidermis se aproxima con sutura no reabsorbible con aguja triangular y puntos sueltos. Existe la opción de usar suturas intradérmicas (reabsorbibles o no) y también adhesivos biológicos (sólo en zonas sin tensión). El uso añadido de tiritas adhesivas puede reforzar el acercamiento de los bordes.

Finalmente debe limpiarse la zona con un antiséptico tipo polidona yodada y colocar un apósito estéril.

Otras alternativas técnicas son el afeitado directo con bisturí (útil en *molluscum* o en queratosis benignas) o el uso de *punch*, instrumental desechable con una hoja en su extremo para obtener cilindros de pequeño tamaño para biopsia. Ambas técnicas permiten la recogida de muestras para análisis histológico.

Seguimiento

Las heridas deben curarse diariamente (limpieza con antiséptico y cambio de apósito). Es recomendable una revisión (médico o enfermería) a las 24 h de la intervención.

Deben retirarse los puntos de sutura no reabsorbibles en un tiempo que varía según la zona intervenida y la tensión (4-14 días), según la indicación precisa del médico (tabla 3).

Complicaciones

Hematoma y seroma. Son acumulaciones subcutáneas de sangre o exudado inflamatorio. Favorecen la infección y la dehiscencia, y se pueden prevenir mediante la hemostasia cuidadosa y evitando dejar espacios muertos en el cierre. El tratamiento es el drenaje.

Infección. Se manifiesta como una colección de pus subcutáneo, enrojecimiento y dolor local. Precisa el drenaje, incluso retirando algún punto intermedio, y curas diarias. Favorece la dehiscencia y empeora el resultado estético al cicatrizar por segunda intención. En casos graves puede precisarse antibioterapia, aunque en estos procedimientos no está indicada de forma profiláctica.

Dehiscencia. Apertura de la herida por desgarro o tras retirar los puntos. Se previene evitando la tensión excesiva de los bor-

des al cerrar y dejando los puntos el tiempo preciso para la cicatrización. Si se produce no debe volver a suturarse, sino mantener la herida limpia hasta su cierre por segunda intención.

Granuloma. Se produce por reacción al material de sutura. Se evita usando material fino y realizando nudos pequeños y profundos.

Queloide y cicatriz hipertrófica. Se producen por predisposición del paciente, y son más frecuentes en las zonas de tensión. Son difíciles de tratar y prevenir.

CRITERIA

Permite la destrucción de lesiones cutáneas mediante congelación brusca. Las lesiones subsidiarias de este tratamiento son verrugas, *molluscum*, queratosis y fibromas. Es una técnica rápida, fácil y segura que no precisa anestesia ni sutura; el resultado estético es excelente, pero no permite el estudio histológico de las muestras y requiere fotoprotección posterior. Existen 2 sistemas

Tabla 3. Tiempo para la retirada de los puntos de sutura

Localización anatómica	Tiempo (días)
Cuero cabelludo	7
Cara	3-6
Espalda	11-13
Tronco	7-9
Brazos	7
Mano	7-9
Piernas	7-10
Pie	7-9

mas de crioterapia: *a)* nitrógeno líquido (mediante pistola o empapando una torunda de algodón), y *b)* éter dimetil y propano (Histofreezer®), con aplicadores de gas a presión.

Se aplican de forma vertical durante 20-90 s sobre la lesión que se va a tratar. Tras su aplicación se produce una sensación de quemazón y se origina una reacción eritematosa inflamatoria local. Posteriormente queda una cicatriz hipopigmentada que mejora con el tiempo. No precisa apósito, solamente medidas higiénicas locales y revisión al día siguiente y posteriormente en 2-3 semanas. Si persiste la lesión residual puede ser necesaria una segunda aplicación.

DRENAJE DE ABSCESOS

El tratamiento definitivo de las acumulaciones de pus bajo la piel es la incisión y drenaje. El flemón indurado no debe drenarse prematuramente, y es recomendable la aplicación de calor local hasta la aparición de una zona fluctuante que indique la localización del pus.

El drenaje se realiza previa preparación de un campo quirúrgico. El uso de anestesia local es poco eficaz. Siguiendo los pliegues cutáneos se incide la zona más fluctuante con el bisturí, permitiendo la salida del pus, del que conviene recoger una muestra para su cultivo. El desbridamiento de la cavidad con un mosquito facilita la salida de pus y la curación final. Posteriormente se debe irrigar el interior con suero, y es conveniente dejar un drenaje tipo *penrose* o una gasa orillada para mantener los bordes abiertos, que deben cubrirse con abundantes gasas que absorban el exudado. Solamente es preciso antibioterapia añadida en casos de celulitis o sintomatología sistémica.

El seguimiento debe ser diario, irrigando la cavidad con suero salino abundante y cambiando el apósito. El drenaje debe mantenerse hasta que ceda la secreción de la herida.

CONTRAINDICACIONES DE LA CIRUGÍA MENOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

Existen una serie de contraindicaciones generales para realizar técnicas de cirugía menor en atención primaria^{2,5}:

- La sospecha de lesión maligna debe ser derivada al especialista. En caso de encontrar malignidad en el estudio histológico, conviene derivar al paciente para el seguimiento.
- Alteraciones de la coagulación.
- Enfermedades crónicas (nefropatía, cardiopatía, etc.).
- Alergia a los anestésicos locales.
- Susceptibilidad a cicatrices hipertróficas o queloides.
- Presencia de enfermedad aguda intercurrente o de infección cutánea.
- Ausencia de consentimiento informado.

Se debe tener especial cuidado en lesiones que sobrepasan la aponeurosis (hay riesgo de lesionar estructuras anatómicas profundas para una extirpación completa) y en las zonas anatómicas de alto riesgo, como la cara, las regiones retroauricular, mandibular y cervical, las caras anterior y lateral del codo, la cara ventral de la muñeca, la cara lateral de los dedos, el dorso de pies y manos y las regiones axilar e inguinal.

Es recomendable informar al paciente y la familia del procedimiento que se va a practicar mediante hojas informativas.

BIBLIOGRAFÍA



● Importante ●● Muy importante

1. ● Beneyto Castelló F, Moreno Arroyo JM, Navarro Badenes J, García Torán JM, Pascual López L. Cirugía menor en atención primaria. Revista SVMFyC. 2000;8:57-62.
2. Arroyo Sebastián A, Tomás Gómez AJ, Andreu Gálvez J, García Peche P, Arroyo Sebastián MA, Costa Navarro D, et al. Programa de implantación y desarrollo de la cirugía menor ambulatoria en atención primaria. Atención Primaria. 2003;32: 371-5.
3. Tárraga López PJ, Celada Rodríguez A, Cerdán Oliver M, Solera Albero J, Ocaña López JM, López Cara MA. Cirugía menor en un centro de Atención Primaria rural: 2 años de experiencia. Medicina de Familia. 2003;13:285-90.
4. Arribas Blanco JM, Rodríguez Salceda I, Mena Mateo JM, Martín Martín S, Bru Amantegui S, Villaruelo Rodríguez J. Cirugía menor en la consulta del médico de familia. Descripción de un año de experiencia. Atención Primaria. 1996;17:142-6.
5. ●● Ramírez Puerta D, López Abuín JMC. Cirugía menor. Manual de práctica quirúrgica y traumatológica en Atención Primaria. Fundación Instituto Upsa del Dolor. 2003.
6. Ashcraft KW. Atlas de cirugía pediátrica. 1.ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1994.