

CAPITULO 2

INFECCIONES EN LAS PARTES BLANDAS

Curación de abscesos	29
Cura de la miositis tropical	35
Infecciones de la mano y dedos	39

Curación de abscesos

anestesia de los abscesos y miositis tropicales

2

A excepción del panadizo abscesificado, no hay posibilidad de anestésiar los abscesos con *lidocaína*. Además, como la aguja puede propagar la infección, es imposible dar toda la vuelta a la cavidad.

Es preferible la anestesia general :
ketamina IM, a razón de 5 mg/kg por ejemplo.

Sin embargo, para pequeños abscesos superficiales se puede utilizar el *cloruro de etilo* : vaporizar durante algunos segundos la zona anestésiar e incidir enseguida, el anestésico tiene un efecto inmediato debido al frío (evaporación)

curación de un absceso comun

Un absceso es una colección de pus en las partes blandas recluida en una cavidad **inaccesible a los antibióticos**.
El tratamiento es pues únicamente quirúrgico.

Indicaciones

Incisión de los abscesos cuando llegan a la fase de madurez : tumefacción roja, inflamatoria, dolorosa, a veces fistulizada, sobre la que se percibe mediante la palpación la fluctuación característica.

Material

- Mango y hoja de bisturí estériles
- Guantes estériles
- Pinza estéril curva y sin dientes (Kelly)
- Sonda acanalada
- Solución de *clorexidina* (+ *cetrimida*) (ver cuadro página 7)

Técnica

Figuras 17, 18 y 19

- Incisión con el bisturí : sólo hay una manera de utilizar este instrumento, es decir, ni como una pluma, ni como un puñal. Debe cogerse entre el pulgar y el índice de la mano dominante, el mango se apoya en el lado anterior de las metacarpo-falángicas. La hoja del bisturí tiene que estar perpendicular al plano cutáneo.
La hoja del bisturí ataca el absceso no verticalmente, sino de una manera ligeramente oblicua, casi paralela al absceso.
La otra mano mantiene la pared del absceso entre el pulgar y el índice.
- Incisión en el plano de fluctuación según el eje más amplio del absceso, de un sólo corte, sin vacilar sobre el plano cutáneo, de una longitud suficiente para poder después dejar penetrar un dedo explorador.
- No realizar la incisión demasiado profundamente a nivel de los ejes vasculares (carótida axilar, humeral, femoral, poplíteo), mejor separar suavemente los tejidos subcutáneos con una pinza sin dientes hasta la cavidad purulenta.
- Explorar a continuación con el dedo evacuando el pus y arrancar las adherencias que puedan crear nuevas cavidades. Lavar abundante y cuidadosamente con la solución de *clorexidina* (+ *cetrimida*) (ver cuadro página 7).
- Dejar un drenaje suficientemente profundo y si es posible fijarlo con un punto de sutura sobre uno de los bordes del absceso, drenaje que a continuación se retirará progresivamente y se quitará al tercer o quinto día.

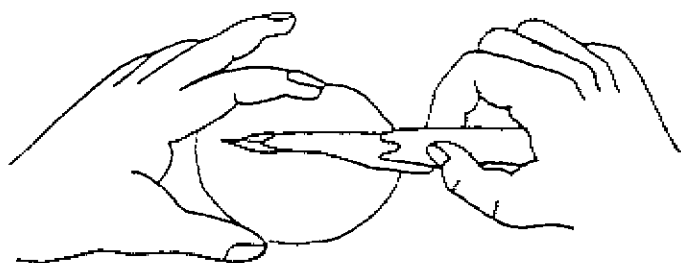


Figura 17
POSICION DE LAS MANOS para hacer la incisión del absceso

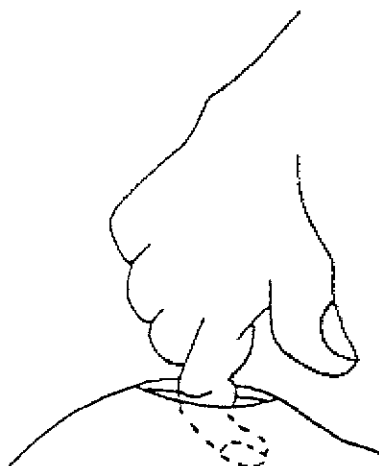


Figura 18
EXPLORACION CON EL DEDO EN LA CAVIDAD, romper los tabiques

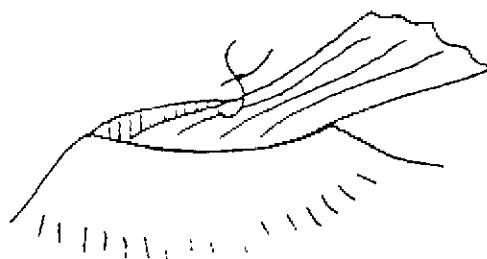


Figura 19
DRENAJE FIJADO A LA PIEL

absceso en el pecho

Figura 20

Aunque normalmente los abscesos del pecho son superficiales, a veces son de centro profundo, más difícil de diagnosticar y de drenar.

Al principio de la infección, queda alguna esperanza de que sea tratado medicamente con antibióticos, anti-inflamatorios, apósitos compresivos, supresión de la lactancia del lado afectado y aspiración del mismo con sacaleches.

A menudo, aparece la fluctuación, más tardía en las supuraciones profundas.

Material

El mismo que para cualquier absceso.

Técnica

- Incisión radial para abscesos superficiales, periareolar para abscesos próximos a la areola (figura 21).
- Incisión submamaria para abscesos profundos (Figura 22).
- Exploración suave con el dedo o con la pinza para desbridar (Figura 23).
- Lavado abundante con la solución de *clorhexidina* (+ *cetrimida*) (ver cuadro página 7).
- Amplio drenaje con una sonda acanalada.

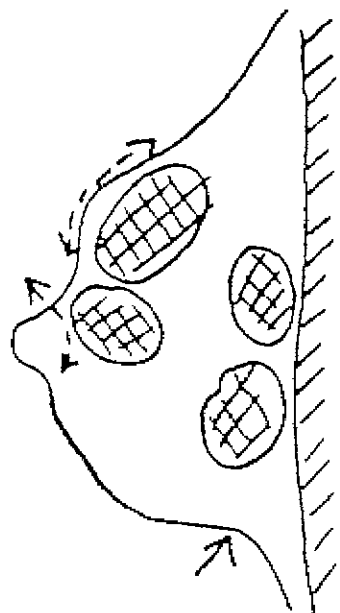


Figura 20
Localización de los abscesos
del pecho

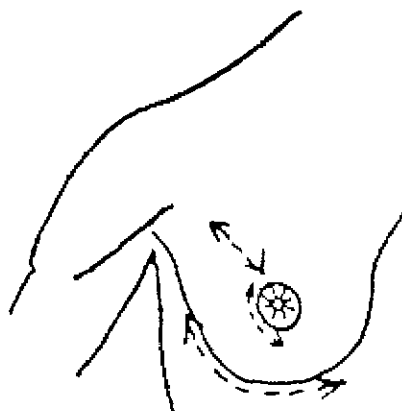


Figura 21
Incisiones radiales periareolares
o submamarias

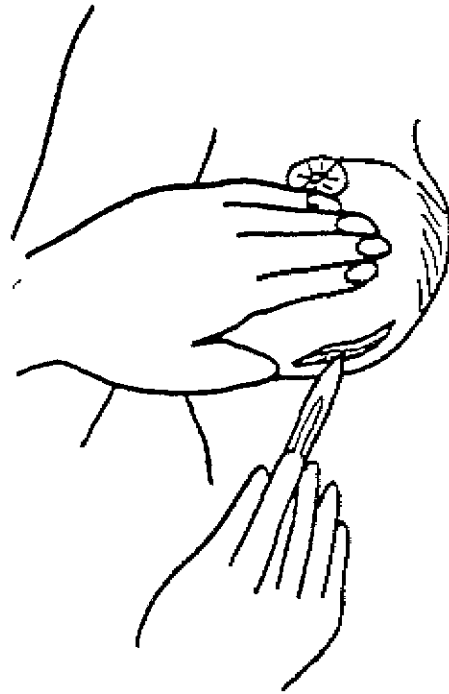


Figura 22
INCISION SUBMAMARIA

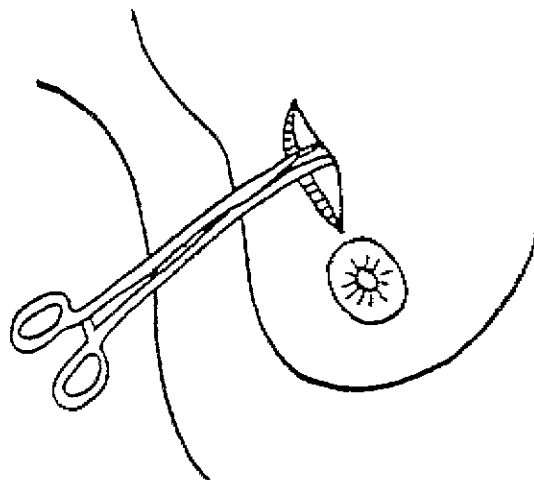


Figura 23
EXPLORACION SUAVE con la pinza o con el dedo

absceso parotideo

La incisión de estos abscesos corre el riesgo de lesionar las ramificaciones del nervio facial. Por consiguiente, hacer la incisión horizontalmente, en la parte baja de la colección.



Figura 24
INCISION HORIZONTAL de abscesos de las parótidas

Cura de la miositis tropical

anestesia

Ver página 29

cura de una miositis

2

Ejemplo : miositis del cuádriceps

Infección, más vaciado purulento en vaina muscular.

En la primera fase, cuando el músculo está hinchado, caliente y es doloroso, se puede confiar en que el tratamiento médico reabsorba la infección : inmovilización, anti-inflamatorios (*Indometacina* : 75 mg/d distribuidos en 3 tomas x 5 días), antibioterapia (*ampicilina* : 4 g para un adulto distribuidos en 4 tomas durante 24 horas x 7 días).

Indicaciones

Cuando hay una colección de pus, el diagnóstico no es siempre evidente. Se practica entonces una punción exploradora con una jeringa y una aguja de gran calibre para extraer el pus (Figura 25).

Material

El mismo que para el absceso.

Técnica

(Figuras 25, 26, 27, 28, 29)

- Incisión amplia, respetando los ejes vásculo-nerviosos, incisión de la piel con el bisturí, así como de las aponeurosis musculares.
- Dilaceración de las fibras musculares con la pinza dentada (Kelly) o con las tijeras de punta redonda, introducir las cerradas en el músculo y volver a subirlas suavemente, abriéndolas ligeramente hasta la cavidad purulenta.
- Exploración y eliminación del pus con el dedo con hundimiento de las adherencias y neocavidades.
- Lavado abundante con la solución de *clorhexidina* (+ *cetrimida*) (ver cuadro página 7).
- Si es posible, contraincisión en el punto más bajo del absceso, bajando con el bisturí, sobre el dedo profundamente introducido en la cavidad.
- Pasar un drenaje por las dos heridas así creadas.
- El drenaje ha de ser fijado con un punto de sutura sobre uno de los bordes de la herida y retirado hacia el 5º día.

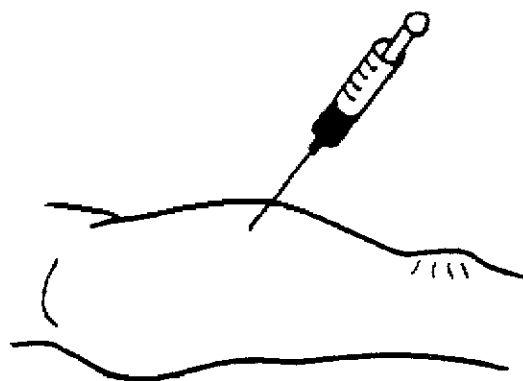


Figura 25
PUNCION EXPLORADORA



Figura 26
INCISION AMPLIA

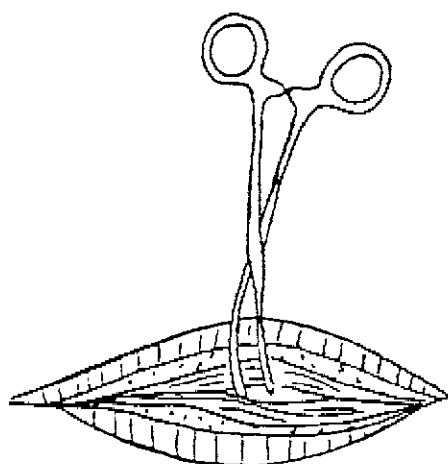
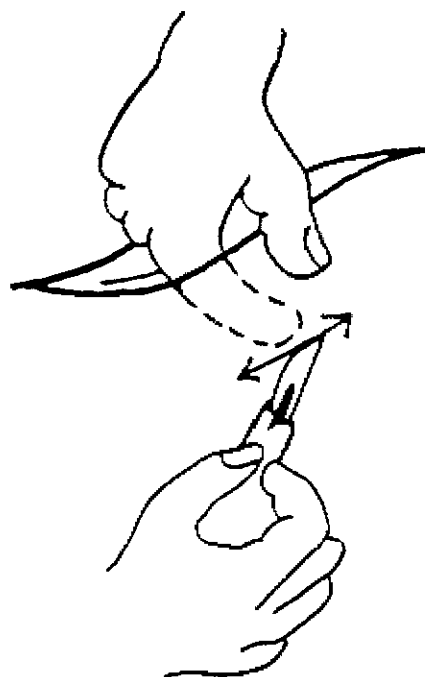


Figura 27
DILACERACION DEL MUSCULO con la pinza de Kelly introducida cerrada y subida ligeramente abierta



2

Figura 28
CONTRAINCISION con el bisturí sobre el dedo introducido en la cavidad

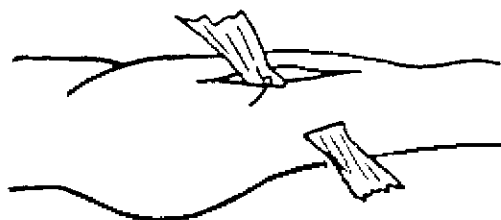


Figura 29
DRENAJE que sale por las dos heridas

caso particular de miositis del psoas

Es el mismo tipo de tratamiento que para una apendicitis aguda ilíaca derecha, cuando la miositis se halla evidentemente a la derecha.

Al principio, la técnica de tratamiento quirúrgico comporta las mismas etapas que la apendicectomía hasta llegar al peritoneo, y son únicamente ellas las que dictan el diagnóstico.

Por consiguiente, hay que prever en este caso preciso, la posibilidad de efectuar una apendicectomía.

En el caso de una miositis del psoas, una vez alcanzado el peritoneo, hay que desprenderlo suavemente y no abrirlo y así llegar por detrás al psoas. La abertura de la vaina (tijeras de punta redonda introducidas cerradas, después sacarlas ligeramente abiertas) da salida a un chorro de pus. Lavado y drenaje como en cualquier absceso.

Infecciones de la mano y dedos

panadizo

| Toda infección de un dedo es un panadizo.

Indicaciones

A veces, la antibioterapia recetada a tiempo, en la fase de invasión, permite evitar la fase de maduración y, por lo tanto, la incisión, corriendo el riesgo de tan sólo retrasar esta última.

La mayoría de las veces se encuentra al enfermo en la fase de colección.

2

panadizo superficial

Material

Bisturí, tijeras finas de punta roma, pinzas para disecar sin dientes, guantes y campo jenetado (o con agujero) estéril, lo necesario para la anestesia local.

Anestesia

Figura 30

Local con *lidocaína*, al 1 % troncular, lejos del absceso o bien *cloruro de etilo*.

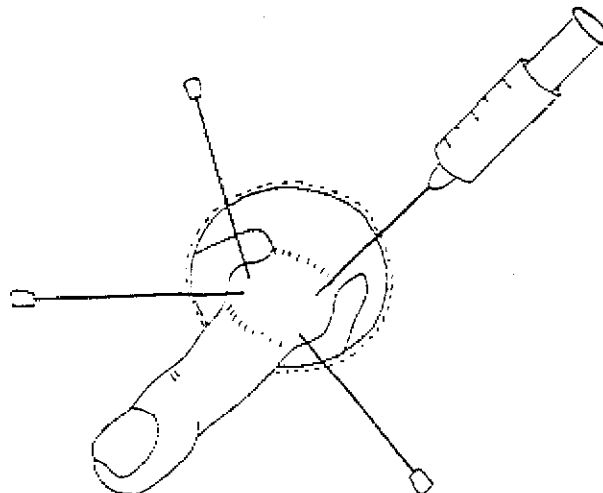


Figura 30

Anestesia troncular, lejos del centro - NO UTILIZAR JAMAS TORNIQUETES

Técnica

- Panadizo del engaste de la uña (Figuras 31 - 32)

Levantarse y desprender el borde lateral de la uña con el bisturí en toda la longitud del bulto latero-ungueal rojo y edematoso ; saldrá pus. Apósito húmedo cotidiano.

- Panadizo subungueal (Figura 33)

La uña está levantada debido a una separación entre la uña y la punta del dedo. Incisión en triángulo de la punta del dedo y de la yema, excisión de todos los tejidos blandos afectados. Apósito húmedo cotidiano.

- Panadizo periungueal (Figura 34)

El contorno y la base de la uña están despegadas a causa del absceso (panadizo). Incisión de la piel de la base de la uña en la prolongación de los bordes de la uña y despegue de la piel y la base de la uña, que cubría el absceso. Sin embargo, dejar la parte superior que protegerá la falangeta y acelerará la cicatrización. Apósito húmedo cotidiano.

- Panadizo "antracoidal" o dorsal superficial (Figura 35)

Casi siempre se encuentra en la primera falange (suele haber pelos). Resección con el bisturí y apósito húmedo cotidiano.

En este caso, hay que evitar cualquier difusión y riesgo de alcanzar el tendón exterior con antibioterapia (*ampicilina* : 4 g/d para los adultos, distribuidos en 4 tomas durante un mínimo de 5 días por ejemplo).

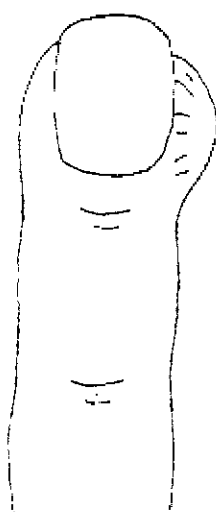


Figura 31

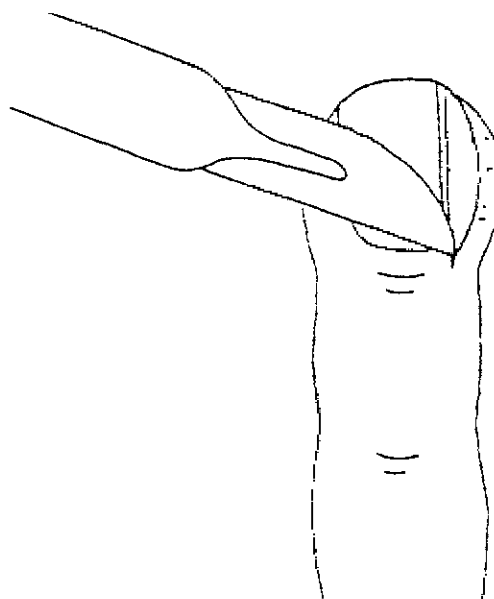


Figura 32

PANADIZO DEL ENGASTE
Despegar con el bisturí

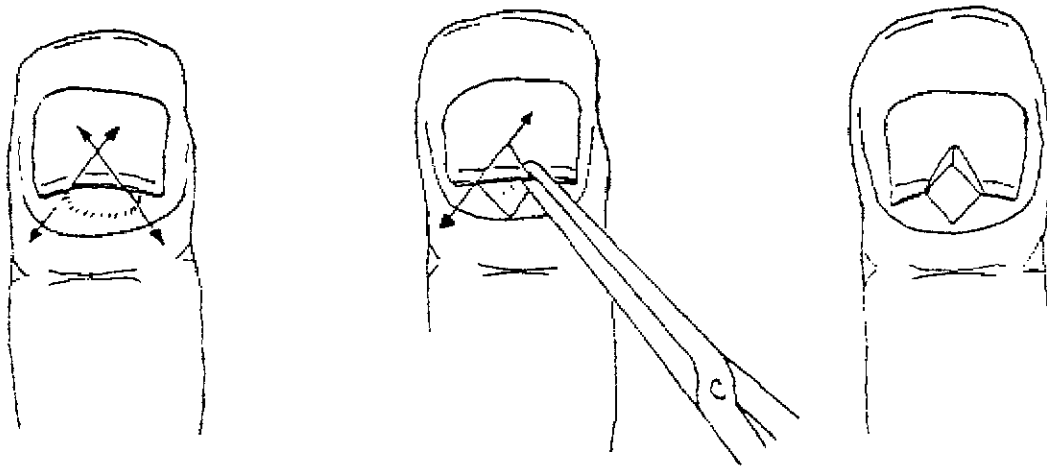


Figura 33 : PANADIZO SUBUNGUEAL
Incisión triangular y excisión de los tejidos blandos

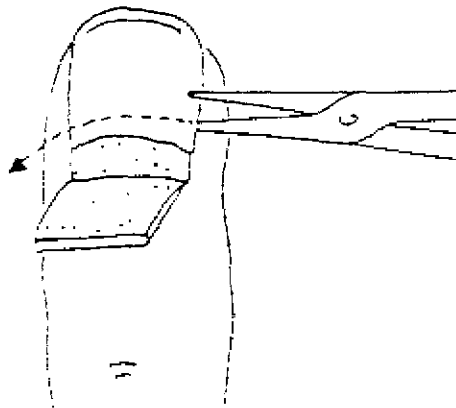


Figura 34 : PANADIZO PERIUNGUEAL
Hacer una incisión y despegar la piel de la base y resección de una parte de la uña

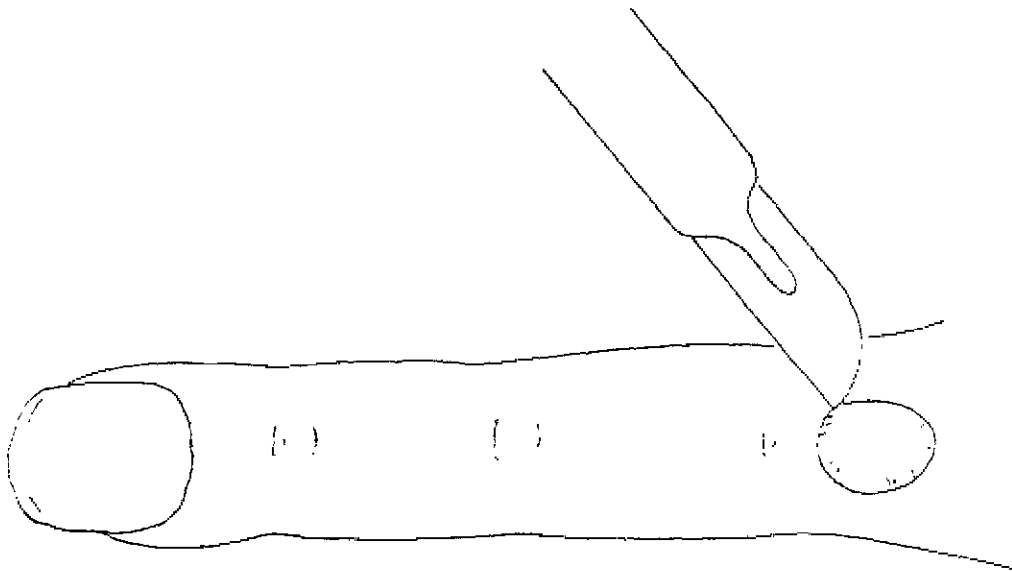


Figura 35 : PANADIZO DORSAL SUPERFICIAL
Incisión, limpieza, cura y antibióticos

panadizos subcutáneos

- **Panadizo de la yema : panadizo más profundo** (Figuras 36, 37)

Una o dos incisiones laterales en la unión de las caras dorsal y ventral de la falange para evitar paquetes vásculo-nerviosos. Limpieza y drenaje con una lámina pequeña durante dos días. Apósito húmedo cotidiano.

- **Panadizo de las dos primeras falanges** (Figuras 38, 39)

Una o dos incisiones laterales, ligeramente dorsales que enlacen la cima de las comisuras para evitar el paquete vásculo-nervioso. Apósito húmedo cotidiano.

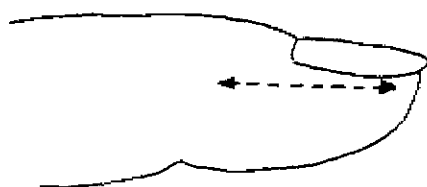


Figura 36
Trazado de la incisión
por panadizo de la yema

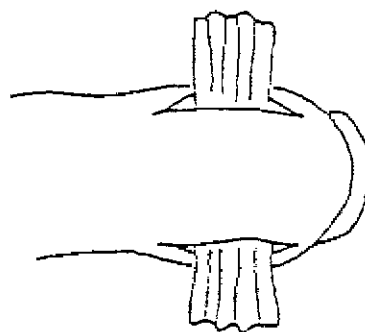


Figura 37
Drenaje con una lámina



Figura 38
Trazado de la incisión del panadizo P1 ó P2 de la cara palmar reuniendo la parte superior de las comisuras

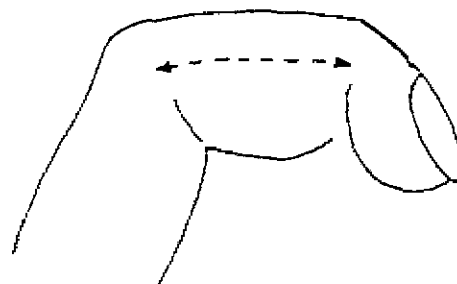


Figura 39

Osteitis de la falangeta

Se advierte por la existencia de una fístula inextinguible, o bien por un contacto óseo cuando se practica una incisión de drenaje que denota la presencia de un secuestro. En el caso de una eventual resección hay que cortar el mínimo posible, nunca amputar.

Antibioterapia prolongada, con fuertes dosis (*ampicilina* : 4 g/d para los adultos, durante varias semanas, 4 como mínimo).

Inmovilización sobre una tablilla, en flexión.

2

tenosinovitis digital

Figuras 40, 41

Colección de pus en la vaina de un tendón flexor del dedo.

Diagnóstico

Dolor en todo el dedo y posición en forma de gatillo.

Material

Caja de "cirugía básica" (ver anexo 1, página 151).

Anestesia

Total (*ketamina*), o local-regional (ver página 29).

Técnica

(Figuras 42, 43, 44)

- Al principio, incisión palmar vertical de 2,5 cm de la palma a nivel de la cabeza del metacarpiano.
- Separar y proteger los paquetes vásculo-nerviosos.
- Se reconoce el fondo del saco de la vaina dilatada que debemos incidir por ambas partes, no tiene salida. Lavar con una solución de *clorhexidina* (+ *cetrimida*) (ver cuadro página 7).
- Introducir una pinza curva en la incisión hasta la piel de la cara dorsal donde se efectúa una contraincisión con el bisturí.
- Pasar una lámina de drenaje por las dos incisiones. Esta lámina se retirará cuando desaparezca el edema.
- Inmovilización sobre tablilla y antibioterapia (*ampicilina* : 4 g/d para los adultos distribuidos en 4 tomas y durante al menos 8 días, por ejemplo).
- Cura cotidiana.

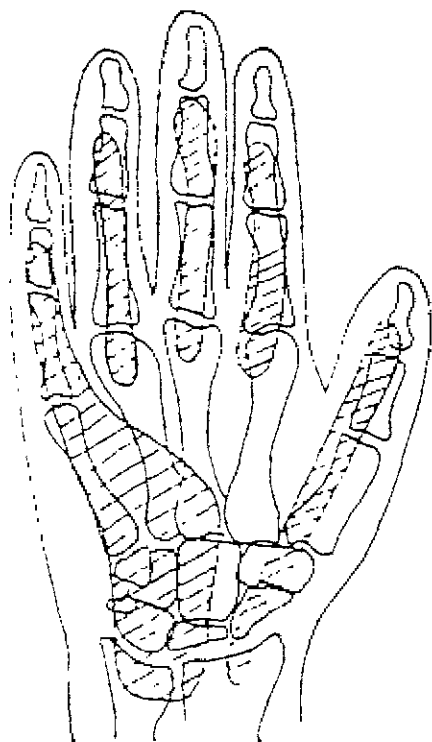


Figura 40
Esquema de vainas sinoviales
y de tendones flexores



Figura 41
El pus se acumula en la parte
superior de la vaina del flexor

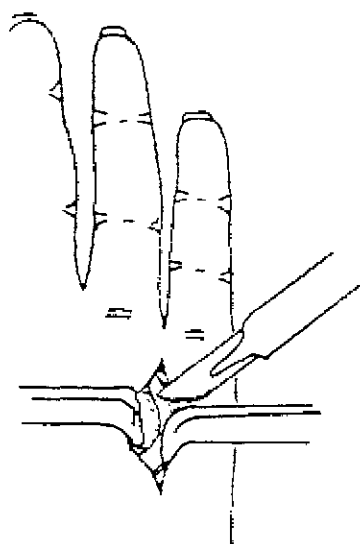


Figura 42
Incisión palmar de 2,5 cm sobre la cabeza del metacarpo, protección del paquete
vasculo-nervioso con el separador de Farabeuf, incisión de la extremidad inferior

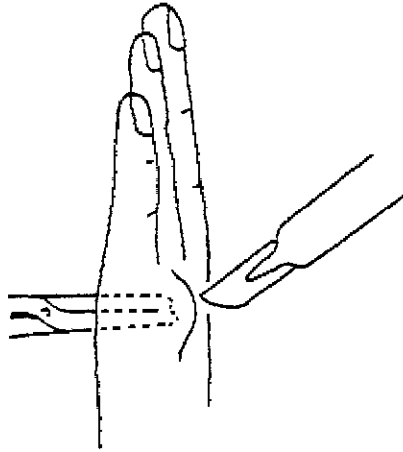


Figura 43

Introducir una pinza en la herida hasta la cara dorsal de la mano y practicar una contraincisión

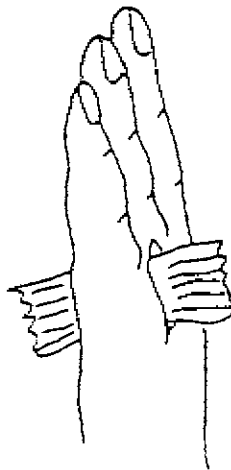


Figura 44

Pasar una lámina a través de las dos incisiones