



Técnicas de sutura.

Guillermo Zárate¹, Sofía Piña², Alejandro Zarate¹.

¹Docente de cirugía de la Escuela de Medicina, Universidad Finis Terrae.

²Alumna de la Escuela de Medicina, Universidad Finis Terrae.

Introducción.

Uno de los principales procedimientos de médicos generales, o especialidades derivadas de la cirugía es la realización de una sutura. Hoy en día hay múltiples opciones en cuanto a instrumentos y posibilidades para realizar una sutura, desde una sutura realizada en una herida cortante sin mayor dificultad, a suturas realizadas en procedimientos laparoscópicos o robóticos que requieren de entrenamiento especial.

En este capítulo, el objetivo principal será entregar las bases del conocimiento para realizar una correcta técnica de sutura de heridas no complejas.

Preparación del campo quirúrgico.

Si bien hay condiciones estándares de un campo quirúrgico, el médico puede necesitar adaptar estas condiciones según el requerimiento de cada paciente y situación particular.

Previamente es importante haber realizado una correcta anamnesis y examen físico general y específico de la zona de la herida. Hay que corroborar situaciones relacionadas a posibles reacciones a anestésicos locales y materiales de sutura que haya sido utilizados previamente ⁽¹⁾.

Posteriormente, hay que situar al paciente en posición cómoda que exponga adecuadamente el área a suturar, asegurando buena iluminación de la misma. En este punto hay que chequear que los instrumentos a necesitar se encuentren disponibles ⁽²⁾.

Luego hay que proceder a anestésiar la zona de la herida, esto se realiza de forma clásica con:



Lidocaína 0,5 - 1% o, Bupivacaína 0,25 - 0,5% combinada con una dilución 1:100.000 o 1:200.000 de adrenalina ⁽³⁾.

Sus dosis varían según el peso del paciente ⁽²⁾.

No utilizar adrenalina en zonas con riesgo de necrosis tisular secundario a vasoespasmo. Estas son: Dedos de manos o pies, orejas, nariz y pene ⁽³⁾.

Posterior a la anestesia de la zona de la herida el médico procede a irrigar y limpiar la herida, clásicamente con suero fisiológico 0,9%. Esto se puede realizar aplicando directamente o con una jeringa ⁽⁴⁾. En términos de eficacia para remover se sugiere la irrigación a mayor presión que se logra mediante la aplicación con el chorro de una jeringa.

Teniendo la herida anestesiada y con una limpieza adecuada, se procederá a la limpieza del área circundante a la herida con el uso de clorhexidina (o povidona yodada) para lo cual se sugiere pincelar la zona con una esponja mediante círculos concéntricos desde el centro al exterior del área alrededor la herida ⁽⁵⁾.

Luego instalar un campo quirúrgico, para reevaluar la herida para observar posibles hematomas o puntos sangrantes, lo que pueden requerir hemostasia con puntos hemostáticos.

Luego evaluar los bordes de la herida, para lo cual puede ser necesario desbridar los bordes de la herida que sean irregulares, necróticos, macerados o en bisel, para obtener un borde más adecuado para el afrontamiento de los tejidos ⁽²⁾⁽³⁾.

Materiales para la sutura.

Uno de los puntos fundamentales para poder realizar una sutura es contar con el material correcto. Al respecto los instrumentos que se deben conocer son, básicamente, los siguientes:

Portaagujas: Es un instrumento que permite tomar la aguja en la parte distal del instrumento, y la aguja se fija en una posición, para evitar el desplazamiento de la misma al pasar el punto.

Lo clásico es tomar el portaagujas por sus anillas, con el dedo pulgar y anular, para que el dedo medio e índice pueda dar mayor estabilidad y fijar la posición del instrumento (figura 1).

En tamaño del portaagujas variará según la zona a suturar. Para los casos de suturas de heridas en extremidades (que estén en superficie) se sugiere utilizar un instrumento entre 12 a 15 cm.

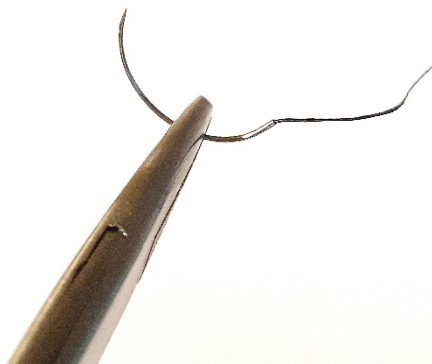


Figura 1. Forma correcta de sujetar el portaagujas.



Aguja: Debe ser tomada entre el tercio medio y posterior mediante el portaagujas (figura 2). Esta debe ingresar a la piel en un ángulo de 90° para un correcto paso a través del borde de la herida ⁽⁵⁾.

Figura 2. Forma correcta de tomar la aguja.

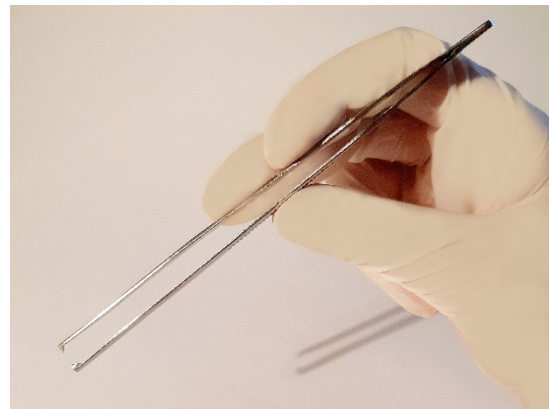


Pinzas de disección: Se deben sujetar como un lápiz, es decir, el pulgar sobre la superficie de sujeción de un mango y los dedos índice y tercero en la superficie de sujeción del otro mango. Generalmente el portaagujas se toma con la mano más hábil y la pinza con la menos hábil.

Se utilizan para sujetar y traccionar tejidos o materiales quirúrgicos.

Pinzas de Adson (figura 3) con dientes se utilizan para manejar la piel, mientras que las sin dientes se usan para retirar puntos de sutura ⁽⁵⁾. Se recomienda manipular siempre la piel con una pinza con dientes, ya que generan menor trauma y heridas por aplastamiento ⁽²⁾⁽⁴⁾.

Figura 3. Pinza de Adson con dientes. Forma correcta de tomar las pinzas de Adson.





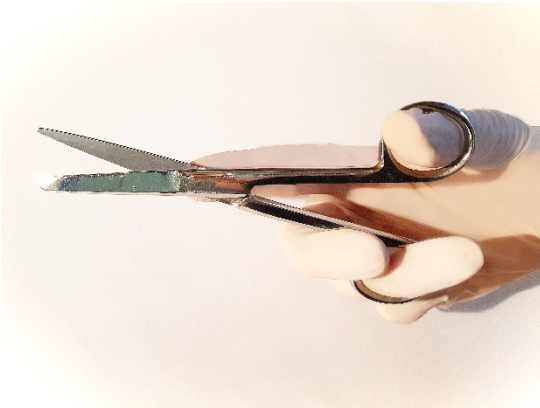
La mordaza de la pinza se debe cerrar en la hipodermis o fascia subcutánea, evitando la epidermis y la dermis. Así se estabiliza el borde de la herida y se evita el daño de la epidermis y dermis ⁽⁴⁾.

Tijeras: Generalmente se utilizan introduciendo el dedo pulgar y el anular en las anillas del instrumento (figura 4).

.- De corte o de Mayo: Utilizadas para cortar los materiales, como hilos.

.- De disección o de Metzenbaum: Utilizadas para la disección de tejidos.

Figura 4. Forma correcta de tomar las tijeras de Mayo.



Tipos de sutura.

Punto simple.

El punto más utilizado en los servicios de urgencia y por médicos generales es el punto simple (figura 5).

En este punto:

.- La aguja se debe poner en un ángulo de 90° en relación a la piel, se puede traccionar la piel con una pinza para su mejor exposición. Luego la aguja debe traspasar desde epidermis hasta hipodermis hasta sacar la aguja. Este movimiento debe seguir el arco de la aguja para evitar traumatizar los tejidos.

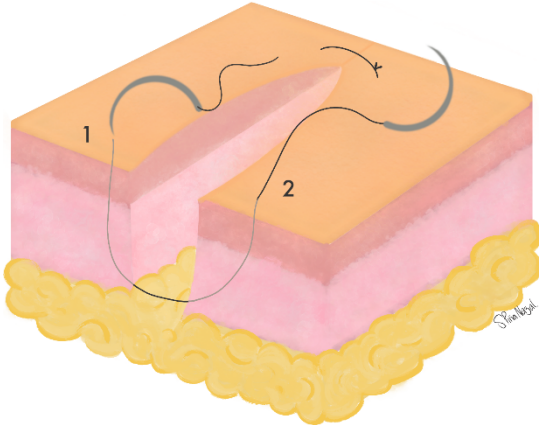
Se debe insertar la aguja a 3 - 5 mm del borde de la herida ⁽²⁾, procurando que el movimiento/punto sea tan ancho como profundo⁽⁶⁾.

Luego se puede tomar nuevamente la aguja con una pinza para pasar el punto en dos tiempos o se puede continuar pasando la aguja por la otra parte de la herida. En el borde contralateral se debe ingresar la aguja al mismo nivel de profundidad, traspasando desde hipodermis a epidermis, sacando la aguja a la misma distancia donde se ingresó en el punto inicial. Luego de toma la aguja y tracciona el hilo, para poder proceder a realizar un nudo para cerrar el punto ⁽²⁾.

Si una herida requiere más de un punto, se sugiere mantener una distancia aproximada de 1 cm entre dos puntos ⁽¹⁾.



Figura 5. Fases del punto simple.



Punto Blair Donati.

También conocido como punto Donati, en este tipo de punto se logra una mayor aposición de los tejidos al compararlo con el punto simple.

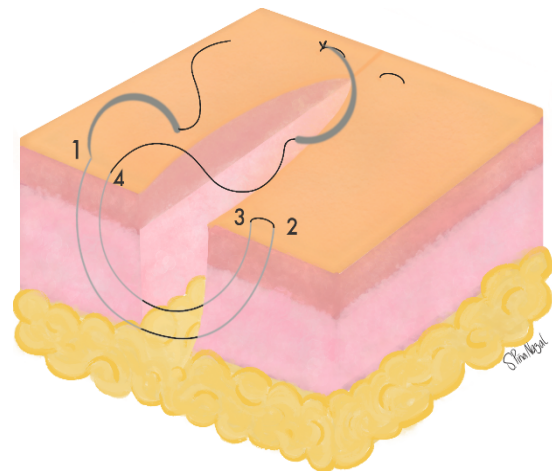
La aguja se inserta en un ángulo de 90° en relación a la piel, a una distancia de 7 a 10 mm del borde de la herida, la aguja debe traspasar desde la epidermis hasta la profundidad de la herida, siguiendo el movimiento del arco de la aguja hacia el centro de la herida. En el borde contralateral se debe insertar la aguja al mismo nivel de profundidad y sacarlo a la misma distancia en la que entró el punto inicial.

Luego se retoma la aguja con el portaagujas, apuntando la punta hacia el centro de la herida, y desde el último borde se inserta nuevamente la aguja en la misma línea del punto.

No obstante, esta vez el punto se inserta más cercano al borde de la herida, a aproximadamente 3 a 5 mm del borde y con menor profundidad en la dermis. Posteriormente se inserta la aguja en el otro borde al mismo nivel de profundidad desde la dermis hasta epidermis, sacando la aguja a una distancia de 3 a 5 mm del borde de la herida. Finalmente, se tracciona el hilo, hasta lograr una correcta tensión y se anuda⁽²⁾.

A modo de síntesis, este punto está constituido por un punto lejano y profundo junto a un punto cercano y superficial (figura 6).

Figura 6. Fases del punto Blair Donati.





Suturas continuas.

Punto simple continuo.

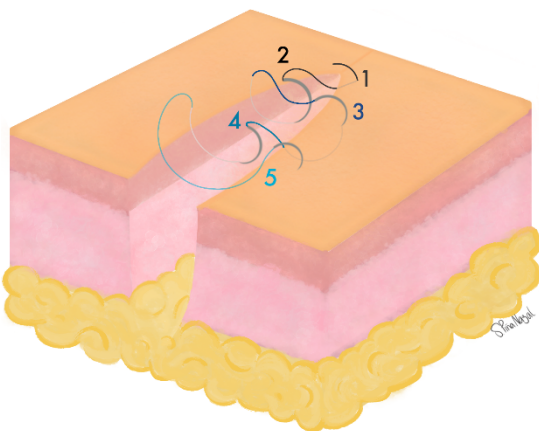
En una herida que requiera de varios puntos, una alternativa a la realización de múltiples puntos separados es la realización de una sutura continua.

Esta es una sucesión de puntos simples a lo largo de los bordes de la herida (figura 7), sin embargo, no se debe anudar la sutura al finalizar cada punto, sino que se anuda en el borde inicial y final de la herida.

Los puntos deben mantener una distancia entre 8 a 10 mm aproximadamente, siendo equidistantes en la distancia al borde de la herida ⁽⁶⁾.

Un punto a considerar en este tipo de suturas es la mantención de una tensión adecuada.

Figura 7. Fases del punto simple continuo.



Punto Intradérmico.

Este tipo de punto si está bien indicado para la herida, presentar por lo general una mejor cicatrización en términos estéticos.

En este punto se logra una mejor aposición de los bordes de la herida (figura 8).

Hay diferentes técnicas en su realización:

.- Si los extremos de las suturas saldrán de la piel debe utilizarse un material monofilamento no reabsorbible.

.- Si la sutura se anuda al interior de la herida, se debe utilizar un material reabsorbible ⁽⁶⁾.

En extremo de la herida, se inserta la aguja con un ángulo de 90° en relación a la piel a una distancia cercana a 1 cm del vértice de la herida, desde epidermis hasta la dermis, siguiendo el movimiento del arco de la aguja hacia el centro de la herida y se extrae la aguja. Luego con ayuda de una pinza se tracciona un borde de la herida y se inserta la aguja a nivel de la dermis, de forma paralela a la epidermis y se extrae a 5 mm distal a la inserción en la dermis.

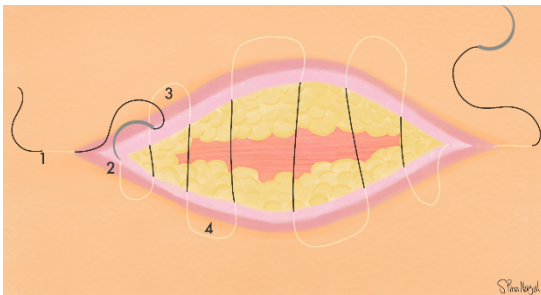
Posteriormente, se tracciona el borde contralateral de la herida con una pinza y se inserta la aguja a la misma altura de salida del punto anterior.



La aguja debe insertarse a nivel de la dermis y en forma paralela a la epidermis, siempre siguiendo con el movimiento el arco de la aguja, se extrae la aguja a 5 mm distal a la inserción también en la dermis.

Lo anterior se repite, siempre con la sutura tensión adecuada, hasta avanzar al otro ángulo de la herida en donde se atraviesa desde la dermis hasta la epidermis, quedando 2 colas de la sutura. Finalmente, con ambas manos se tensan los extremos de las suturas hacia los laterales cerrando la herida. Luego se atan las colas de las suturas sobre sí mismas, formando una doble lazada para asegurar el nudo⁽²⁾.

Figura 8. Fases del punto intradérmico.





Referencias.

1.- *Tapia Jurado J. Manual de procedimientos médico - quirúrgicos para el médico general. J Vis Lang Comput. 2005; 11: 55.*

2.- *González-cely AM, Miranda-díaz A, Alviar JD. Principios en técnicas de suturas de piel: una guía para estudiantes. Rev Médicas UIS. 2018; 31: 65-76.*

3.- *Siqueira AJB, Machado GF, Costa J do C, Branco L de F, Montessor M, Nonato S de O, et al. Schwartz Principios de Cirugía. Décima. Vol. 53, Journal of Chemical Information and Modeling. 2019. 1689-1699.*

4.- *Trott AT. Heridas y Cortes. Tratamiento y Sutura de Urgencia. J Vis Lang Comput. 2559; 11: 55.*

5.- *Blanco JMA, Fortet JRC, Olaso AS, Pata NR. Cirugía menor y procedimientos en la consulta del centro de salud. Semer Med Gen / Fam. 27(7):362-75.*

6.- *J.M. Arribas Blanco, J.R. Castelló Fortet, N. Rodríguez Pataa ASO y MMG. Suturas básicas y avanzadas en cirugía menor (III). Debate. 1998; 28(III): 59.*