

GUÍA DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

ANESTESIA LOCAL

SUTURA

CIRUGÍA MENOR DE LA UÑA

- UÑA INCARNATA
- EXTIRPACIÓN DE LA UÑA
- EXTIRPACIÓN MATRIZ UNGUEAL
- PANADIZO

ABSCESO CUTÁNEO

QUISTE EPIDERMOIDE O SEBÁCEO

DERMATOFIBRA

FIBROMA PÉNDULO

EXTIRPACIÓN DE NEVUS

EXTIRPACIÓN DE VERRUGAS

QUERATOSIS SEBORREICA

QUERATOSIS ACTINIA

MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

LIPOMA

ANESTESIA LOCAL

La realización de una cirugía menor confortable y segura precisa la utilización de anestésicos locales (AL). Actúan a nivel de los axones bloqueando la propagación del potencial de acción en los canales de sodio, logrando así un bloqueo reversible de la conducción de los impulsos nerviosos.

La estructura química de estos fármacos consta de un anillo aromático y un grupo amina. Según el tipo de cadena que une ambos componentes dividimos a los AL en dos grupos: ésteres y amidas. Debido a sus riesgos potenciales (mayor probabilidad de reacciones alérgicas y de sobredosificación), los ésteres se reservan para su uso en formulaciones tópicas. Las amidas excepcionalmente producen alergia real. De ellas las más usadas en atención primaria son: la lidocaína, mepivacaína o la bupivacaína.

ANESTÉSICOS LOCALES MÁS USADOS EN CM				
AGENTE	INICIO ACCIÓN	DURACIÓN	DOSIS MÁXIMA	NOMBRE COMERCIAL
LIDOCAÍNA (solución al 1%)	Rápido (= 1 minuto)	Intermedia (30-60 minutos)	Sin adrenalina: 300mg (30ml) (4mg/kg) Con adrenalina: 500mg (50ml) (7mg/kg)	Lincaína® Anestecidan® Cidancaína® Xylonibsa®
MEPIVACAÍNA (solución al 1 y 2%) (de elección)	Rápido (3-5 minutos)	Intermedia (30-60 minutos)	(1%) Sin adrenalina: 300mg (30ml) (5mg/kg) (1%) Con adrenalina: 500mg (50ml) (7mg/kg)	Scandicaín® Scandinibsa®
BUPIVACAÍNA (solución al 0,25%)	Intermedio (>5 minutos)	Larga (1-3 horas)	Sin adrenalina: 175mg (70ml) (3mg/kg) Con adrenalina: 225mg (90ml) (3mg/kg)	Svedocaín®

Las dosis recomendadas son referidas a adultos. En niños se aconseja el uso de lidocaína al 1% sin superar las dosis de 1,5 mg/Kg (sin adrenalina) o de 3-4 mg/Kg (con adrenalina).

En cirugía menor podemos utilizar básicamente **tres tipos de anestesia**:

ANESTESIA TÓPICA

Se puede aplicar sobre mucosas o piel.

Aplicación en mucosas

Existen formulaciones de anestésicos locales en solución, gel o colirio, que producen una anestesia de corta duración suficiente para pequeños procedimientos (drenaje de un orzuelo, sutura de pequeñas laceraciones orales, sondaje urológico, etc.).

Aplicación en piel

Existen cremas de anestésicos locales (EMLA®) que pueden insensibilizar aceptablemente en 30-40 minutos zonas de piel poco queratósicas. Es útil en niños (ante procedimientos como la punción lumbar o la sutura de heridas) o en adultos con fobia real a las agujas y punciones. Otra forma de anestesia tópica, más utilizada que las cremas, es el aerosol refrigerante de cloruro de etilo (Cloretilo®). Estos aerosoles consiguen una anestesia cutánea eficaz de muy breve duración (un minuto) por enfriamiento. Su aplicación se hace vaporizando el área a anestesiarse durante 5-6 segundos hasta su blanqueamiento y procediendo inmediatamente a una intervención rápida (afeitado, punción, etc.). Puede combinarse con anestésicos por infiltración vaporizando con Cloretilo® previamente a la aplicación de éstos últimos.



Figura 2

Anestesia local intradérmica

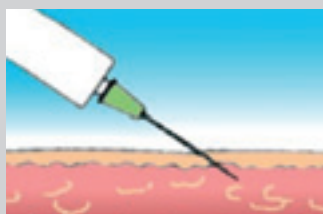


Figura 3

Anestesia local subcutánea

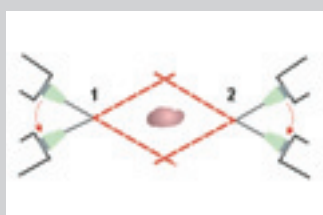


Figura 4

Infiltración angular (doble punción)

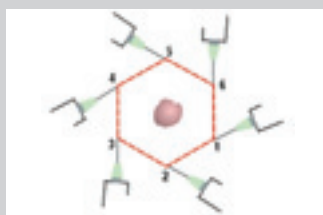


Figura 5

Infiltración perifocal

ANESTESIA POR INFILTRACIÓN

Donde el agente anestésico se infiltra extravascularmente mediante una o múltiples inyecciones en los tejidos cutáneo y subcutáneo de la zona a intervenir. Es la técnica más común para la CM de territorios no distales.

Se hace primero la *infiltración del primer habón anestésico*. Para esto usamos una aguja de punción subcutánea (naranja), con la que conseguimos una zona de piel insensible sobre la cual podemos introducir agujas más gruesas y largas. Esta primera punción puede aliviarse realizando previamente una aplicación de Cloretilo®. Puede resultar asimismo menos dolorosa si la punción se realiza acercando la piel pellizcándola entre dos dedos. Realizamos entonces una infiltración que, según su profundidad, puede ser intradérmica o subcutánea (menos doloroso) con 1-2 ml de anestésico.

A continuación realizamos la *infiltración subcutánea del área quirúrgica completa*. A través del primer habón puede introducirse (si es preciso) una aguja más gruesa y larga, infiltrando repetidamente pequeñas cantidades de anestésico a medida que se avanza o retira la aguja. Con cada inserción de la aguja es conveniente aprovechar toda su longitud. Una vez realizada la infiltración conviene esperar 2-3 minutos mientras se da un suave masaje sobre la zona con una gasa, para ayudar a la difusión de la anestesia y dar tiempo a que sea efectiva.

Hay varios patrones para realizar esta infiltración (figuras 4 y 5):

ANESTESIA TRONCULAR (por bloqueo nervioso regional)

Donde el agente anestésico se infiltra en algún punto del trayecto del nervio cutáneo con lo que se insensibiliza distalmente todo el territorio dependiente.

Tiene las ventajas de permitir anestésicar grandes superficies corporales con mínimas cantidades de anestésico, no producir tumefacción de la zona, poseer un efecto anestésico prolongado y, además, evitar la manipulación de zonas dolorosas antes de su intervención.

Como desventajas debemos señalar que existe la posibilidad de producir daño neural (traumático o químico), tiene un inicio de acción algo más lento (8-10 minutos) y aumenta el riesgo de inyección intravascular dada la proximidad de arteria y vena al nervio.

En A.P. es de especial interés la utilización del bloqueo digital para las intervenciones de los dedos de manos y pies (sutura de laceraciones, tratamiento de la uña *incarnata*, panadizos, etc.).

El uso de un vasoconstrictor junto con el agente anestésico prolonga y aumenta su efecto anestésico, aunque el inicio del efecto es algo más lento. Además de lo referido ofrece la ventaja de facilitar el acto quirúrgico al minimizar el sangrado y también de hacer menor el riesgo de toxicidad sistémica del anestésico.

Las desventajas que tiene su utilización son: produce irritación tisular al infiltrar (por su bajo pH), el riesgo de espasmo prolongado y una posible estimulación simpática cardiovascular y del SNC.

Como contraindicaciones tenemos:

1. No debe usarse anestesia con vasoconstrictor en zonas acras (dedos, oreja, nariz, párpados o pene).
2. No debe aplicarse en pacientes con vasculopatía periférica, HTA, coronariopatía, diabetes ni en gestantes.
3. no debe asociarse con el uso de IMAO, beta-bloqueantes, antidepresivos tricíclicos ni fenotiacidas.

El agente de elección es la adrenalina a concentración al 1:100.000. Existe en soluciones comerciales combinadas con el anestésico local. Tienen el inconveniente de ser más dolorosas al infiltrar que el anestésico solo. Como alternativa indolora y disponible en cualquier medio, tenemos la posibilidad de preparar una dilución adecuada del vasoconstrictor (0,1 ml de la adrenalina comercial al 1:1.000 en 10 ml de suero fisiológico). Con esta solución podemos infiltrar el área que deseamos isquemizar después de haber anestesiado la zona. En cualquier caso no debe excederse la dosis de 0,5 mg de adrenalina.

EFFECTOS ADVERSOS Y COMPLICACIONES

Locales

Las complicaciones más frecuentes son la aparición de dolor, formación de equimosis o hematomas, la lesión de un tronco nervioso o de la estructura subcutánea.

Para evitarlas debemos explicar al paciente lo que se le va a hacer y lo que va a sentir (sensación de "ardor" o "pinchazo"); utilizar agujas no muy gruesas ni muy cortas; realizar la punción cuidadosamen-



Figura 6

te infiltrando el anestésico lentamente con el menor volumen de anestésico posible; si al realizar bloques nerviosos interdigitales el paciente refiere dolor, se debe detener la inyección y cambiar ligeramente la posición de la aguja (retirar despacio hasta que no duela); hay que tener mucho cuidado con la inyección intravascular, dada la proximidad de la arteria y vena al nervio en estas zonas (se debe aspirar antes de inyectar).

Sistémicas

Pueden ser básicamente de tres tipos: reacción alérgica, toxicidad por sobredosis y las más frecuentes que son las reacciones psicógenas.

Las *reacciones alérgicas* son excepcionales con los anestésicos recomendados (amidas). La clínica es la típica: picor, urticaria, eritema, tos, disnea, náuseas, vómitos, diarrea; cuando es grave, aparece broncoespasmo, edema de glotis, hipotensión y shock. *Tratamiento*: si son leves poner adrenalina SC 0,3- 0,5 mg, repetible cada 20 minutos. Si es grave avisar para traslado a una UVI, oxígeno adrenalina IV diluida (0,5 mg c/5-10 minutos).

Intoxicación por sobredosis: puede ser absoluta (poner más dosis de las recomendadas para cada AL) o relativas (por inyección intravascular del AL). Se producen síntomas derivados de la toxicidad cardiovascular y sobre el SNC.

SÍNTOMAS DE LA INTOXICACIÓN POR SOBREDOSIS DE AL

SNC (clínica más precoz de intoxicación)

- Leve: acúfenos, sabor metálico, parestesias, náuseas, vómitos, vértigo, inquietud
- Moderada: nistagmus, alucinaciones, fasciculaciones, temblor de manos y convulsiones
- Grave: apnea y coma

Cardiovascular

Hipotensión, arritmias, colapso circulatorio, parada cardiaca en asistolia.

Tratamiento de la intoxicación por sobredosis leve - moderada - grave

Administrar 1-2 mg de diazepam IV diluido en 10cc de suero salino y oxígeno. Si es grave: avisar para traslado a UVI, oxígeno, diazepam IV (0,1 mg/kg) aumentando dosis de 5 en 5 mg, lentamente.

Reacción psicógena: es la más frecuente de las reacciones adversas que se producen en CM. Son reacciones vaso vagues producidas por ansiedad o dolor. Pueden ser de intensidad variable, llegando incluso al síncope. Se tratan con posición de Trendelenburg, tranquilizando al paciente. A veces es necesario el uso de fluidoterapia y atropina (1 amp IV).

MEDIDAS PARA PREVENIR COMPLICACIONES EN CM

- No sobrepasar las dosis (cargar personalmente la jeringa). Esperar el tiempo necesario para el efecto anestésico.
- Preguntar por alergias (intervenciones previas, procedimientos dentales).

- Aspirar la jeringa siempre antes de infiltrar el anestésico.
- Si en el momento de la punción aparece dolor intenso, retirar la aguja y cambiar el sentido de la infiltración.
- Mantener contacto verbal con el paciente durante la intervención. Evitar comentarios inadecuados (p. ej. narración de la intervención).
- Disponer de material de RCP mínimo:
 - Ambú
 - Cánula de tráquea
 - Laringoscopio
 - Adrenalina (amps. De 1ml a 1:1000)
 - Diazepam (amps. de 2 ml con 10mg)
 - Atropina
 - Oxígeno
 - Tubos endotraqueales (varias medidas)
 - Material para perfusión endovenosa (catéteres, sistemas de goteo y solución intravenosa)



SUTURAS

CONCEPTO

Entendemos por sutura, el procedimiento que se sigue en una herida (quirúrgica o no) para poner en contacto los bordes de la misma, con el fin de que cicatrice correctamente.

OBJETIVOS

El objetivo principal de una sutura es aproximar tejidos de las mismas características para lograr una adecuada cicatrización. De esta manera se logra restablecer la continuidad de la barrera cutánea que por cualquier circunstancia ha sido alterada.

MATERIAL NECESARIO

Dividiremos este apartado en dos partes:

Materiales de sutura

Material necesario para efectuar correctamente una sutura.

El material utilizado en las suturas puede ser: natural, sintético o metálico. No obstante, desde un punto de vista práctico podemos clasificarlo como absorbible o no absorbible.

1. Suturas absorbibles son:

- Safil® es una sutura sintética absorbible a medio plazo, multifilar, trenzada e impregnada, compuesta por ácido poliglicólico puro (color violeta o incoloro). Safil® se reabsorbe por hidrólisis y aporta una absorción fiable y predecible. Período de resistencia útil de 22 a 25 días. Período de reabsorción de 60 a 90 días.
- Ácido poliglicólico (Dexon®) y Polyglactin 910 (Vycril®). Material inorgánico reabsorbible. Multifilamento. Formado por polímeros de ácido glicólico y láctico. Su degradación es por hidrólisis química, hecho que disminuye la reacción tisular de la sutura. Su reabsorción es total hacia los 90 días.
- Polidioxona (polydioxona®, PDS®) Sutura sintética absorbible. Monofilamento. Compuesto de poliéster. Se degrada por hidrólisis no enzimática. Más flexible y resistente que los anteriores. Se reabsorbe entre 180 y 190 días. Causa poca reacción tisular.

2. Suturas no absorbibles

No son degradadas por el organismo, o lo son muy lentamente, por lo que necesitan ser extraídas una vez cicatrizada la herida. Son:

- Metálicas. Tanto en hilos de acero inoxidable como en clips.
- Seda. Material natural trenzado (Seda®, Mersilk®). Pueden producir reacción tisular importante. Si se sospecha infección, se va a mantener mucho tiempo o se quiere un mejor resultado estético (p.ej. en cara), es mejor usar nailon o polipropileno. Tiene la ventaja de ser barata y de fácil manejo.
- Nailon. Material sintético (poliamida) monofilamento (Ethilon®, Dermalon®, Nylon®) o multifilamento. Son más caros y difíciles de manejar que la seda, pero producen menos reacción tisular. Posee gran elasticidad y resistencia a la tracción.
- Polipropileno. Material sintético monofilamento (Prolene®, Surgilene®, Miralene®). Produce mínima reacción tisular. Es la indicada para realizar una sutura continua intradérmica. Precisa más nudos que la seda y que el nailon. Gran resistencia a la tensión. Es la sutura recomendada en las situaciones de riesgo de infección y cuando se precise mínima reacción tisular.
- Adhesivo tisular. Recientemente se comercializa en España (en los EEUU hace unos años, desde 1995, aunque los primeros estudios clínicos fueron presentados por Coover en los años 50) el Octylcianocrilate (Dermabond®), que es un adhesivo tisular derivado de Cianocrilato y cuyos resultados parecen alentadores. En España no existen todavía estudios de su aplicación en cirugía menor.

Tanto las absorbibles como las que no lo son, tienen diferentes calibres y suelen venir montadas con las agujas correspondientes, de modo atraumático (hilo y aguja forman una unidad).

Las agujas utilizadas en la sutura suelen ser de acero con elevada resistencia a la deformación, pulidas en su superficie, microafiladas y con resistencia a la corrosión.

Tipos de agujas más usuales

- Aguja de sección triangular. Tiene dos bordes en el plano horizontal y un borde cortante en el plano vertical. Son las de elección en CM. Las agujas Tapercut son triangulares en su parte distal y cónicas en el resto de la aguja. Se usan para tejidos de resistencia intermedia.
- Aguja cilíndrica o de sección circular. No tiene ningún borde cortante y termina en una punta cónica punzante. Se suele utilizar para tejidos que ofrezcan poca resistencia, como por ejemplo, las mucosas.

En cuanto a la forma podemos indicar los dos tipos más habituales: la recta y la curva. La curva, en sus diferentes calibres y secciones, es la más utilizada hoy día. Los grados de curvatura son diferentes: 1/ 2, 3/8, 5/8, 1/ 4, de círculo. Las más utilizadas en CM son las de 3/8 de círculo. En cuanto a sus longitudes podemos decir que oscilan entre 4 y 60 mm.

A título orientativo, veamos una relación de calibre de suturas y su lugar más habitual de uso:

- Párpados: nailon, polipropileno o seda (de 6/0 a 8/0)
- Cara: nailon, polipropileno o seda (de 5/0 a 6/0)
- Tronco, piernas, brazos: seda o polipropileno (de 2/0 a 3/0)
- Pies:
 - Dorso: seda o polipropileno (2/0 a 3/0)
 - Planta: seda o polipropileno (de 0 a 2/0)
- Cuero cabelludo: seda o polipropileno (de 0 a 2/0)

- Interior de los labios, lengua, genitales: Vicryl®, Dexon® o Safil® (de 2/0 a 3/0)
- Subcutáneo: Vicryl®, Dexon® o Safil® (de 2/0 a 3/0)
- Mamas: nailon, polipropileno o seda (de 4/0 a 5/0)

PROCEDIMIENTOS DE SUTURA

Tipos de ligadura o puntos

Las suturas pueden ser continuas o discontinuas (puntos sueltos). Tanto en un caso como en el otro, se usan diferentes tipos de puntos. Sólo vamos a hacer mención a los puntos más usados; habitualmente es decir, los que se aplican en tejidos superficiales o próximos. Dentro de las discontinuas podemos destacar el punto simple (con nudo exterior y con nudo interior o invertido) y el punto en U (doble o de colchón), tanto en su variedad vertical como horizontal.

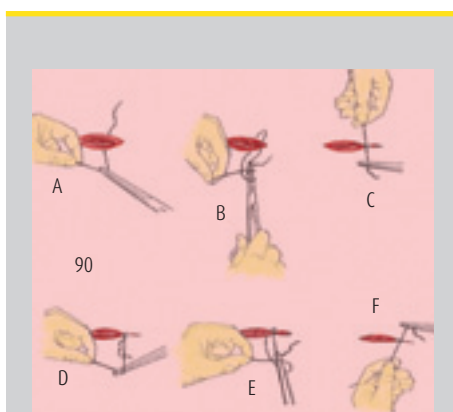


Figura 7

Punto simple. Secuencia del anudado con porta

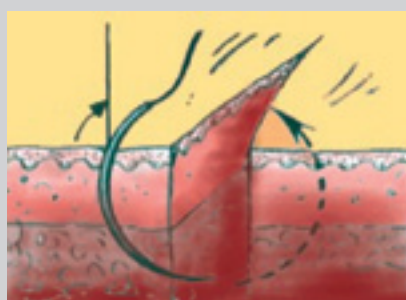


Figura 8

Introducción perpendicular de la aguja en la piel



Figura 9

Punto simple con doble vuelta

- **Punto simple.** Punto con, al menos, dos lazadas (nudo) una vez correctamente abocados los bordes de la herida. Se aplicará la tensión necesaria y suficiente para mantener los bordes unidos. El punto se comienza a dar (con mayor o menor profundidad) con la aguja perpendicular al plano de la piel, normalmente a unos 3 mm del borde inicial o primero; sacamos la aguja por la cara interna del primer labio de la herida y la volvemos a introducir por el segundo labio, de modo que venga a salir perpendicularmente a unos 3 mm por la parte externa del segundo borde; tiramos de ese extremo del hilo de sutura hasta dejar unos 7 u 8 cm de hilo en el extremo distal y anudamos.
- **Punto simple de interior.** La técnica es similar la anterior salvo en que el nudo permanecerá en el interior del tejido, lo cual nos indica que el material a utilizar en este caso debe ser una sutura absorbible. Suele utilizarse en heridas profundas para aproximar las caras internas de los bordes a suturar, y para proceder al ligado de algún vaso sangrante. Puede efectuarse tanto en plano horizontal como vertical.
- **Punto en U.** Es un punto utilizado para mantener adecuadamente unidos los bordes cuando existe entre ambos más distancia de la habitual, con lo que se originará más tensión en la sutura. Puede decirse que reparte adecuad

mente esta tensión entre las partes internas y externas de la herida.

El procedimiento es el siguiente: comenzamos dando el punto con la aguja en plano perpendicular a la piel y en un intervalo de entre 4 y 10 mm del borde. Extraemos la aguja por la cara interna del primer labio en su zona profunda; pasamos la aguja en plano perpendicular por la zona profunda del segundo labio y la abocamos a una distancia de entre 4 y 10 mm del borde del segundo labio. Volvemos a pasar la aguja a través de la superficie del segundo labio y a 1 o 2 mm del borde, extrayéndola por la cara interna de ese segundo labio, para luego pasarla a través de la cara interna del primer labio, de modo que aboque a 1 u 2 mm en la superficie de ese primer labio. Efectuamos ahora un mínimo de dos lazadas (preferentemente tres), de modo que cada lazada tenga el sentido de cierre contrario a la de la anterior, al efecto de que el nudo sea plano.

El punto en U horizontal, es de una técnica similar al anterior salvo en que tanto las introducciones como las salidas de la aguja en la superficie de la piel, se deben efectuar a una distancia de los bordes comprendida entre 4 y 10 mm. Las salidas y entradas en las caras interiores de los labios dependerán de la profundidad que queramos abarcar.

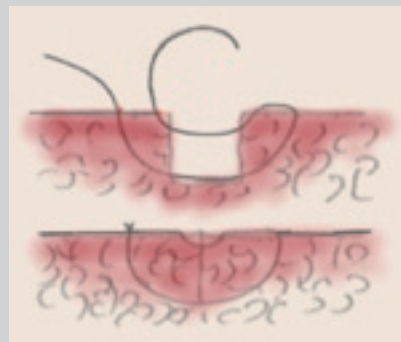
Dentro de la sutura continua, la más utilizada es la sutura simple continua, que no es más que puntos simples continuos, sin cortar el hilo.

- **Sutura intradérmica.** Apta para el cierre de heridas lineales con mínima tensión. Los cabos no precisan ser enlazados. Muy buen resultado estético. Este tipo de sutura debe ser utilizada con hilos monofilamentos - sintéticos no-absorbibles. El tiempo de retirada de este tipo de sutura ronda los 10 días.



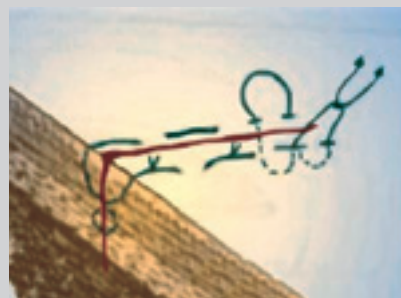
Colchonero vertical o en U

Figura 10



Colchonero vertical

Figura 11



Colchonero horizontal

Figura 12



Sutura continua simple



Sutura intradérmica

Figura 13 y 14

CONSIDERACIONES

Colocación del paciente

El paciente debe estar siempre en posición de decúbito prono o supino, sobre una camilla, para evitar posibles desmayos y caídas. La altura de la camilla nos debe posibilitar el trabajo sin necesidad de inclinarnos demasiado (tanto si trabajamos de pie o sentados), ya que una postura incorrecta puede causarnos molestias y favorecer un “acabado rápido” y prematuro.

Tiempo de sutura

Habitualmente se indica que una herida que lleve abierta más de 6 horas está contaminada, con lo cual no procede la sutura. No obstante, consideramos que según se haya producido la herida, así como su mantenimiento ulterior, podemos modificar esta pauta. Una herida de 6, 8, o 10 horas, pero que ha sido producida limpiamente, y se ha mantenido en buenas condiciones higiénicas, está contaminada, pero con un refresco de los bordes y caras internas puede quedar en buenas condiciones para una adecuada sutura. Del mismo modo, una herida de menos de 6 horas de evolución producida de forma sucia o mantenida en malas condiciones higiénicas, puede aconsejar el no suturar (la mordedura de perro, por ejemplo).

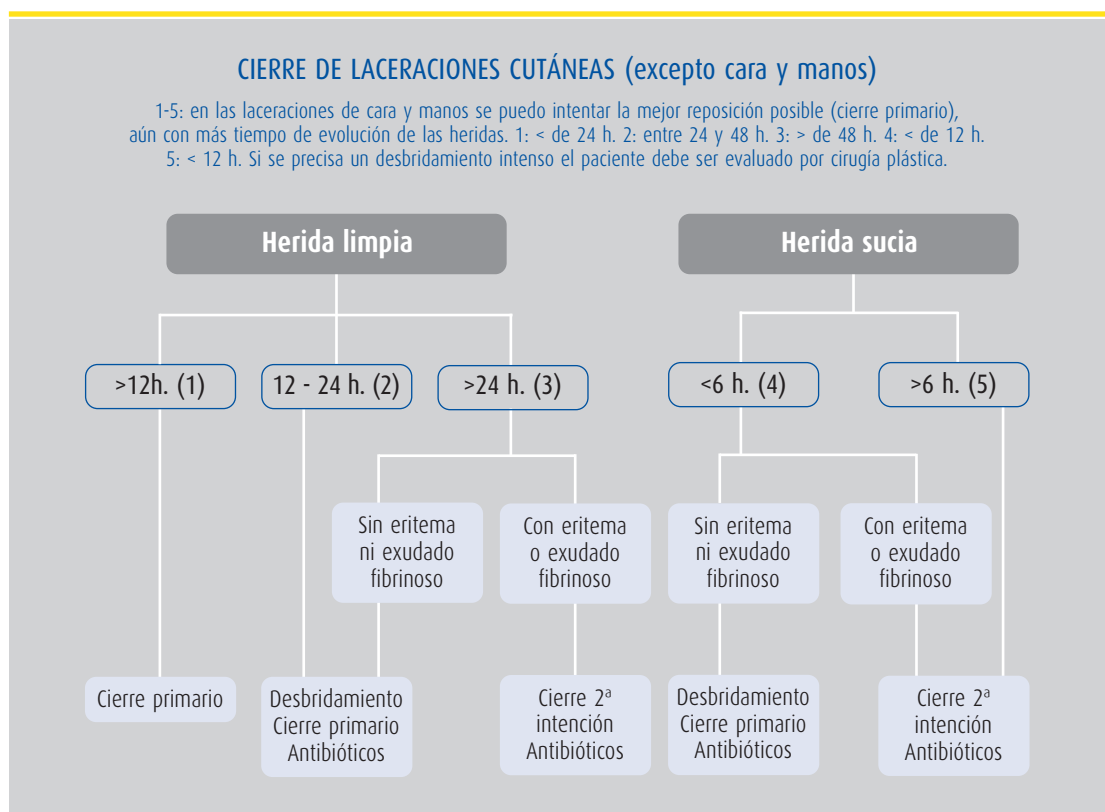


Figura 15

Limpieza

Las heridas no son habitualmente regulares ni en dirección ni en profundidad; los bordes pueden estar contusionados y con pérdidas. El primer aspecto que se impone es la limpieza del área entorno a la herida, y posteriormente esta misma. Una vez limpiada la herida, procedemos a extraer posibles cuerpos extraños incrustados en ella (bordes y labios). El interrogatorio al paciente nos revelará las condiciones en que se produjo el traumatismo y el tipo de materiales causantes.

Una vez efectuados los pasos anteriores, preparamos la herida para la sutura. Hay que eliminar, recorriendo con la tijera o el bisturí, esfacelos y otros tejidos muertos, de modo que el posterior cierre de la herida produzca una cicatriz lo más pequeña, regular y continua posible.

El refrescamiento de los bordes está indicado en dos situaciones principales: ante un cierto retraso en el tiempo de sutura, y ante heridas irregulares de diversa profundidad y que requieran, en consecuencia, una homogeneización y regularización de sus labios y bordes.

El refrescamiento podemos realizarlo con bisturí, efectuando un corte (preferiblemente continuo), en dirección longitudinal al eje de la herida, de modo que pueda producirse un abocamiento lo más simétrico posible de ambos márgenes. El refresco no debe superar los 2 mm de ancho, y hay que tener en cuenta la tensión a la que se someterá al tejido circundante al efectuar la sutura.

Distancia entre puntos

Como regla básica debemos tener en cuenta que el número de puntos es el necesario y suficiente para mantener una correcta aproximación de los labios de la herida, desde la zona más profunda a la más superficial. Aproximadamente, 4-6 mm de distancia entre puntos puede ser un intervalo apropiado como referencia general. No se puede dejar espacios muertos que rompan la linealidad de la cicatriz. Estos espacios muertos en la zona profunda de la herida, pueden posibilitar el establecimiento de hematomas lo que implica un aumento de tensión en la zona y, en consecuencia, una apertura de la herida, o su infección y abscesificación.

Tensión de los puntos

También debemos tener en cuenta una regla básica: ejercer la tensión necesaria y suficiente para mantener una correcta aproximación de los labios de la herida, desde la zona más profunda a la superficial. Si la tensión es excesiva, el tejido se isquemia, produciendo una cicatrización defectuosa. Una tensión excesiva puede incluso romper, y como mínimo erosionar, los bordes de la herida, o su infección y abscesificación.

En ocasiones no es fácil introducir la aguja y abocarla en los lugares previamente decididos (por dónde entra y por



Figura 16

Figura 17

Figura 18

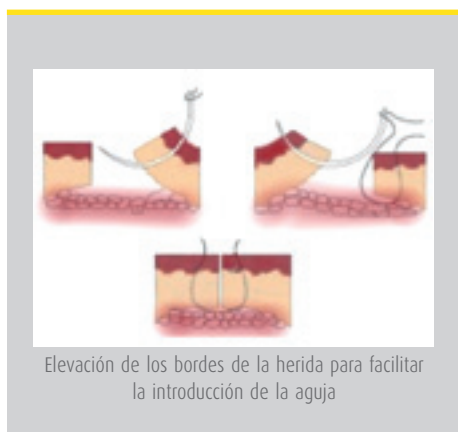


Figura 19

dónde sale). Una forma de facilitar la tarea es tomar con pinzas el ángulo externo del labio y traccionar hacia arriba, y a continuación introducir y abocar la aguja en los lugares elegidos. Siempre hay que abarcar más tejido en profundidad que en superficie para elevar los bordes de la herida.

Infecciones

La mejor manera de prevenir la infección de la herida es la limpieza concienzuda, con más razón si la herida está contaminada. El cepillado de la herida (con gasa, por ejemplo), la retirada de los pequeños fragmentos de piel que no pueden ser recolocados, el refrescamiento..., son técnicas de uso habitual cuya aplicación debe ser generosa. Es de gran ayuda en la realización de estas técnicas, contar con lupas o cristales de aumento, así como de una buena fuente de luz. Las lámparas de lupa son ideales para ello.

En otro orden de cosas, hay heridas que de antemano no vamos a suturar: las causadas por mordeduras de animales y humanos. Ya de por sí acarrear una contaminación lo suficientemente activa como para que existan grandes posibilidades de infección. Únicamente, si llevamos a cabo un refrescamiento bien amplio existen posibilidades de abortar la infección.

Drenajes

En las heridas de bastante profundidad, quirúrgicas o no, aparte de requerir sutura interna con material absorbible, será conveniente aplicar drenaje para disminuir la posibilidad de que se desarrolle un absceso. Debe introducirse desde el fondo de saco de la herida hasta unos 2 o 3 cm al exterior. Habrá que tener buen cuidado de no fijar el drenaje con alguno de los puntos de sutura, pues su retirada posterior se complicaría.

Una vez evacuado el absceso debe retirarse el drenaje y permitir la definitiva cicatrización por segunda intención.

El control de una herida con drenaje, suturada o no, debe hacerse como mínimo a diario.

Hemostasia



Figura 20

Tanto en la herida accidental como en la quirúrgica pueden producirse roturas de pequeños vasos que acarrear pequeñas hemorragias o puntos sangrantes que dificultarán sobremanera la correcta sutura de la herida. La hemostasia consiguiente la lograremos de diferentes maneras.

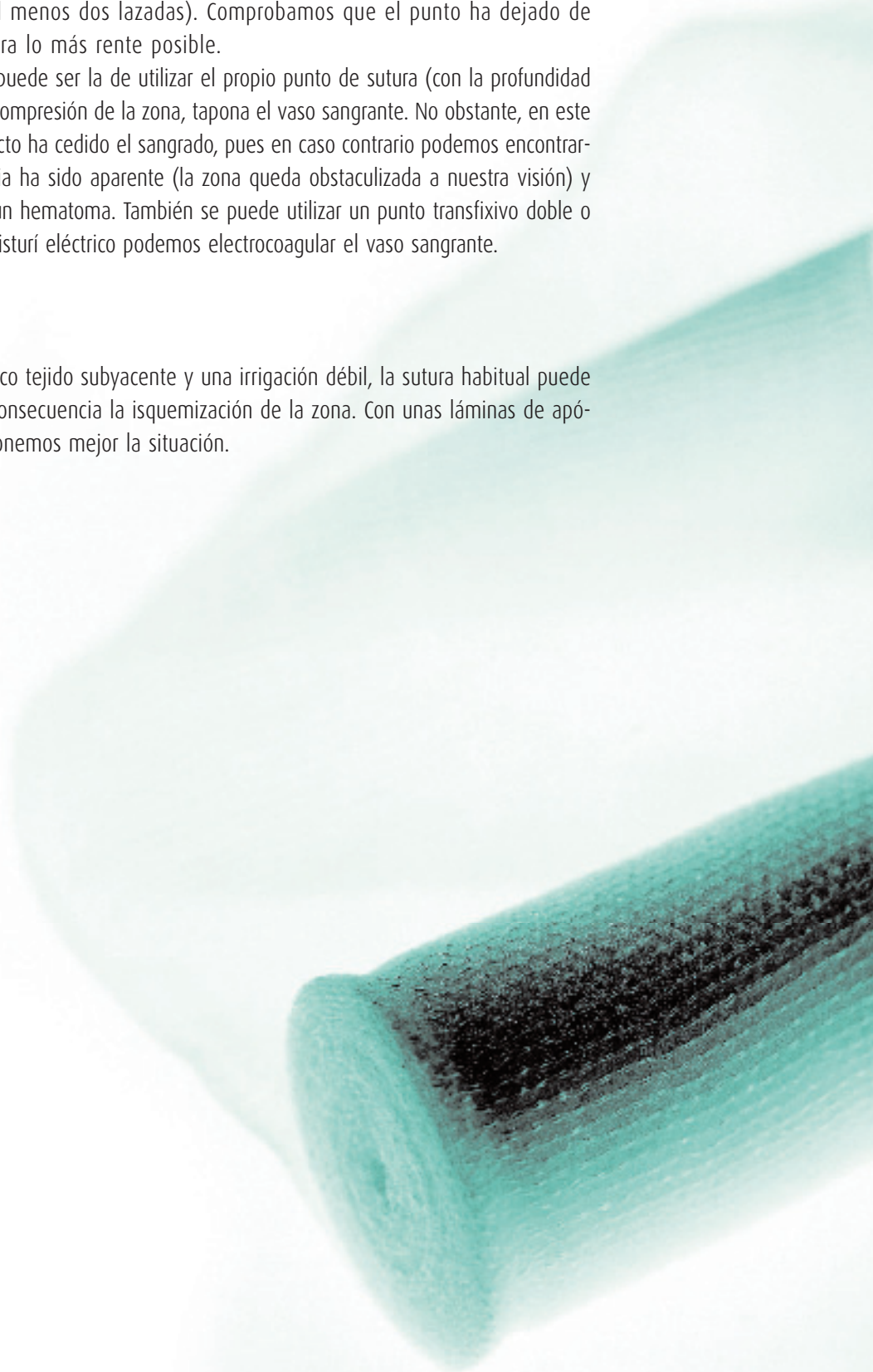
La primera forma consiste en ejercer una presión continuada durante al menos 5 minutos, en un plano superior al punto de sangrado. Es frecuente que esta compresión nos de buen resultado siempre y cuando el vaso afectado sea de muy pequeño calibre.

La segunda forma, cuando la primera no es suficiente, es aplicar una sutura con material absorbible sobre el punto sangrante. Para ello localizaremos primero el vaso sangrante (secar y observar, secar y observar,...); lo pinzaremos con una pinza mosquito y luego, por debajo de la punta del mosquito, aplicaremos un nudo (al menos dos lazadas). Comprobamos que el punto ha dejado de sangrar y cortamos el hilo de sutura lo más rente posible.

Otra forma de cohibir la hemorragia puede ser la de utilizar el propio punto de sutura (con la profundidad y tensión necesarias), que al ejercer compresión de la zona, tapona el vaso sangrante. No obstante, en este caso debemos comprobar que en efecto ha cedido el sangrado, pues en caso contrario podemos encontrarnos con que el cese de la hemorragia ha sido aparente (la zona queda obstaculizada a nuestra visión) y ello podría originar la formación de un hematoma. También se puede utilizar un punto transfixivo doble o en X (figura 20). Si disponemos de bisturí eléctrico podemos electrocoagular el vaso sangrante.

ALTERNATIVAS DE SUTURA

En la zona pretibial, donde existe poco tejido subyacente y una irrigación débil, la sutura habitual puede originar una tensión excesiva y en consecuencia la isquemización de la zona. Con unas láminas de apósito oclusivo es probable que solucionemos mejor la situación.



Cuando la herida no tiene gran profundidad, es relativamente lineal y de poca longitud, podemos utilizar tiras estrechas de cinta adhesiva hipoalérgica o apósitos especialmente preparados para el cierre de la piel (lineales tipo Steri-Strip®, o en forma de mariposa). En este caso, primero aproximaremos los labios de la herida utilizando estas tiras, y posteriormente aproximaremos los bordes con tiras similares. Para que estos apósitos resulten eficaces, la piel debe estar perfectamente limpia y seca; de lo contrario, la adherencia de las tiras es deficiente.

Protección de la sutura

Una vez efectuada la sutura, comprimimos los bordes para comprobar si sangra, limpiamos la zona con un producto antiséptico y aplicamos un apósito estéril, que sujetaremos con vendas o esparadrapo. Una vez colocado, el apósito debe ejercer una ligera presión sobre la zona de sutura. Citaremos al paciente para revisión inicial a los 3 días (si hay drenaje, a diario) y según evolución, para retirar la sutura. El paciente puede lavarse la herida a partir de las 24 horas de la sutura, debiendo posteriormente secarla bien y aplicar un antiséptico (generalmente povidona yodada, salvo alergia). No olvidar la vacunación antitetánica, si procede, y registrar el procedimiento.

CIRUGÍA MENOR DE LA UÑA

UÑA INCARNATA



Concepto

Consiste en la penetración continuada del borde lateral de la uña en el tejido cutáneo blando, con dolor, enrojecimiento y tumefacción de la zona.

Objetivo

Restaurar la correcta situación de la uña y su entorno, proporcionando alivio y normalización en la zona.

Material necesario

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gasas estériles | <input type="checkbox"/> Guantes estériles |
| <input type="checkbox"/> Paño estéril fenestrado | <input type="checkbox"/> Venda de gasa orillada de 5 cm |
| <input type="checkbox"/> Tira de gasa orillada | <input type="checkbox"/> Antiséptico (povidona yodada) |
| <input type="checkbox"/> Agua oxigenada | <input type="checkbox"/> Pinza de Pean |
| <input type="checkbox"/> Bisturí | <input type="checkbox"/> Sonda acanalada |
| <input type="checkbox"/> Tijera de puntas | <input type="checkbox"/> Porta agujas |
| <input type="checkbox"/> Seda 3/0 | <input type="checkbox"/> Material y equipo para anestesia local |
| <input type="checkbox"/> Material de registro | <input type="checkbox"/> Pinzas de disección |

Procedimiento

1. Afectación leve

- ⁽¹⁾ Informar adecuadamente al paciente de lo que se va a hacer. (Previamente se habrá solicitado higiene del pie).
- ⁽²⁾ Revisión de: consentimiento informado y hoja prequirúrgica
- ⁽³⁾ Colocar al paciente cómodamente en posición supina en la camilla.
- ⁽⁴⁾ Nos ponemos los guantes estériles y al paciente el paño fenestrado.
- ⁽⁵⁾ Con gasas montadas en la pinza de Pean y empapadas con el antiséptico, pintamos el dedo afectado así como el adyacente.
- ⁽⁶⁾ Aplicamos anestesia local según el procedimiento adecuado (troncular).
- ⁽⁷⁾ Opcionalmente podremos ejercer isquemia en la base del dedo con una gasa anudada en torno a la base.

- ⁽⁸⁾ Al objeto de desprender un canal de uña en la parte afectada, introducimos la sonda acanalada hasta la base de la uña. Removemos un poco para favorecer el desprendimiento.
- ⁽⁹⁾ Con la tijera efectuamos un corte a lo largo y con el porta agujas clampamos y a continuación retiramos el fragmento de la uña.
- ⁽¹⁰⁾ Con el bisturí limpiamos y cortamos el crecimiento de tejido lateral (mamelón).
- ⁽¹¹⁾ Lavamos con agua oxigenada.
- ⁽¹²⁾ Efectuamos un vendaje compresivo del dedo.
- ⁽¹³⁾ Deshacemos el torniquete.
- ⁽¹⁴⁾ Recomendamos reposo al paciente con el pie intervenido en alto.
- ⁽¹⁵⁾ Ver si procede cobertura antibiótica.
- ⁽¹⁶⁾ Citamos para primera cura a los 2-3 días.
- ⁽¹⁷⁾ Registramos el procedimiento en la historia clínica y cumplimentamos hoja postquirúrgica.

2. Afectación profunda

Hasta el punto 8º, igual que la anterior.

- ⁽⁹⁾ Despegamos la uña de su lecho (ancho aproximado de 0,5 cm.) y la cortamos longitudinalmente con tijera recta, del borde libre a la unión matricial. Este primer corte debe tener la profundidad suficiente para incluir tejido matricial si fuese necesario.
 - ⁽¹⁰⁾ Efectuamos un segundo corte en el lateral del dedo, que incluya el tejido de granulación (mamelón) y cruce en perpendicular al primer corte.
 - ⁽¹¹⁾ Extirpamos esta cuña de tejido (uña, matriz y tejido blando).
 - ⁽¹²⁾ Limpiamos la zona con agua oxigenada.
 - ⁽¹³⁾ Aplicamos antiséptico.
 - ⁽¹⁴⁾ Efectuamos una sutura transversal de tres puntos.
 - ⁽¹⁵⁾ Vendaje compresivo y retiramos el torniquete.
- Resto del procedimiento, igual que lo anterior.*

Consideraciones

Si por cualquier razón no fuese posible suturar, aplicar un vendaje compresivo que aproxime los bordes. Para evitar recidivas es necesario instruir al paciente sobre un correcto corte de uñas (rectas) y utilización del calzado adecuado.

EXTRACCIÓN DE UÑA



Concepto

Consiste en la extirpación de la uña de cualquier dedo (manos o pies) por medios quirúrgicos.

Las causas originales suelen ser: hematoma subungueal amplio, traumatismo, infección, micosis...

Objetivos

Corrección de la situación anormal en el dedo afectado, favoreciendo la recuperación del lecho ungueal y crecimiento normal de la uña.

Material necesario

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gasas estériles | <input type="checkbox"/> Guantes estériles |
| <input type="checkbox"/> Paño estéril fenestrado | <input type="checkbox"/> Venda de gasa orillada de 5 cm |
| <input type="checkbox"/> Compresa tipo Tulgrasum® | <input type="checkbox"/> Riñonera o bandeja |
| <input type="checkbox"/> Compresor | <input type="checkbox"/> Antiséptico (povidona yodada) |
| <input type="checkbox"/> Pinza de Pean | <input type="checkbox"/> Porta agujas |
| <input type="checkbox"/> Bisturí | <input type="checkbox"/> Material y equipo para anestesia local |
| <input type="checkbox"/> Material de registro | |

Procedimiento

1. Comentar adecuadamente al paciente lo que se le va a hacer.
2. Revisión de consentimiento informado y hoja prequirúrgica.
3. Colocar al paciente cómodamente en posición supina en la camilla.
4. Preguntar por posibles alergias: tanto a anestésicos locales como a antisépticos.
5. Montar unas gasas en la pinza de Pean, empaparlas en el antiséptico y pintar todo el dedo afectado así como los colaterales.
6. Efectuar la anestesia local según procedimiento adecuado.
7. Aplicar un torniquete bien con un compresor, bien con una gasa abierta y anudada en la base del dedo afectado, al efecto de lograr una isquemia y poder trabajar más cómodamente. Si se trata de la

uña de un dedo de la mano podemos aplicar un torniquete con un guante, cortando la punta del dedo del guante y enrollándola hasta la base del dedo de la mano.

8. Una vez puestos los guantes, colocar el paño estéril fenestrado de modo que solo salga por el orificio el dedo a intervenir.
9. Introducir suave y firmemente, cerrado y en posición de plano/horizontal el porta agujas bajo la uña, de modo que la punta llegue hasta el extremo proximal de la misma.
10. Ejecutar con el porta, si es preciso, un movimiento de vaivén lateral al efecto de facilitar su ubicación correcta.
11. Abrimos el porta bajo la uña, con lo que lograremos que ésta se desprenda casi en su totalidad.
12. Sacamos el porta y lo introducimos de nuevo en posición perpendicular al plano de la uña pinzando un extremo de la misma.
13. Hacemos un movimiento de eversión (enrollamiento) hacia el extremo contrario, de modo que la uña se desprenda de la matriz de formación.
14. Con el bisturí legamos el lecho ungueal, o retocamos los bordes, si fuese necesario.
15. Limpiamos con agua oxigenada. Lavamos con el suero fisiológico y aplicamos un antiséptico.
16. Con el dedo seco, colocamos sobre él un Tulgrasum® al efecto de que no se peguen las gasas.
17. Gasas estériles. Vendaje compresivo con la venda de gasa orillada.
18. Deshacemos el torniquete.
19. Analizar si procede cobertura antibiótica.
20. Citamos para una primera cura 3-4 días después.
21. Registramos procedimiento en la historia de salud y cumplimentamos hoja postquirúrgica.

Consideraciones

Indicación previa de higiene adecuada.

Indicamos reposo y aconsejamos analgesia si hay dolor.

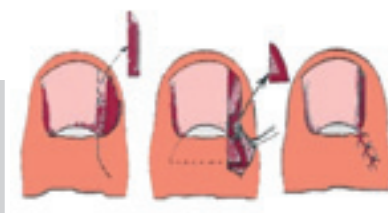
Si la extirpación es consecuencia de un traumatismo importante en la zona, hay que plantearse una revisión de la matriz de crecimiento por si está afectada.

Si la extirpación es consecuencia de una micosis, hay que legar bien la zona para aplicar posteriormente el antimicótico.

La primera cura será menos dolorosa si antes de retirar el apósito lo humedecemos con agua oxigenada.

Debemos dar las indicaciones necesarias para una higiene correcta de los pies.

EXTIRPACIÓN DE MATRIZ UNGUEAL



Concepto

La extirpación de la matriz ungueal es un procedimiento que consiste en la extracción del cartilago/matriz responsable del crecimiento de la uña. Puede efectuarse de forma parcial o total. Habitualmente, la extirpación parcial afecta a los dos extremos laterales de la matriz ungueal, aunque frecuentemente y por el crecimiento de pequeñas garras se efectúe por un solo lateral.

Está indicada la extirpación de la matriz ungueal (total o parcialmente) en infecciones de repetición (lateral o bilateral) y crecimientos anómalos de la uña -bien por traumatismo en matriz, bien por micosis- que concluyan en una necesidad repetitiva de extracción de la uña.

Objetivos

Prevenir en cualquier dedo situaciones anómalas que desemboquen en la necesidad ineludible de extirpación de la uña de un modo repetido, para posibilitar la funcionalidad de la zona.

Material necesario

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gasas estériles | <input type="checkbox"/> Guantes estériles |
| <input type="checkbox"/> Venda de gasa orillada de 5 cm | <input type="checkbox"/> Paño estéril fenestrado |
| <input type="checkbox"/> Paño estéril no fenestrado | <input type="checkbox"/> Tulgrasum® |
| <input type="checkbox"/> Riñonera o bandeja | <input type="checkbox"/> Compresor |
| <input type="checkbox"/> Antiséptico tipo povidona yodada | <input type="checkbox"/> Pinza de Pean |
| <input type="checkbox"/> Pinza de disección s/d | <input type="checkbox"/> Pinza de Adson c/d |
| <input type="checkbox"/> Dos porta agujas | <input type="checkbox"/> Bisturí |
| <input type="checkbox"/> Sutura de seda del 2/0, 1/0, 0/0, a elegir | <input type="checkbox"/> Tijera |
| <input type="checkbox"/> Equipo y material para anestesia local | <input type="checkbox"/> Material de registro |

Procedimiento

1. Informar adecuadamente al paciente del desarrollo del procedimiento. (Previamente se habrá solicitado la adecuada limpieza de los pies).
2. Revisión de consentimiento informado y hoja prequirúrgica.
3. Colocar al paciente cómodamente en supinación sobre la camilla.
4. Con gasas empapadas en antiséptico y montadas en la pinza de Pean, desinfectamos todos los dedos de la extremidad (comenzando por el afectado) y la misma.
5. Aplicamos anestesia local del dedo afectado según el procedimiento adecuado.
6. Pasados 2-3 minutos, aplicamos una isquemia (por torniquete) en la base del dedo, bien con una gasa des enrollada y anudada, bien con un compresor pinzado.
7. Con todo el instrumental preparado, nos ponemos los guantes estériles y colocamos el paño no fenestrado

bajo la mano o el pie afectado del paciente y el fenestrado sobre el mismo.

8. Efectuamos la extracción de la uña del dedo en primer lugar, según procedimiento protocolizado. Una vez completado este, pasamos a la matriz ungueal propiamente dicha.
9. Con el bisturí, hacemos una incisión en cuña profunda (incluyendo piel y planos) hasta el plano óseo, en ángulo de 45° al eje longitudinal y en los vértices de la base ungueal (ambos lados).
10. Retiramos el tejido cortado y nos cercioramos de habernos llevado los extremos laterales de la matriz ungueal (tacto semiduro y color blanquecino).
11. A punta de bisturí incidimos verticalmente la piel y planos, trazando una línea que una los dos vértices de las cuñas abiertas. La incisión con el bisturí debe ser lo suficientemente profunda para llegar a plano óseo.
12. Retiramos todo el tejido de la zona de incisión hacia adelante, cuidando de llevarnos la zona profunda (matriz ungueal propiamente).
13. Revisamos la posible remanencia de restos de matriz. Para ello, raspamos si fuera menester, con la punta del bisturí. Nos debe quedar limpia una zona rectangular cuyo largo es el ancho del dedo y de ancho propio unos 2-3 mm
14. Frotamos la herida con una gasa empapada en antiséptico y luego aplicamos un generoso lavado con el mismo.
15. Procedemos a la sutura de la zona del siguiente modo: utilizamos seda calibre del 2/0 al 0/0 (según dedo); efectuamos uno o dos puntos simples que vayan desde la zona próxima a los vértices hasta la piel justo por encima de donde estaba la matriz ungueal en cada lateral; debemos tener la precaución de tomar suficiente tejido en cada lado del punto, para forzar una aproximación de piel hacia la antigua matriz. Si la aproximación no fuera completa, daremos uno o dos puntos sueltos desde la zona central uniendo la piel con el lecho ungueal. Este punto debe tener un margen de 2-3 mm desde borde de la piel.
16. A continuación aplicaremos, por este orden, el Tulgrasum®, una gasa con antiséptico sobre la zona, y un vendaje compresivo con la venda de gasa.
17. Comprobar si procede cobertura antibiótica. Dar analgesia si hay dolor.
18. Recomendamos reposo de la zona y citamos en 3-4 días para la primera cura.
19. Registramos el procedimiento en la historia de salud y cumplimentamos hoja postquirúrgica.

Consideraciones

La extirpación de matriz ungueal es un procedimiento definitivo y radical, por lo que no debe ofertarse más que en situaciones límite.

Habida cuenta de que en el desarrollo del procedimiento llegaremos hasta el periostio, aumentará la posibilidad de infección. Por ello es obligado mantener una rigurosa asepsia durante el desarrollo del procedimiento. La limpieza y lavado de la zona durante y después del procedimiento debe ser concienzuda.

El punto simple indicado en el apartado 16 del procedimiento debe efectuarse en una sola maniobra, para no mermar la capacidad de resistencia del lecho ungueal.

No es conveniente llevar a cabo el procedimiento en personas con un pronunciado déficit circulatorio distal o en pacientes diabéticos con las últimas glucemias superiores a 160 mg/dl.

Las curas posteriores deben ser efectuadas con rigurosa asepsia.

PANADIZO



Concepto

Acúmulo purulento por infección estrepto o estafilocócica en el entorno y zona del pulpejo del dedo. Cursa con dolor, enrojecimiento y tumefacción de la piel, con latidos al colgar la extremidad.

Objetivo

Eliminar por evacuación la infección de la zona, posibilitando el alivio y la recuperación funcional.

Material necesario

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gasas estériles | <input type="checkbox"/> Guantes estériles |
| <input type="checkbox"/> Venda de gasa orillada de 5 cm | <input type="checkbox"/> Equipo y material de anestesia local |
| <input type="checkbox"/> Agua oxigenada | <input type="checkbox"/> Antiséptico (povidona yodada) |
| <input type="checkbox"/> Suero fisiológico | <input type="checkbox"/> Pomada antibiótica |
| <input type="checkbox"/> Tira de gasa orillada | <input type="checkbox"/> Pinza de mosquito (s/d) |
| <input type="checkbox"/> Bisturí | <input type="checkbox"/> Material de registro |

Procedimiento

1. Informar al paciente sobre lo que se le va a hacer.
2. Revisión de hoja prequirúrgica y consentimiento informado.

3. Colocar al paciente cómodamente en posición supina sobre la camilla.
4. Pintar con el antiséptico la totalidad del dedo afectado y la zona adyacente.
5. Aplicar anestesia local según el procedimiento si las condiciones sépticas del dedo no lo desaconsejan.
6. Con el bisturí efectuamos una o dos incisiones (según necesidad) longitudinales en la cara lateral afectada del dedo.
7. Desbridamos con la pinza de mosquito si es necesario.
8. Limpiamos con agua oxigenada, lavamos con el suero fisiológico y aplicamos el antiséptico.
9. Con la zona seca, introducimos una tira de gasa orillada (empapada en povidona yodada) que nos servirá de drenaje.
10. Colocamos un apósito estéril.
11. Comprobamos si procede cobertura antibiótica o analgesia si hay dolor.
12. Citamos para cura al día siguiente.
13. Registramos el procedimiento en la historia de salud y cumplimentamos hoja postquirúrgica.

Consideraciones

Indicaremos al paciente los cuidados de la zona y una postura antiálgica.

Hay que valorar la opción de no utilizar anestesia local (salvo tópica) habida cuenta del alivio inmediato que siente el paciente una vez efectuada la incisión inicial.

ABSCESO CUTÁNEO



Concepto

Podemos entender como absceso una colección de pus anatómicamente localizada, con una *sintomatología típica de dolor localizado, tumefacción y enrojecimiento así como posible fluctuación (estado indicativo de su próxima abertura)*. La incisión y drenaje es la forma más habitual de afrontar el problema.

Los abscesos que podemos abordar en una consulta de AP son los superficiales. En estos casos, podemos solucionar el problema del paciente con o sin anestesia local y con una rápida incisión, desbridamiento interior, limpieza y drenaje.

Cualquier absceso de considerable profundidad o extensión, o que curse con fiebre alta, debe ser remitido urgentemente a cirugía.

Objetivos

Posibilitar la eliminación de la infección en la zona afectada.

Eliminar el dolor que conlleva este tipo de procesos y facilitar la recuperación y normalización de la zona.

Material necesario

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gasas estériles | <input type="checkbox"/> Guantes |
| <input type="checkbox"/> Tres jeringas de 5cc | <input type="checkbox"/> Tiras de gasa orillada u otro tipo de drenajes |
| <input type="checkbox"/> Paño fenestrado | <input type="checkbox"/> Agua oxigenada |
| <input type="checkbox"/> Povidona yodada | <input type="checkbox"/> Suero fisiológico |
| <input type="checkbox"/> Bisturí de punta | <input type="checkbox"/> Material necesario para anestesia local, por si procede |
| <input type="checkbox"/> Pinza de mosquito curva | <input type="checkbox"/> Tijera tipo Metzenbaum |
| <input type="checkbox"/> Pomada antibiótica | <input type="checkbox"/> Material de registro |
| <input type="checkbox"/> Cloruro de etilo | |

Procedimiento

1. Expondremos un procedimiento general para abordar un absceso. Las peculiaridades anatómicas exigirán adaptaciones.
2. Informar adecuadamente al paciente de lo que se le va a hacer para de lograr su colaboración. Las respiraciones lentas y profundas favorecen la relajación.
3. Revisión de consentimiento informado y hoja prequirúrgica.
4. Colocar adecuadamente al paciente de modo que podamos visualizar y manipular cómodamente la zona afectada.

5. Pintar con la povidona yodada toda la zona afectada y su entorno.
6. Colocar el paño fenestrado.
7. Según el procedimiento adecuado, aplicar la anestesia local (si procede), bien sobre la zona fluctuante, bien en el entorno del absceso (a decidir según el tamaño de este).
8. Con el bisturí del nº 11 efectuamos una rápida incisión sobre el área fluctuante, de longitud igual al su diámetro o con la profundidad suficiente para permitir una buena evacuación del pus almacenado.
9. Si hubiese cubierta necrótica, debe ser recortada y retirada para permitir una correcta evacuación. La existencia de esta cubierta necrótica es indicativa de que estamos ante un absceso de cierta profundidad.
10. Presionamos con unas gasas en el entorno del absceso para forzar una evacuación del pus profundo.
11. Con la pinza de mosquito curva dilatamos el absceso: la introducimos cerrada y la abrimos en el interior. Efectuamos esta maniobra un mínimo de dos veces y en cruz.
12. Si el tamaño de la cavidad nos lo permite, introduciremos un dedo enguantado para comprobar que no quedan cavilaciones.
13. Aplicamos el agua oxigenada en el interior con una jeringa. Limpiamos y repetimos la maniobra con povidona yodada. Limpiamos y repetimos con suero fisiológico. Limpiamos.
14. Colocamos drenaje según el tamaño de la cavidad: gasa orillada semiempapada con povidona yodada, gasa para absorción, u otro tipo de drenajes.
15. Aplicamos gasas como compresa sobre la zona y sujetamos con esparadrapo.
16. Citamos para el día siguiente, pues deberá efectuarse una cura diaria, removiendo y cambiando las gasas interiores y exteriores, previa limpieza de la cavidad.
17. Indicamos cuidados de la zona: no mojar en los primeros días y evitar una movilización excesiva.
18. Recomendamos analgésicos si hay dolor y cobertura antibiótica si procede.
19. Registramos el procedimiento en la historia de salud y cumplimentamos hoja postquirúrgica.

Consideraciones

El absceso deberá curarse por medio de granulación: de dentro hacia fuera. Por lo tanto, debe mantenerse la incisión abierta hasta observar que el nuevo tejido de granulación está muy próximo a los bordes. Si tratamos un absceso de regular tamaño y debemos introducir varias gasas para ayudar a la desbridación, hay que contarlas, para no olvidarnos de retirar alguna de ellas.

Cuando un absceso no está "maduro" (no hay fluctuación evidente) o está indurado, es que no está preparado para la incisión. Actuaremos entonces de manera conservadora (con o sin antibióticos) durante varios días. El calor húmedo (fomentos) suele favorecer la localización de la infección y madurar el absceso.

Si el absceso se rompe espontáneamente, es conveniente ampliar la abertura y drenar correctamente.

Hay que tener en consideración como alternativa a la anestesia local, la anestesia tópica por enfriamiento.

QUISTE EPIDERMOIDE O SEBÁCEO

Concepto

Tumoración de características benignas, que crece en las capas superficiales de la dermis, de contenido graso, móvil y, generalmente, de pequeño o mediano tamaño, y que cuando crece mucho se suele sobreinfectar, produciendo otros problemas (abscesificación).



Objetivos

Eliminación total y completa -cápsula incluida- sin producir rotura, ya que pequeños fragmentos de esta pueden llegar a reproducir el quiste. Deberá realizarse la técnica precozmente, ya que si la posponemos podremos encontrarnos con la infección y la diseminación de su contenido por los tejidos anejos.

Material necesario

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Solución de povidona yodada | <input type="checkbox"/> Jeringa 5 o 10 c.c. y aguja 16G |
| <input type="checkbox"/> Anestésico local | <input type="checkbox"/> Gasas estériles |
| <input type="checkbox"/> Guantes estériles | <input type="checkbox"/> Paño estéril fenestrado y no fenestrado |
| <input type="checkbox"/> Hoja bisturí nº 15 | <input type="checkbox"/> Pinza disección con dientes tipo Addson |
| <input type="checkbox"/> Mango bisturí nº 3 | <input type="checkbox"/> Mosquito curvo |
| <input type="checkbox"/> Mosquito recto | <input type="checkbox"/> Sutura de Safil® nº adecuado, si es necesaria |
| <input type="checkbox"/> Sutura de seda nº adecuado | <input type="checkbox"/> Esparadrapo, Tensoplast® o apósitos |
| <input type="checkbox"/> Portagujas | <input type="checkbox"/> Tijera de Metzenbaum, fina, curva y de puntas romas |

Procedimiento

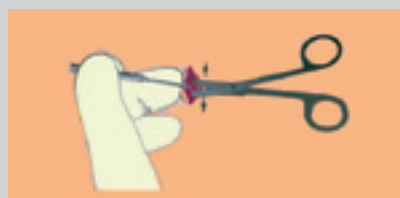
1. Informar al paciente de la técnica a realizar.
2. Revisión de consentimiento informado y hoja prequirúrgica.
3. Preguntar por posibles alergias, tanto a anestésicos locales como a antisépticos.
4. Colocar al paciente cómodamente en la camilla en la posición adecuada.
5. Limpieza y desinfección de la zona con povidona yodada.
6. Aplicación del anestésico local según el procedimiento y teniendo en cuenta la dosis máxima permitida.
7. Incisión y extirpación de la lesión:
 - **En huso.** Técnica de elección. Procedimiento más habitual, extirpación en bloque de la lesión: incisión superficial con el bisturí, en forma de huso y de tamaño ligeramente superior al diámetro del quiste (cuidando de no cortar la cápsula); con la pinza de mosquito traccionamos ligeramente hacia arriba la zona interior del huso, de modo que posibilitemos el recorte (con la tijera Metzenbaum o bisturí) del entorno del quiste, hasta que sea factible el corte de la base.

- **Lineal.** Para quistes situados en zonas críticas en las que no se pueda realizar un huso para extirpación en bloque. Incisión superficial con el bisturí, de tamaño ligeramente superior al diámetro del quiste (y con cuidado de no cortar su cápsula); con el mismo bisturí (zona de corte hacia el exterior) profundizamos en los extremos de la incisión, de modo que con la pinza de mosquito podamos ampliar lateralmente el desbridamiento; con la pinza de Adson elevamos uno de los bordes mientras vamos diseccionando (“pelando”) el entorno del quiste con la tijera de Metzenbaum (concavidad hacia fuera); igual por el otro borde, hasta que podamos cortar la base del quiste.

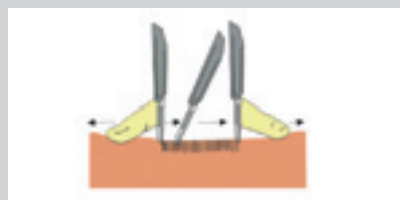
8. Hemostasia por compresión del lecho, o mediante pinza hemostática si existe algún vaso sangrante.
9. Sutura. Puntos simples o en U, del siguiente modo:
 - En bloque: sutura que atraviesa los planos profundos; susceptible de aplicar en lechos de poca profundidad y poca tensión en los bordes de la herida.
 - Por planos: utilización de sutura reabsorbible para planos profundos y seda para los superficiales.
10. Se colocará drenaje si procede.
11. Limpieza de la zona con povidona yodada
12. Apósitos
 - Apósito: herida superficial y pequeña
 - Gasas: herida algo mayor y sin complicaciones
 - Compresivo: herida complicada con sangrado, etc.
13. Indicación de analgesia, si hay dolor. Antibioterapia, si procede.
14. Indicamos cuidados posteriores y próxima cita de revisión.
15. Registramos el procedimiento en la historia de salud y cumplimentamos hoja postquirúrgica.



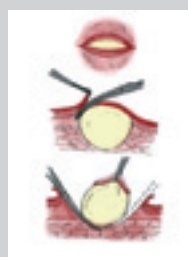
Dimensión ideal de la escisión elíptica o en huso



Disección roma con tijera



Posición del bisturí durante su trayectoria



Incisión cutánea, disección y extracción de un quiste



Alternativa de tracción del huso

Consideraciones

Crear un ambiente relajado y confortable ayudará al paciente a confiar y evitará trastornos y complicaciones.

Realizar diagnóstico diferencial previo.

Interrogar sobre antecedentes.

Es importante mentalizar al paciente sobre cuidados en la zona afectada para posibilitar una correcta cicatrización y evolución posterior.

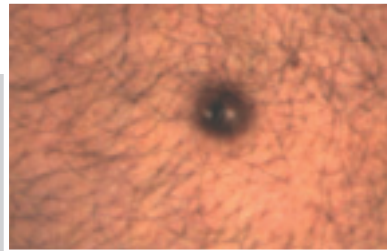
DERMATOFIBROMA

Concepto

También llamado fibroma simple, histiocitoma o fibroma en pastilla, se trata de una formación nodular intradérmica firme, convexa, única o múltiple.

Como signo característico aparece una depresión central cuando se pellizca.

Su aparición se ha relacionado con traumatismos previos y con picaduras de insectos. Presenta un periodo de crecimiento lento. No suele ser doloroso y se trata de una lesión benigna aunque debería realizarse siempre un estudio anatomopatológico de estas lesiones por ser pigmentadas.



Objetivos

Eliminación de la tumoración.

Material necesario

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Solución de povidona yodada | <input type="checkbox"/> Jeringa 5 o 10 c.c. y aguja 16G |
| <input type="checkbox"/> Anestésico local | <input type="checkbox"/> Gasas estériles |
| <input type="checkbox"/> Guantes estériles | <input type="checkbox"/> Paño estéril fenestrado y no fenestrado |
| <input type="checkbox"/> Hoja bisturí nº 15 | <input type="checkbox"/> Pinza disección con dientes tipo Addson |
| <input type="checkbox"/> Mango bisturí nº 3 | <input type="checkbox"/> Mosquito curvo |
| <input type="checkbox"/> Mosquito recto | <input type="checkbox"/> Tijera de Metzenbaum, fina, curva y de puntas romas |
| <input type="checkbox"/> Portaguñas | <input type="checkbox"/> Sutura de seda nº adecuado |
| <input type="checkbox"/> Sutura de safil® nº adecuado si necesario | <input type="checkbox"/> Esparadrapo, Tensoplast® o apósitos |

Procedimiento

1. Informar al paciente sobre técnica que se le va a aplicar.
2. Revisión de consentimiento informado y hoja prequirúrgica.
3. Colocar al paciente cómodamente en posición supina o prona sobre la camilla.
4. La técnica utilizada será similar a la empleada en la extirpación del quiste epidermoide realizando una extirpación en huso.

FIBROMA PÉNDULO



Concepto

También llamado acrocordón, fibroma blando o moluscum pendulum.

Son tumores pediculados de tamaño muy variable que aparecen en cuello, párpados, ingles y axilas. Son benignos aparecen de forma predominante en obesos. Suelen ser asintomáticos salvo si se produce una torsión del pedículo que suele molestar.

Material necesario

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Solución de povidona yodada | <input type="checkbox"/> Jeringa 5 o 10 c.c. y aguja 16G |
| <input type="checkbox"/> Anestésico local | <input type="checkbox"/> Gasas estériles |
| <input type="checkbox"/> Guantes estériles | <input type="checkbox"/> Pinza disección sin dientes tipo Addson |
| <input type="checkbox"/> Bisturí eléctrico | <input type="checkbox"/> Esparadrapo |

Procedimiento

1. Desinfección de la zona con povidona yodada.
2. Habitualmente aplicaremos anestesia local.
3. Aplicación del electrodo de masa del bisturí eléctrico.
4. Indicamos al paciente la necesidad de que retire cualquier objeto (adorno) metálico de su cuerpo.
5. Regular el aparato a la intensidad de corte-coagulación deseada.
6. Emplear el terminal adecuado, de asa o de cuchillete, montándolo en el mango de bisturí.
7. Una vez montado el campo estéril, se procede a la extirpación de la lesión.
8. Colocamos un apósito protector adecuado.
9. Indicamos los cuidados posteriores y citamos para la revisión.
10. Registramos procedimiento en la historia de salud y cumplimentamos hoja postquirúrgica.

Consideraciones

Indicar medidas higiénicas y de protección.
Recomendar analgesia si hay dolor.

EXTIRPACIÓN DE NEVUS

Concepto

El nevus o lunar es una lesión cutánea de la piel, plana o elevada, con pelo o sin él.

El nevus intradérmico, o lunar común del adulto, es de color pardusco o negro, con superficie elevada y frecuentemente con pelos. Sus bordes suelen estar bien definidos.

El nevus de unión, común en la edad infantil y ubicado entre dermis y epidermis, suele madurar en la pubertad a nevus intradérmico. Ocasionalmente da origen a melanoma maligno.

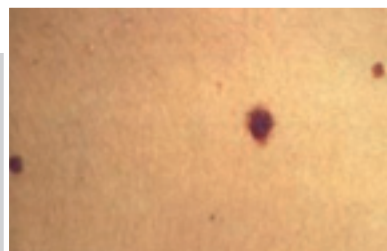
Su superficie es plana o muy poco elevada, varía de color (desde pardo claro a negro), no tiene pelos y es de bordes no bien definidos, con el margen sangrando hacia la piel adyacente.

El nevus compuesto es una combinación histológica de los dos anteriores, con porción intradérmica central oscura y elevada, rodeada de un aro plano y pálido y, por lo general, tienen pelo.

En nuestro medio se llevará a cabo la escisión del nevus intradérmico únicamente, habida cuenta de que los de unión son potencialmente peligrosos y requieren una cirugía más amplia.

Las indicaciones para la extirpación del nevus intradérmico son la localización en cara (obvio, elevado, oscuro y con pelo) y en áreas de roce o apoyo (cinturón, collares, sostén).

La muestra, una vez extirpada SIEMPRE debe enviarse a Anatomía patológica (en formol) para confirmar su benignidad. No debe extirparse con medios destructivos.



Objetivos

Efectuar profilaxis de lesiones malignas, resolver problemas potenciales en áreas de roce y sitios de presión o apoyo.

Material necesario

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gasas estériles | <input type="checkbox"/> Guantes estériles |
| <input type="checkbox"/> Paño fenestrado estéril | <input type="checkbox"/> Apósito estéril |
| <input type="checkbox"/> Maquinilla de rasurar | <input type="checkbox"/> Antiséptico tipo povidona yodada |
| <input type="checkbox"/> Portagujas | <input type="checkbox"/> Envase con formol para enviar muestra a Anatomía patológica |
| <input type="checkbox"/> Tijera de corte/sutura | <input type="checkbox"/> Sutura de seda (el calibre dependerá de la zona) |
| <input type="checkbox"/> Pinza de mosquito curva y recta | <input type="checkbox"/> Mango nº 3 y hoja de bisturí nº 15 |
| <input type="checkbox"/> Pinza de Adson s/d y c/d | <input type="checkbox"/> Tijera de Metzenbaum fina y roma |
| <input type="checkbox"/> Material de registro | <input type="checkbox"/> Material propio para la anestesia local |

Procedimiento

1. Informar al paciente sobre la técnica que se le va a practicar.
2. Revisión de consentimiento informado y hoja prequirúrgica.

3. Colocar al paciente cómodamente sobre la camilla.
4. Con el instrumental correctamente preparado, aplicamos el antiséptico en la zona afectada y su entorno inmediato.
5. Rasuramos la zona, si procede.
6. Efectuamos el procedimiento de anestesia local, preferiblemente en rombo.
7. Con el bisturí efectuamos un corte en elipse, de modo que su eje mayor coincida con las líneas de tensión.
8. Sujetamos el nevus con la pinza de Adson en sucesivos lugares, lo vamos elevando y efectuamos simultáneamente la disección en la elipse hasta poder extirpar el nevus, colocando la muestra en el frasco de formol. Para efectuar la disección podemos ayudarnos de la pinza de mosquito curva o de la tijera de Metzenbaum.
9. Efectuamos la sutura de bordes, con no excesiva presión (seda o nailon fino según el lugar de que se trate) y aplicamos un apósito estéril (en su defecto, gasas y esparadrapo).
10. Citamos para dos días después para su valoración e indicamos la retirada de los puntos para el cuarto día después de la intervención si ha sido en la cara, y al efecto de prevenir marcas de puntos.
11. Recomendamos analgesia si hay dolor.
12. Registramos procedimiento en la historia de salud y cumplimentamos hoja postquirúrgica.
13. Indicamos los cuidados posteriores.

Consideraciones

La extirpación en áreas de rozamiento requerirá un pequeño almohadillado para evitar la irritación de la zona intervenida.

Cuidados para la zona intervenida: evitar la humedad de la zona hasta retirar la sutura; que el paciente nos comente evolución si es en zona de rozamiento; evitar tomar el sol durante los 2-3 primeros meses si es en zona expuesta.

Si el diagnóstico diferencial es dudoso, no debe extirparse en nuestro medio y sí enviarlo al especialista correspondiente.

Si la zona a intervenir está en la cara, la escisión elíptica debe ser lo más ajustada posible, y seguir minuciosamente las líneas de tensión.

El envío de las muestras a Anatomía patológica debe ser sistemático, para confirmar la benignidad.



Nevus intradérmico



Dibujo del huso para extirpación nevus



El A, B, C, D E del melanoma (señales de peligro)

EXTIRPACIÓN DE VERRUGAS

Concepto

Las verrugas son tumores epiteliales frecuentes y contagiosos causados por unos sesenta tipos distintos de virus del papiloma humano (PHV). Algunos de estos tumores pueden llegar a malignizarse. Es habitual la regresión completa tras varios meses, con o sin tratamiento; pueden persistir durante años e incluso recidivar.



Objetivo

Evitar contagios y propagación de la infección. Quitar molestias.

Procedimiento

La selección depende de la morfología y localización de la verruga, de los medios a nuestro alcance y de la pericia o experiencia personal. No obstante, aparece como tratamiento de elección -tras el tradicional de queratolíticos- la crioterapia, por su eficacia y excelentes resultados cosméticos, por la ejecución rápida y sencilla, por no requerir anestesia -salvo excepciones- ni preparación de la piel -salvo excepciones- y con escasos cuidados posteriores, se ha convertido en el método de elección en Atención Primaria.

Tipos de procedimientos:

1. **Curetaje y aplicación de queratolíticos.** Consiste en el raspado de la capa más superficial de la verruga con bisturí o tijeras, protección de la piel que circunda la lesión y posterior aplicación del queratolítico. Este procedimiento puede ser realizado por el paciente o en el centro de salud. Los queratolíticos más usados son una mezcla de ácido salicílico y ácido láctico al 16,7%, o ácido salicílico al 30-40% en cura oclusiva nocturna (verrugas plantares).
2. **Crioterapia.** Consiste en la destrucción de la lesión mediante una congelación controlada.
 - Productos a emplear:**
 - Nitrógeno líquido (-195,6° C.) por torunda tópica, o vaporización directa. Se aplica en dos tandas, cada una de entre 20 y 45 segundos de duración, según el tamaño de la lesión, separadas por un periodo de descongelación. El halo de congelación debe rebasar en 2-3 mm a la lesión, ya que la destrucción tisular sólo se produce a -20° C, temperatura que se alcanza a esa distancia del bloque congelado. Al cabo de 3 semanas hay que valorar la lesión y comprobar si requiere otra sesión.

Para el tratamiento de las lesiones plantares, recubiertas de una capa de hiperqueratosis, es necesario el raspado antes de proceder a la crioterapia. En las verrugas en párpados, labios y uñas de manos y pies la congelación es más dolorosa, por lo que se debe valorar la utilización de anestesia local.

En pacientes con compromiso circulatorio en miembros inferiores (vasculopatía, neuropatía), la crioterapia está contraindicada por debajo de la rodilla.

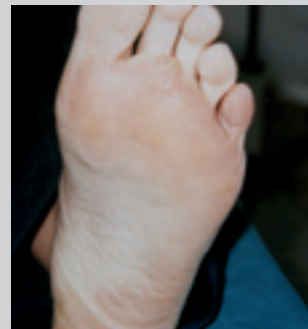
3. **Sección y aplicación de nitrato de plata.** Método a emplear en verrugas filiforme de pequeño tamaño. Consiste en el corte de la verruga, previa desinfección de la piel, con una tijeras curvas, y la aplicación de nitrato de plata para coagular el vaso nutricional y evitar posibles recidivas destruyendo el tejido basal que induce el crecimiento de la verruga. No requiere anestesia.

4. **Bisturí eléctrico**

- Electrodesecación (fulguración). Consiste en la eliminación de la lesión mediante la destrucción superficial y posterior raspado de los tejidos destruidos (con pinza o gasa), hasta acabar con ella. En las lesiones pediculadas de gran tamaño se puede afeitar la lesión y después electrodesecar la superficie sangrante. Para conseguir la fulguración hay que seleccionar en el generador una corriente de alto voltaje, bajo amperaje y muy amortiguada. Es importante no presionar, pues se requiere aire en medio de la corriente para que sea efectiva.
- Electrosección. Se emplea para la eliminación de pequeñas lesiones pediculadas que no requieren electrocoagulación. Para ello hay que seleccionar en el generador una corriente de bajo voltaje, alto amperaje y muy ligeramente amortiguada.

Todos las técnicas con bisturí eléctrico requieren anestesia local.

5. **Escisión fusiforme con bisturí convencional.** Consiste en la extirpación de la lesión mediante la realización de un huso que la englobe, y posterior sutura. Método de elección en lesiones que requieran anatomía patológica.

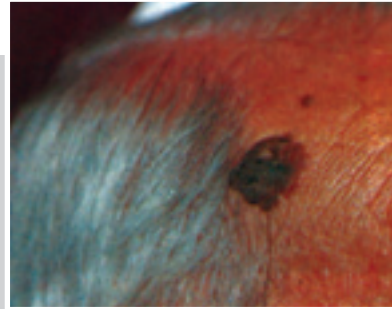


Verrugas plantares



Verrugas plantares después de fulguración

QUERATOSIS SEBORREICA



Concepto

Son los tumores más frecuentes en la edad media de la vida y aumentan con la vejez y son proliferaciones epidérmicas de aspecto verrugoso con componente genético autosómico dominante de carácter benigno.

Se localizan básicamente en cara, cuello y tórax.

Se presentan como pequeñas lesiones -al comienzo de 1-3 mm- marrón claro, de escaso grosor y su superficie es punteada. Con el tiempo se produce engrosamiento e incremento del tamaño, entre 1-6 cm, con forma redondeada u oval.

Objetivo

Eliminar la lesión por las molestias que suele ocasionar a los pacientes por su localización.

Procedimiento

El tratamiento de elección es la crioterapia, la fulguración con bisturí eléctrico o, si existe duda diagnóstica, debe realizarse una exéresis en huso con estudio anatomopatológico posterior.

Consideraciones

Los procedimientos están descritos en patologías anteriores.

En ocasiones su morfología plantea dudas diagnósticas con otras lesiones pigmentadas de la piel como son:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Queratosis actínica | <input type="checkbox"/> Nevus melanocítico |
| <input type="checkbox"/> Lentigo maligno | <input type="checkbox"/> Ca. basocelular pigmentado |
| <input type="checkbox"/> Melanoma | |

QUERATOSIS ACTÍNICA

Concepto

Estas proliferaciones epidérmicas aparecen en pacientes de edad media-avanzada. Son lesiones máculopapulares de color pardo amarillento, apariencia seca y textura rugosa con descamación. Pueden ser únicas o múltiples, son debidas al daño acumulativo de los rayos ultravioleta y están localizadas en zonas expuestas al sol.

Objetivo

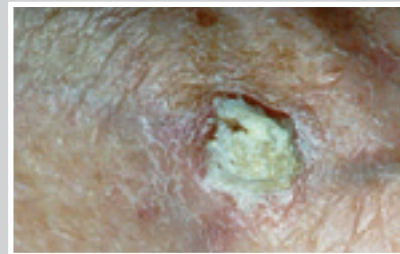
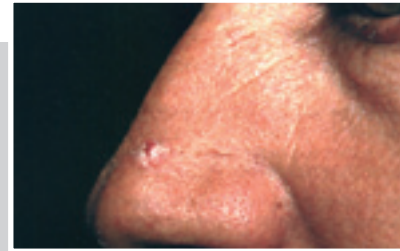
Extirpación de la lesión por su potencial de malignización, que origina con el tiempo tumores malignos, sobre todo carcinomas epidermoides.

Procedimiento

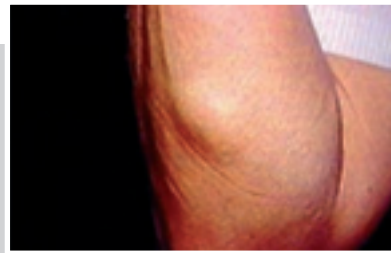
Si las lesiones son escasas (una o pocas), el tratamiento podrá ser la electrocirugía o la crioterapia; si son múltiples, el tratamiento electivo será la crema tópica de 5-fluoruracilo al 1-5%.

Consideraciones

Si existe duda diagnóstica con carcinoma espinocelular se debe derivar al dermatólogo de referencia.



LIPOMA



Concepto

Son tumores benignos de tejido adiposo, subcutáneos, unitarios o múltiples y bien delimitados, que no suelen estar adheridos a la piel ni a planos profundos. Se localizan preferentemente en tronco, cuello y antebrazo, su crecimiento es lento y no suele ser doloroso.

Las lipomatosis generalizadas y los grandes lipomas serán valorados por el servicio de cirugía.

Objetivo

Extirpación cuidadosa del tumor completo para minimizar las complicaciones.

Material necesario

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Solución de povidona yodada | <input type="checkbox"/> Jeringa 5 o 10 c.c. y aguja 16G |
| <input type="checkbox"/> Anestésico local | <input type="checkbox"/> Gasas estériles |
| <input type="checkbox"/> Guantes estériles | <input type="checkbox"/> Paño estéril fenestrado y no fenestrado |
| <input type="checkbox"/> Hoja bisturí nº 15 | <input type="checkbox"/> Pinza disección con dientes tipo Addson |
| <input type="checkbox"/> Mango bisturí nº 3 | <input type="checkbox"/> Mosquito curvo y recto |
| <input type="checkbox"/> Mosquito recto | <input type="checkbox"/> Tijera de Metzenbaum, fina, curva y de puntas romas |
| <input type="checkbox"/> Portaguas | <input type="checkbox"/> Sutura de seda del número adecuado |
| <input type="checkbox"/> Esparadrapo, Tensoplast® o apósitos | <input type="checkbox"/> Separadores tipo rastrillo o mini Farabef |
| <input type="checkbox"/> Sutura de safil® del número adecuado si es necesaria | |

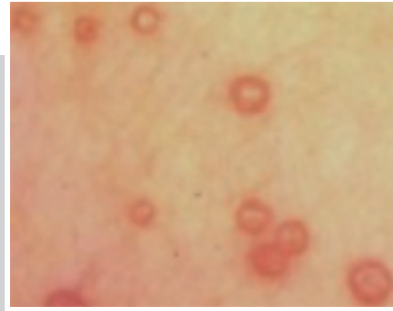
Procedimientos

1. Informar al paciente de la técnica que se le va a realizar.
2. Revisión del consentimiento informado y hoja prequirúrgica.
3. Preguntar por posibles alergias tanto a anestésicos locales como a antisépticos.
4. Colocar al paciente cómodamente en la camilla, en posición adecuada.
5. Limpieza y desinfección de la zona con povidona yodada.
6. Aplicación del anestésico local según técnica y teniendo en cuenta la dosis máxima permitida.
7. Incisión. Se incidirá linealmente con el bisturí en la piel hasta llegar a la lesión realizando el despegamiento de la zona superficial. Posteriormente se atraparé el lipoma con la pinza de Allis o el mosquito y se irá despegando de los diferentes planos con la tijera, el mosquito o el dedo y ayudado por los separadores, para obtener siempre una buena visión directa del campo quirúrgico.
8. Hemostasia y cierre. Se procederá a la hemostasia de los diferentes vasos sanguíneos que estén sangrando mediante ligadura o electrocoagulación. La sutura se realizará por planos, evitando espacios virtuales y dejando drenajes si fuese necesario. Cerrar la piel y valorar a las 48 horas de la intervención.
9. Limpieza de la zona con povidona yodada.
10. Apósitos compresivos para evitar hematomas.
11. Indicación de analgesia si hay dolor. Antibioterapia si procede.
12. Indicamos los cuidados posteriores y la próxima cita de revisión.
13. Registramos el procedimiento en la historia de salud y cumplimentamos la hoja postquirúrgica.

Consideraciones

Hay que ser cuidadoso en la técnica quirúrgica para minimizar los riesgos de complicaciones.

MOLUSCUM CONTAGIOSUM



Concepto

Lesión tumoral infecciosa benigna de la piel producida por un virus.

Son lesiones papulosas de color blanco perlado con umbilicación central de 1 a 5 mm. Pueden aparecer en cuello, tronco, área no genital o párpados. Son muy frecuentes en niños e inmunodeprimidos.

Objetivo

Evitar los contagios y la propagación de la infección. Eliminar molestias.

Procedimiento

Crioterapia o electrocoagulación. También existe la posibilidad de realizar curetaje de la lesión.