

ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



VÍDEOS DE CIRUGÍA DERMATOLÓGICA

Sutura oblicua subcutánea



Subcutaneous Vector-Running Sutures

S. Serrano-Ortega^{a,*}, C. Serrano-Falcón^b y M.A. Fernández-Pugnaire^c

^a Cátedra de Dermatología, Universidad de Granada, Granada, España

^b Unidad de Dermatología, Hospital de Alta Resolución, Guadix, Granada, España

^c Servicio de Dermatología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

Introducción

Los resultados de la extirpación quirúrgica de tumores localizados en «zonas de tensión», especialmente en la espalda y mulos, generalmente son malos. En el postoperatorio inmediato puede producirse dehiscencia de la herida y, a largo plazo, casi siempre se produce dehiscencia de la cicatriz. Clásicamente, para evitarlo, se demora la retirada de los puntos de sutura con lo que son frecuentes las marcas de los puntos en los bordes de la cicatriz dehisciente con el típico

aspecto de «cangrejo» (fig. 1) y si se retiran los puntos antes es posible una dehiscencia de la herida.

En 1992, Weber y Wulc¹ describieron la «sutura oblicua» para el tratamiento de las heridas localizadas en zonas con el fin de evitar la dehiscencia, ya que cuando se ejercía tensión sobre los bordes, en lugar de separar los bordes, aquellos se aproximaban más. Poco después empezamos a emplearla de forma habitual para cerrar defectos cutáneos en la espalda y, aunque los resultados fueron mejores que con las técnicas clásicas, no eran del todo buenos.



Figura 1 Marcas de los puntos de sutura en los bordes de la cicatriz (a) que, a largo plazo suele acompañarse de dehiscencia (b).

* Autor para correspondencia.
Correos electrónicos: salvio@ugr.es,
consultadermatologia@gmail.com (S. Serrano-Ortega).

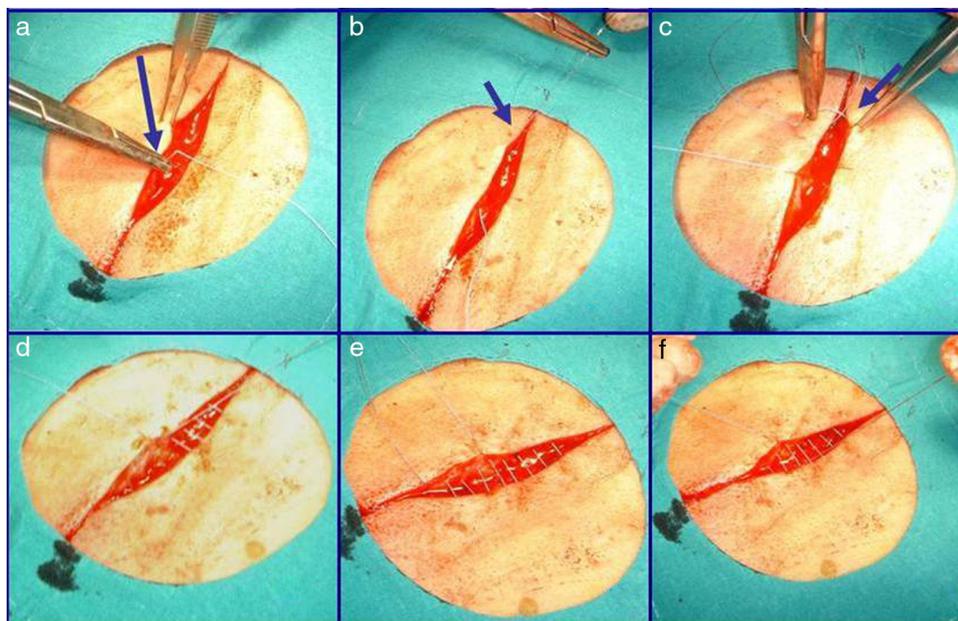


Figura 2 Técnica quirúrgica. Ver descripción en el texto.

Otras técnicas propuestas resuelven bien la dehiscencia de la herida, pero no la posterior dehiscencia de la cicatriz, ya que la sutura absorbible desaparece en un tiempo variable entre 10 y 30 días².

Para evitar la dehiscencia de la cicatriz a largo plazo usamos un material de sutura no reabsorbible, bien tolerado y que no se degrade con el paso del tiempo lo que nos aseguraría controlar las fuerzas de tensión y evitar, a corto plazo, la dehiscencia de la herida y, a la larga, una cicatriz imperceptible. Para que no se noten los orificios de entrada y salida del hilo de sutura decidimos hacer la sutura oblicua subcutánea en todo su trayecto, enterrándola completamente.

En el Congreso del CILAD de 2005³, presentamos una técnica personal que nos resuelve el problema de las dehiscencias y que, desde entonces, realizamos de forma habitual en estos casos.

Técnica quirúrgica

Después de la extirpación del tumor, y de acuerdo con los principios generales de la Dermatología Quirúrgica, iniciamos la sutura del defecto resultante. Primero suturamos plano profundo con sutura absorbible, entrelazada y multifilamento de ácido poliglicólico (Vicryl® de Ethicon) de 000/0000. Seguidamente iniciamos la sutura oblicua subcutánea (fig. 2). Empezamos la sutura en el punto medio de uno de los bordes de la herida (fig. 2a). La aguja curva la insertamos en la dermis media-profunda y siguiendo un movimiento curvo vamos a exteriorizarla lo más cerca posible del extremo de la herida (fig. 2b). Desde este punto (fig. 2c) pasamos al borde opuesto desde donde iniciamos una sutura subcutánea normal (fig. 2d) que continuamos hasta alcanzar el extremo opuesto de la herida (fig. 2e). Desde el extremo más distal del labio de la herida contrario al de inicio de la sutura, introducimos la aguja para salir justo enfrente del punto de entrada y anudamos con el hilo

opuesto para aproximar ambos bordes (fig. 2f) de forma que cuando se produzca tensión en los bordes de la herida el «fuelle» que forma la sutura aproxima aún más los bordes evitando la dehiscencia.

El material de sutura que empleamos en los primeros años fueron hilos de Gore-Tex®, basándonos en la experiencia acumulada a lo largo de los años con el empleo de estos hilos como material de relleno en dermocosmética⁴. En los últimos años lo sustituimos por Ti-cron® (Tyco-Healthcare Spain, SL), sutura trenzada no absorbible de poliéster uniformemente revestido con silicona, que ha demostrado una tolerancia excelente en cirugía cardíaca y oftalmológica⁵.

Indicaciones

La indicación principal de esta técnica es el cierre directo de defectos cutáneos localizados en áreas sometidas a movimiento, especialmente la espalda y extremidades, que suponen una tensión en los bordes de la herida/cicatriz que tiende a su dehiscencia.

Como en todo cierre directo es preciso un despegamiento amplio de los bordes para evitar la tensión al suturar.

Complicaciones

Las propias de cualquier técnica quirúrgica. La tolerancia al material de sutura que empleamos es excelente. No hemos encontrado ninguna complicación.

Conclusiones

Con la técnica descrita se resuelve de una manera fácil la dehiscencia de la herida y de la cicatriz posterior en zonas cutáneas sometidas a tensión (fig. 3).



Figura 3 Cicatriz de extirpación de un melanoma en cara anterior del muslo derecho (mismo caso presentado en el video). Dos años después de realizar sutura oblicua subcutánea.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.ad.2014.06.013](https://doi.org/10.1016/j.ad.2014.06.013).

Bibliografía

1. Weber PJ, Wulc AE. Vector-running sutures in high-tensions and high-mobility areas. *Ann Plast Surg.* 1992;29:471-3.
2. Casparian JM, Monheit GD. Surgical pearl: The winch stitch-a multiple pulley suture. *J Am Acad Dermatol.* 2001;44:114-6.
3. Serrano Falcón C, Serrano Ortega S, Abad J, Linares J. Sutura oblicua subcutánea. Libro de resúmenes XVI Congreso CILAD. Cartagena de Indias. 2005.
4. Cisneros JL, Singla R. Intradermal augmentation with expanded polytetrafluoroethylene (Gore-Tex) for facial lines and wrinkles. *J Dermatol Surg Oncol.* 1993;19:539-42.
5. Sharma P, Reinecke RD. Single-stage adjustable strabismus surgery for restrictive strabismus. *J AAPOS.* 2003;7:358-62.