

G. Solano-López^{a,*}, A. Montes-Torres^a, E. Tomero^b,
J. Fraga^c, D. De Argila^a, E. Daudén^a

^a Department of Dermatology, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, Spain

^b Department of Rheumatology, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, Spain

^c Department of Pathology, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, Spain

*Corresponding author.

E-mail address: guitje1@hotmail.com (G. Solano-López).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.10.017>

0001-7310/

© 2016 AEDV. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Estudio piloto de valoración de dehiscencias posquirúrgicas tras sutura continua por planos



Pilot Study to Evaluate Postsurgical Dehiscence After Continuous Suture by Tissue Planes

Sra. Directora:

El objetivo principal de la cirugía oncológica dermatológica es la extirpación del tumor con márgenes de seguridad suficientes que permitan una correcta monitorización posterior. No obstante, conseguir el mejor resultado, tanto funcional como estético, es un objetivo secundario al que cada día se concede mayor importancia, y que incluso se ha trasladado a la exéresis de lesiones benignas, muchas de ellas no cubiertas en la cartera de servicios de numerosos hospitales¹.

Existen diferentes técnicas quirúrgicas para evitar la dehiscencia de la herida en el postoperatorio inmediato y posteriormente en el postoperatorio tardío. La técnica clásica que mejores resultados ha aportado ha sido la descrita por Weber y Wulc² en 1992. Esta técnica ha sido posteriormente modificada y mejorada por Serrano et al.³ en 2015, consiguiendo que no se notasen los orificios de entrada y salida del hilo de sutura mediante la realización de la sutura oblicua subcutánea en todo su trayecto, enterrándola por tanto de forma completa.

En línea con la idea desarrollada por Serrano³, para evitar la dehiscencia de la herida y posteriormente de la cicatriz, realizamos una «sutura continua por planos»⁴, que consiste en una sutura subcutánea continua seguida de una sutura intradérmica, y cuya técnica se expuso previamente en la sección de vídeos quirúrgicos de ACTAS DERMOSIFILIOGRÁFICAS.

Con esta técnica mantenemos controladas las fuerzas de tensión hasta que la herida ha cicatrizado, siendo una técnica ágil y sencilla. No es necesario retirar el material de sutura. Para la sutura utilizamos un material reabsorbible a medio plazo para evitar la formación de granulomas a cuerpo extraño que se pueden producir al usar sutura no reabsorbible (Novosyn[®], 3/0 una sutura sintética absorbible a medio plazo, de 90/10 poli —glicólico-co-L-láctido—, multifibrilar, trenzada e impregnada). Dos ventajas adicionales de esta técnica son la rapidez en su ejecución y el no necesitar de ayudante para ir cortando el material de sutura tras cada punto⁵.

Para determinar la dehiscencia producida en el postoperatorio inmediato y a medio plazo con la técnica mencionada y la realizada mediante cirugía convencional, realizamos en nuestra unidad un estudio piloto prospectivo no aleatorizado entre enero y diciembre de 2015. Este estudio fue aprobado por el comité ético de nuestro hospital. Todos los pacientes incluidos eran mayores de 18 años. Como variables se recogieron sexo, edad, diagnóstico clínico, longitud y anchura del ojal de incisión y anchura de la dehiscencia a los 3 y 6 meses respectivamente. Todas las lesiones extirpadas se localizaron en el tronco y en la raíz de los miembros inferiores.

Realizamos un análisis descriptivo global y por grupos a través de un análisis de normalidad de las variables cuantitativas continuas mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, empleando para comparar estas variables el test «t» de Student o el test de Welch en las variables normales y el test U de Mann Whitney en las no normales. Asimismo, se empleó el test de Chi cuadrado para estudiar la asociación entre variables cualitativas. Se recogieron 65 pacientes, 37 intervenidos mediante sutura continua por planos y 28 con la técnica clásica de Weber (tabla 1). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables edad, sexo, longitud y anchura del ojal entre ambos grupos. Los pacientes intervenidos mediante la sutura continua por planos presentaron una dehiscencia media de 4,88 mm, mientras que la dehiscencia media en el grupo de la sutura clásica fue de 7,25 mm, siendo la diferencia entre ambas medias estadísticamente significativa ($p=0,002$).

En ninguna de las 2 técnicas se experimentó complicaciones de tipo infeccioso en el postoperatorio inmediato ni tardío tras seguir de forma estricta los protocolos de verificación pre y posquirúrgica realizados en nuestro centro⁶.

Tabla 1 Comparativa de las 2 técnicas de sutura realizadas en los pacientes de nuestro estudio

	Continua por planos	Clásica	p
Edad	54,66 ± 19,93	50,67 ± 15,94	0,381
Sexo			0,880
V	23	13	
M	18	11	
Dehiscencia (cm)	0,49 ± 0,29	0,73 ± 0,27	0,002
Longitud ojal (cm)	4,48 ± 1,32	4,01 ± 1,48	0,203
Anchura ojal (cm)	2,19 ± 1,01	2,54 ± 1,18	0,251

Nuestro estudio piloto plantea como principal limitación que la comparación de ambas técnicas quirúrgicas no se realizó en pacientes con localizaciones pareadas y con aleatorización de los pacientes. Asimismo es preciso reseñar que esta técnica de sutura está ideada para zonas de alta tensión, como el tronco y las extremidades, si bien inicialmente se han incluido todas las regiones corporales. En el momento actual no se dispone de resultados en el postoperatorio tardío. No obstante, sí se apreció claramente que la dehiscencia producida mediante nuestra técnica es menor que mediante cirugía convencional.

Esta línea de investigación es novedosa⁷ y, de hecho, recientemente, se ha publicado la utilización de nuevos sistemas no traumáticos de cierre de heridas⁸, que han sido comprobados mediante un estudio clínico prospectivo aleatorizado y controlado. Todas las lesiones se situaban en el tronco y las extremidades, y si bien no existieron diferencias estadísticamente significativas en los resultados estéticos, la sutura dérmica parece ser necesaria para complementar el uso de dicho dispositivo para aproximar los bordes de la herida a nivel epidérmico. El paciente se puede retirar el dispositivo y el tiempo que se invierte en la sutura es claramente inferior, pero son necesarios nuevos estudios, como el que aportamos, para valorar la mejora en los procesos de dehiscencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al Dr. Gonzalo Blasco Morente y a la Dra. Cristina Garrido Colmenero por su ayuda en la realización del presente trabajo.

Bibliografía

1. Moreno-Ramírez D, Ruiz-Villaverde R, de Troya M, Reyes-Alcázar V, Alcalde M, Galán M, et al. Process of care for patients

- with benign cysts and tumors: Consensus document of the Andalusian Regional Section of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology (AEDV). *Actas Dermosifiliogr.* 2016;107:391–9.
2. Weber PJ, Wulc AE. Vector-running subcuticular sutures in high-tension and high-mobility areas. *Ann Plast Surg.* 1992;29:471–3.
3. Serrano-Ortega S, Serrano-Falcón C, Fernández-Pugnaire MA. Subcutaneous vector-running sutures. *Actas Dermosifiliogr.* 2015;106:65–7.
4. Garrido-Colmenero C, Blasco-Morente G, Pérez-López I, Tercedor-Sánchez J. Continuous suture by tissue planes. *Actas Dermosifiliogr.* 2015;106:833–4.
5. Hochberg J, Meyer KM, Marion MD. Suture choice and other methods of skin closure. *Surg Clin North Am.* 2009;89:627–41.
6. Heal CF, Buettner PG, Drobetz H. Risk factors for surgical site infection after dermatological surgery. *Int J Dermatol.* 2012;51:796–803.
7. Alam M, Posten W, Martini MC, Wrone DA, Rademaker AW. Aesthetic and functional efficacy of subcuticular running epidermal closures of the trunk and extremity: A rater-blinded randomized control trial. *Arch Dermatol.* 2006;142:1272–8.
8. Mitwalli H, Dolan C, Bacigalupi R, Khorasani H. A randomized, controlled, prospective clinical study comparing a novel skin closure device to conventional suturing. *J Am Acad Dermatol.* 2016;74:173–4.

J. Tercedor-Sánchez, A. Martínez-López, I. Pérez-López y R. Ruiz-Villaverde*

Unidad de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, Complejo Hospitalario de Granada, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ismenios@hotmail.com
(R. Ruiz-Villaverde).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2016.10.014>
0001-7310/

© 2016 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.