

ABSCESOS. FLEMONES**Dra. Gara Alcalá García del Río**

M.I.R. en Cirugía General y del Aparato Digestivo

Infección que forma una tumoración dentro de la piel u otro órgano. La inflamación local tiene siempre como escenario el tejido conjuntivo y su origen es múltiple: físico (calor, radiaciones), químico (cáusticos, irritantes), o biológico (virus, bacterias), que es el más frecuente. En realidad, aunque la inflamación sea aséptica en su origen, es fácil su contaminación con bacterias existentes en la vecindad o en la sangre circulante.

PATOGENIA

Se produce una lucha entre elementos agresores (bacterias) y defensivos (leucocitos, células plasmáticas), los detritus producidos en esta lucha se van acumulando y su licuación produce el pus; éste tiende paulatinamente a confluír, lo cual es exactamente el fenómeno de la abscesificación. Si este fenómeno no se trata el pus puede acabar saliendo al exterior (o al interior) mediante una fístula (trayecto que comunica el absceso con el exterior).

- **Flemón:** infección sin presencia de pus.
- **Absceso:** infección en la que se ha producido pus.

LOCALIZACION

Esta infección puede suceder a cualquier nivel:

- **Absceso cutáneo:** localización más frecuente.
- **Absceso cerebral:** Casi siempre se halla encapsulado y apenas da más síntomas que los de la ocupación de espacio intracraneal, o tumorales.
 - Su origen más frecuente son las encefalitis, otitis y sinusitis.
- **Absceso de mama:** Llamado también mastitis, suele presentarse en la mama lactante y tiene su origen en grietas del pezón y contaminación directa del tejido subcutáneo, muy abundante.
- **Absceso de pulmón:** La supuración del pulmón es fácil por contaminación de un foco de neumonía, de un infarto o de una zona parasitada (hidatidosis), por los gérmenes que pululan por las mucosas respiratorias.
- **Otros:** En hígado (amebiano o poshidatídico), bazo o riñón, y en general en cualquier víscera.

ABSCESOS CUTANEOS

- **Etiología:** los gérmenes causales habituales son los estafilococos.
- Pueden aparecer sobreinfectando una cavidad (quiste epidérmico abscesificado), sobre zonas de piel con elevada contaminación bacteriana (periné, axilas), zonas de fácil traumatismo (dedos, pezones) o ante la presencia de cuerpos extraños.
- **Clínica:** síntomas locales clásicos de la inflamación (calor, rubor, tumor, dolor, impotencia funcional).
- **Diagnóstico:** CLINICO. En situaciones de dudas, por ejemplo en la mama para diferenciar si existe colección drenable, se puede recurrir a la ecografía.
- **Tratamiento:**
 - **Antibiótico:** en abscesos indurados iniciales sin zona fluctuante y en abscesos muy grandes tratados mediante drenaje (no esta de más un antibiótico durante una semana) o aquellos que presentan un área significativa de celulitis.
 - **Quirúrgico:** Incisión y drenaje en abscesos con zona fluctuante.

TECNICA

Es preferible realizar la cirugía de los abscesos en un ambiente diferente de donde se hace la cirugía limpia habitual, si se dispone de espacio (sala de curas).

- 1) **Antisepsia de la piel:** hay muchos tipos pero los más utilizados son la clorhexidina y el yodo (betadine).
- 2) **Infiltración de la anestesia local:** se infiltra cuidadosamente en la delgada piel que cubre la cúpula del absceso, donde vamos a realizar la incisión, con una aguja del num. 25 (naranja de insulina). Si la aguja se encuentra en el plano adecuado la piel deberá palidecer durante la infiltración, lo que muestra que la anestesia es suficiente.
 - En ocasiones tiene malos resultados debido a su ineficacia ante el pH reducido del pus. En zonas que lo permitan es preferible el bloqueo regional.
 - Ante abscesos pequeños y superficiales puede ser útil el enfriamiento tóxico de la zona a incidir rociando cloruro de etilo (cloretilo) aplicado por un ayudante mientras se realiza la incisión.
- 3) **Incisión:** la incisión debe seguir las líneas de mínima tensión o líneas de Langer para conseguir una cicatriz estética. Se lleva a cabo con una hoja de bisturí del 11 sobre la zona más fluctuante, realizando una simple incisión lineal a lo largo de toda la cúpula blanda.

- 4) **Drenaje y desbridamiento:** se separan los labios de la herida con una pinza mosquito permitiendo así la salida del pus. Se explora la cavidad y se desbrida cualquier tabique con el mismo mosquito o con el dedo, maniobra que suele ser dolorosa pero que no debe ser evitada. Finalmente se irriga la cavidad con abundante solución salina o con clorhexidina.
- 5) **Mechado:** Se instala un drenaje que puede ser de cualquier material aunque nosotros solemos utilizar una tira de gasa estéril, sobresaliendo uno de los extremos por la herida para así mantener los bordes de la incisión separados y no producir un falso cierre. Se coloca abundante gasa seca recubriendo la zona para absorber el líquido exudado.
- 6) **Curas:** Las curas se realizan a diario con irrigación abundante de la cavidad para barrer los detritus, manteniendo la gasa para evitar el cierre de la incisión hasta que la secreción sea mínima.