

Procedimientos Quirúrgicos a Nivel de la Atención Primaria

Dr. Marco Bornhauser N.

Médico Familiar Mención Adulto
marcobornhauser@hotmail.com

CASO CLÍNICO 1

Usted se encuentra en un Centro de Salud Familiar y esta viendo a Tomás, un hombre de 22 años que se queja de una uña encarnada en el hallux derecho con formación de un granuloma en la zona inflamada, problema que arrastra hace aproximadamente 2 años y medio. Ha recibido educación acerca del uso de zapatos adecuados y del corte de uña correcto. En dos ocasiones previas se había indicado tratamiento antibiótico y hace un año se realizó una onicectomía total en un servicio de urgencia. Tomás le pide una solución a su problema.

CASO CLÍNICO 2

En el mismo lugar está atendiendo a Gisella, una mujer de 29 años que padece de un quiste sebáceo en la espalda que le molesta por el aspecto estético, el dolor y el mal olor que percibe ocasionalmente. Ha sido vista por el mismo motivo por otro médico en el mismo centro hace 2 meses, quien la derivó a dermatología. Todavía esta esperando la hora.

¿Por qué realizar procedimientos de cirugía menor a nivel de la atención primaria?

En los consultorios o centros de salud familiar es muy frecuente encontrarse con patologías que pueden ser resueltas con procedimientos quirúrgicos ambulatorios de baja complejidad. Son motivos de consulta frecuentes la presencia de lipomas, granulomas, quistes sebáceos, patología ungueal y periungueal, verrugas, cuerpos extraños, tumores cutáneos y subcutáneos y queloides.

La gran mayoría de estas patologías debería ser resuelta a nivel de la atención primaria por múltiples razones. En primer lugar, la prevalencia de estas patologías hace prácticamente imposible que puedan ser resueltas a nivel secundario. En segundo lugar, la complejidad de los procedimientos resolutivos es baja, las técnicas pueden ser aprendidas por un médico general interesado en pocas sesiones bajo supervisión y la infraestructura necesaria se encuentra ya disponible en la gran mayoría de los consultorios en la actualidad. Usar a los especialistas del nivel secundario para resolver patologías frecuentes, de baja complejidad, es una mal utilización de recursos y conduce inevitablemente al colapso del sistema de derivación en un corto plazo, como lo observamos en la actualidad. Parece razonable entonces aumentar la resolutividad a nivel primario para abordar satisfactoriamente las patologías prevalentes y de baja complejidad a través de capacitación e implementación adecuada de diversas estrategias.

En el Centro de Salud Familiar el Roble en la comuna de La Pintana se ha implementado una sala de cirugía menor hace aproximadamente tres años, la cual cuenta con la infraestructura necesaria para poder realizar procedimientos de cirugía ambulatoria. Durante los últimos dos años, en el contexto de mi formación en Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica de Chile he estado a cargo de los procedimientos de cirugía menor en este centro. Actualmente realizamos entre 6 a 8 procedimientos semanales, resolviendo todas las patologías previamente nombradas. Trabajamos en coordinación con los servicios de esterilización y de curación de nuestro centro y con el servicio de patología del Hospital Padre Hurtado, donde son analizadas las biopsias.

Patologías de mayor complejidad son derivadas al nivel secundario. Creamos de esta forma una especie de filtro en nuestro centro que nos permite tener el control acerca de la priorización de los cupos al nivel secundario, y manejarlos con mayor eficacia, dando un mejor servicio a la comunidad.

Hemos enfrentado los casos clínicos en nuestro centro de salud familiar de la siguiente manera:

Caso clínico 1

Uno de los problemas que encontramos con mayor frecuencia es la onicriptosis, que se produce con mayor frecuencia entre la segunda y la tercera década de la vida y se asocia con el corte inadecuado de las uñas, hiperhi-

CASO CLÍNICO

drosis, trauma ungueal, obesidad, zapatos que ejercen presión externa sobre las uñas y neoplasias subungueales. Se diferencian tres etapas en el desarrollo de la onicocriptosis. En la etapa 1 se observa eritema, edema leve y dolor a la compresión de la zona periungueal afectada. La etapa 2 se caracteriza por un aumento de estos síntomas más infección y presencia de pus. En la etapa 3, finalmente, se produce la formación de un granuloma e hipertrofia del pliegue ungueal lateral afectado, como es el caso de Tomás.

La onicectomía total, se asocia en estos casos con tasas de recurrencias por sobre el 70%, siendo la mejor alternativa terapéutica la onicoplastia con matricectomía lateral y remoción del tejido de granulación. La técnica consiste en esterilizar la piel con povidona yodada, para luego realizar anestesia troncular digital con lidocaína 2%. Se puede comprimir la base del dedo con fines de hemostasia por un tiempo limitado. A continuación, se procede a la extirpación parcial del 20-25% de la uña del lado afectado, mediante el corte con tijeras desde el borde libre hacia la matriz. Luego se extrae la lámina ungueal, sujetando ésta con una porta, realizando un movimiento rotatorio, manteniendo una leve tracción. Con la ayuda de una hoja de bisturí se recorta el tejido de granulación lateral, dejando los tejidos a nivel. Enseguida, se realiza la matricectomía, ya sea mecánica con curetaje o mejor química con fenol al 89%, aplicándolo directamente en el lecho de la matriz ungueal, por debajo de la epidermis durante 30-60 segundos, aclarando con abundante alcohol al 70%, repitiendo este procedimiento hasta 3 veces. La aplicación de fenol tiene la ventaja de que este tiene propiedades hemostáticas, bactericidas y analgésicas.

Finalmente, aplicamos pomada de nitrofurazona al 0,2% y vendamos con gasas. Es recomendable prescribir analgésicos para el domicilio y reco-

mendar reposo con el pie en alto para minimizar el sangrado y la inflamación posterior. Controlamos estos pacientes a los 3-4 días en el servicio de curaciones. Dentro de las posibles complicaciones que observamos, está la infección de los tejidos superficiales de la zona intervenida, que responde bien a antibióticos orales. El desarrollo de osteomielitis está descrito en muy pocos casos y no ha sido observado por nosotros. La recurrencia de onicocriptosis se puede producir, si la matricectomía realizada no fue efectiva y se origina el crecimiento de una espina ungueal a lo largo del nuevo pliegue ungueal creado. En este caso es necesaria una segunda intervención, asegurando la destrucción completa de la matriz ungueal lateral.

Caso clínico 2

Los quistes sebáceos también llamados quistes epidérmicos se originan a partir de un folículo pilosebáceo roto, a veces en asociación con acné, otra causa descrita sería un defecto del desarrollo de los ductos sebáceos. Clínicamente se caracterizan por ser tumoraciones lisas, redondeadas, blandas, móviles, bien definidas, a veces adheridas al tejido circundante, de crecimiento lento que aparecen de preferencia en el tronco, cuello, cara, escroto o retroauricular. Ocasionalmente puede identificarse un punto negruzco en su centro, representando un tapón de queratina.

El procedimiento quirúrgico empleado debe remover completamente el quiste sebáceo, incluyendo su cápsula, para prevenir las recurrencias. Generalmente, preferimos realizar una técnica conocida como de excisión mínima, ya que la incisión es de menor tamaño y consume menos tiempo.

Inicialmente se pincela la piel de la región afectada con povidona yodada. A continuación se procede a realizar anestesia local con lidocaína al 2% de la piel y los tejidos que rodean el quiste. Luego se efectúa una incisión de la piel y cáp-

sula de 2-3 mm en el centro del quiste, usando un bisturí. Enseguida se aplica presión externa sobre el quiste, usando ambos pulgares, exprimiendo el contenido queratínico. Es importante aplicar presión vigorosa en este momento, ya que se facilita la extracción de la cápsula que se realizará a continuación, con la ayuda de una pinza mosquito. Puede ocurrir que el contenido del quiste salga a gran velocidad y recorra distancias considerables, por la compresión aplicada, por esta razón se recomienda cubrir la lesión con una gasa estéril previamente. Es posible que la cápsula se rompa durante la extracción, por lo cual se revisará la cavidad resultante hasta que se haya extraído la cápsula completa. Finalmente, se cubre la lesión con gasa y el paciente aplicará presión directa sobre la zona durante dos horas. La mayoría de las incisiones pequeñas no requieren el cierre mediante suturas, pero ocasionalmente, dependiendo del tamaño de la incisión y de la localización de esta puede ser recomendable suturar la piel.

No existe consenso acerca de si estas lesiones debieran ser analizadas histológicamente en su totalidad. Nosotros enviamos a estudio histológico todo quiste con algún tipo de irregularidad en la pared o si existen lesiones sólidas asociadas.

Generalmente, recomendamos un control en curaciones en las próximas 48-72 horas y otro control a los 5-10 días si hubiese que retirar puntos.

Dentro de las complicaciones posteriores, hemos observado la formación de un coágulo en la cavidad que ocupaba el quiste previamente, en este caso es recomendable exprimir cuidadosamente el nuevo contenido y aplicar compresión enérgica a continuación. La infección de la herida operatoria es otra complicación descrita que debe ser tratada con curaciones, antibióticos orales y controles hasta la resolución completa

de la infección. Si se detecta la presencia de un tumor sólido durante el procedimiento se recomienda la excisión formal y su posterior análisis histológico.

REFLEXIONES FINALES

El tema de la cirugía ambulatoria ejemplifica un abordaje razonable que puede ser aplicado a múltiples otras condiciones de salud que son de alta prevalencia y de baja complejidad, pero que por razones históricas se llevan a cabo a nivel secundario o terciario. Con el desarrollo de la Medicina Familiar (general) se nos presenta la oportunidad cierta de volver a realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos a nivel de la atención primaria, ampliando y

diversificando nuestra capacidad resolutiva. Lo anteriormente expuesto aumentará inevitablemente el atractivo de nuestra especialidad, mejorará la satisfacción laboral, y de nuestros pacientes y ayuda a demostrar la importancia fundamental que tiene la atención primaria en contribuir a un mejor funcionamiento del sistema de salud.

REFERENCIAS

- 1.- ZUBER T J. Minimal excision technique for epidermoid (sebaceous) cysts. *Am Fam Physician* 2002; 65: 1409-12.
- 2.- KLIN B ,ASHKENAZI H. Sebaceous cyst excision with minimal surgery. *Am Fam Physician* 1990; 63: 520-4.
- 3.- PUENTE S. Manual de cirugía menor. Ministerio de Salud, división de atención primaria. Pp 29-44.
- 4.- ZUBER T J. Ingrown toenail removal. *Am Fam Physician* 2002; 65: 2547-50.
- 5.- RIAL F. Uña encarnada: matricectomía química. www.fisterra.com, técnicas en atención primaria.
- 6.- ROUNDING C, HULM S. Surgical treatments for ingrowing toenails. *Cochrane Library Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2): CD001541.
- 7.- PEGGS J F. Chapter 6-Treatment of Ingrown Toenails. En: Pfenninger: *Procedures for Primary Care Physicians*, 1st ed. Mosby-Year Book, Inc. 1994.
- 8.- PFENNINGER J L, ZUBER T J. Chapter 5 - Approach to Various Skin Lesions. En: Pfenninger: *Procedures for Primary Care Physicians*, 1st ed. Mosby-Year Book, Inc. 1994.