

La sutura mágica

C. GARCÍA-REBOLLAR¹ Y B. LÓPEZ GARCÍA²

¹ *Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Calesas (Madrid)*

² *Farmacéutica*

La mayoría de las heridas en los niños se producen en la cabeza y el mecanismo de lesión más frecuente es la aplicación de la fuerza bruta. Los objetivos del tratamiento de las heridas son simples: evitar la infección de la herida, ayudar en la hemostasia y proporcionar una cicatriz estéticamente aceptable. Actualmente, la mayoría de los estudios se centran en el resultado estético de la cicatrización de la herida más que en las tasas de infección, porque éstas siguen siendo bajas, independientemente del tratamiento aplicado¹.

Partimos de la base de que las heridas superficiales, como excoiaciones y rasguños, no necesitan cierre alguno y sí un buen lavado con agua y jabón, por más que acudan demandando atención urgente al centro de salud. Es habitual en la práctica del pediatra de atención primaria (al menos en mi caso, y no creo que sea la única) que las heridas de la cara que precisan sutura se deriven a un servicio hospitalario, con la buena intención de lograr una cicatriz lo más perfecta posible, a la vez que evitamos posibles conflictos legales consecuencia de pobres resultados estéticos, que el niño nos recuerde como causantes de más dolor y, por qué no decirlo, para optimizar la gestión de nuestro tiempo, casi siempre escaso.

En 1949 se usó por primera vez el cianoacrilato² como adhesivo tisular. Desde hace más de 20 años se emplea como sustituto excelente de puntos, grapas o cintas adhesivas para cerrar cortes sencillos. Por tanto, parece que ya va siendo hora de que lo empleemos con más frecuencia en nuestros pacientes. Varios ensayos clínicos aleatorios en niños y adultos han demostrado que no hay diferencia significativa en los resultados cuando los cortes y también las incisiones quirúrgicas se reparan con adhesivo tisular en comparación con el cierre estándar de la herida^{3,4}. Tan sólo se ha observado una tasa mayor de dehiscencia, pequeña pero estadísticamente significativa, con los adhesivos tisulares, a cambio de obtener mejores resultados cosméticos.

La mayoría de los adhesivos de tejidos son polímeros de cianoacrilato, el mismo que utilizamos como superpegamento. Los más usados son el octil-2-cianoacrilato, comercializado bajo la marca Dermabond (Ethicon) y una mezcla de butil y octil-2-cianoacrilato, Liquiband Surgical S (MedLogic). Se pueden conservar a temperatura ambiente, ofrecen protección bacteriana, siendo la unión más firme y más flexible con los productos a base de octil-cianoacrilato. Es posible (aunque no lo sepamos y esté caducándose) que dispongamos

de él en nuestro centro de trabajo, aunque no es fácil encontrarlo en las farmacias.

El uso del pegamento ha demostrado tener ventajas potenciales en comparación con las suturas convencionales^{3,5,6}:

- Aplicación menos dolorosa, sin necesidad de inyección de anestésico local.
- Facilidad de uso y rapidez en la intervención.
- Resultados similares o mejores estéticamente a los 12 meses de la reparación.
- Barrera impermeable.
- Propiedades antimicrobianas.
- Mejor aceptación por los pacientes.
- Consulta de seguimiento o para retirar la sutura innecesarias.

Aunque el producto en sí es caro, si se compara con los costes del material tradicional para la sutura, la segunda consulta para la extracción de puntos y el tiempo invertido por los profesionales, probablemente resulte más barato⁵.

INDICACIONES

Las heridas punzantes, con aplastamiento, estrelladas y mordeduras no deben cerrarse con adhesivos tisulares. Tampoco están indicados en mucosa oral o áreas húmedas (axilas, periné), ni en las laceraciones del borde del labio ni línea del cabello, que requieren más precisión en la sutura.

Las heridas en las que es adecuado el uso del pegamento son las que permiten una buena aproximación de los bordes, sin tensión y no existen factores de riesgo de infección. El corte ideal es limpio, lineal y de menos de 5 cm de longitud, resultando muy eficaces y bien aceptadas en las heridas de cara y cuero cabelludo⁵ más atrás⁶. También se puede utilizar con seguridad en heridas más grandes en las que se necesitarían puntos de sutura subcutáneos, con el objetivo de disminuir la tensión de la herida y mejorar el resultado estético¹. Aunque no es recomendable para cortes de manos, pies y articulaciones, puede utilizarse si se inmovilizan, para evitar que los movimientos repetitivos puedan romper la unión adhesiva. No hay datos que confirmen que la sutura con pegamento evite la formación de cicatrices queloides, pero tampoco de que las aumente⁶.

TÉCNICA

Después de la limpieza y la hemostasia completa, como en cualquier otra herida, se aproximan los bordes, que deben estar perfectamente secos, con los dedos o pinzas. El producto debe impregnar la punta de espuma del aplicador, evitando el goteo. Con suavidad se aplica una película fina en los bordes, sin presionar hacia el fondo de la herida, para evitar una reacción a cuerpo extraño que impida una cicatrización normal. Si esto ocurre, el adhesivo debe retirarse en menos de 10 segundos con vaselina o ungüento antibiótico y volver a empezar. La primera capa se deja secar unos 30 o 40 segundos, manteniendo juntos los bordes de la herida. Se repite el procedimiento 3 o 4 veces dibujando un óvalo alrededor de la herida, de unos 5-10 mm alrededor de la incisión, con lo que la fuerza de cierre aumenta al abarcar mayor superficie de piel. Las últimas capas suelen tomar más tiempo en secar que la primera. No se debe tocar la herida hasta que esté completamente seca, lo que puede llevar hasta 5 minutos.

Se debe advertir al paciente que notará un cierto calor. No son necesarios más apósitos, pues el adhesivo actúa como un vendaje resistente al agua, permitiéndose la ducha y el secado suave. El adhesivo se caerá cuando se renueve la capa epitelial, generalmente en 5 o 10 días. Para eliminar los restos de adhesivo podemos indicar algún ungüento antibiótico o vaselina, pero hay que recordar que no se deben utilizar en los primeros días ya que pueden abrir la herida.

COMPLICACIONES

La mayoría de las complicaciones se deben a la aplicación accidental del pegamento rápido. Además de la presión para separar la zona cuando la adhesión es muy reciente, si el pegamento se ha secado se recomienda la aplicación de acetona o, como se ha mencionado antes, de vaselina o un un-

güento con antibiótico⁶. También un lavado prolongado con agua jabonosa tibia (no caliente) y/o de una mezcla de alcohol y de agua pueden separar las superficies corporales accidentalmente pegadas⁷.

CONCLUSIONES

En **resumen**, la aplicación de pegamento es prácticamente indolora, rápida de aplicar, de resultados estéticos excelentes, si se usa adecuadamente y con unos requerimientos de habilidad técnica, destreza y conocimientos quirúrgicos mínimos. Preguntemos a nuestros pacientes si están dispuestos a aceptar la idea de estar «pegados» con una sutura mágica, mejor que «cosidos» con aguja e hilo y manos a la obra.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lemos D. Closure of skin wounds with sutures. In: Up to date, Rose, BD (Ed.), UpToDate, Waltham, MA, 2009 [acceso 20-12-2009]. Disponible en <http://www.uptodate.com>.
2. Coover HN, Joyner FB, Sheere NH. Chemistry and performance of cyanoacrylate adhesive. *J Soc Plast Surg Eng* 1959;15:5-6.
3. Farion K, Osmond MH, Hartling L, Klassen TP, Durec T, Vandermeer B. Los adhesivos tisulares para laceraciones traumáticas en niños y adultos. *Cochrane Database Syst Rev* 2002.
4. Coulthard P, Worthington H, Esposito M, van der Elst M, van Waes OJF. Los adhesivos tisulares para el cierre de incisiones quirúrgicas. *Cochrane Database Syst Rev* 2004.
5. Bruns TB, Worthington JM. Using tissue adhesive for wound repair: A practical guide to Dermabond. *Am Fam Physician* 2000; 61:1383.
6. Kronfol R. Tissue Adhesives. In: UpToDate, Rose, BD (Ed.), UpToDate, Wellesley, MA, 2006 [acceso 20-12-2009]. Disponible en <http://www.uptodate.com>.
7. Sweetman SC. Cyanoacrylate Adhesives. En: Martindale. Guía completa de consulta farmacoterapéutica, 3.ª ed. Barcelona: Pharma Editorial, 2008; p. 1767.