

Escisión fusiforme

M.E. Gil • S. Muñoz Quirós • J.M. Arribas

Es la técnica más utilizada para la eliminación de lesiones cutáneas. Permite no sólo un diagnóstico y tratamiento simultáneos, sino también una sutura de cierre técnicamente sencillo, con resultados cosméticos muy buenos.

Su diseño es en forma de huso con margen de seguridad en la superficie y en la profundidad de la lesión; este huso debe interesar a todos los planos de la piel, incluido tejido graso.

Por tanto, la escisión fusiforme es un procedimiento fundamental en cirugía menor en medicina de familia.

Indicaciones

Es procedimiento idóneo para eliminar las lesiones dermatológicas tales como nevos, dermatofibromas, fibroma blando, quistes o basaliomas.

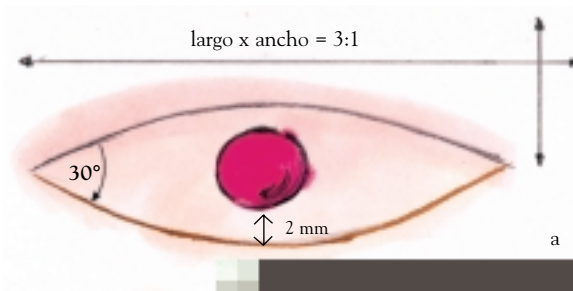
Material

- Solución de povidona yodada.
 - Anestésico local (lidocaína o mepivacaína 1%, con/sin vasoconstrictor).
 - Jeringa de 2-5 ml con aguja subcutánea (25 G) e intramuscular (21 G).
 - Rotulador quirúrgico estéril.
 - Bisturí nº15 y mango nº 3.
 - Terminal de bisturí eléctrico (si se dispone de él).
 - Pinzas de *Adson* con dientes.
 - Pinzas de mosquito curvo.
 - Erina o gancho.
 - Tijeras de corte (*Mayo*).
 - Tijeras de tejidos (de *Metzembraum*).
 - Portaagujas pequeño (mejor con ramas de carburo de tungsteno).
 - Sutura reabsorbible 3-4/0 con aguja curva triangular.
 - Sutura no reabsorbible 3-4-5/0 con aguja curva triangular.
 - Apósito estéril.
 - Gasas estériles.
 - Paño fenestrado estéril.
 - Guantes estériles.
 - Formol 10% en contenedor de plástico.
- (véase la sección 1).

Procedimiento

Antes de realizar el procedimiento se le explicará al paciente y se le pedirá su consentimiento.

1. **Diseño de la escisión:** se dibuja una elipse cutánea que incluya la lesión y cumpla las siguientes características (fig. 1) (véase el cap 9 de la sección 2):
 - El eje mayor de la elipse debe medir aproximadamente tres veces el diámetro transversal.
 - El ángulo de sus extremos no ha de ser mayor de 30° , para evitar en la sutura la aparición de “orejas de perro”.
 - Ha de existir un margen entre la lesión y el borde cutáneo de la incisión de al menos 2 mm.
 - El eje mayor del huso tiene que seguir las líneas de tensión cutánea (fig. 1b).
2. **Preparación del campo quirúrgico:** rasurado, limpieza y antisepsia (véase el cap 16 de la sección 3).



Figuras 1 a y b

Escisión fusiforme. Características:

- a) Tamaño 3:1.
- b) Huso paralelo a las líneas de tensión.



3. **Infiltración anestésica** en sábana, abarcando todo el borde de la incisión y el tejido que se va a disecar. En el diseño fusiforme está indicada de forma prioritaria la infiltración angular (véase la fig. 5 del cap.37 de anestésicos) pinchando desde dentro del huso para así producir el menor traumatismo y lesión a la piel del paciente.
4. **Incisión cutánea superficial** con la punta del bisturí a lo largo de todo el huso que se va a extirpar, tensando la piel, afectando a toda la profundidad para evitar bordes irre-

gulares. La incisión se hace dando un corte limpio, no serrando, cogiendo el mango del bisturí como un lápiz y traccionando con los dedos de la mano no dominante siguiendo la línea pintada del diseño (fig. 2 a y b) (véase el cap. 8 y 9 de la secc. 2).



Figura 2a. Corte limpio inicial.

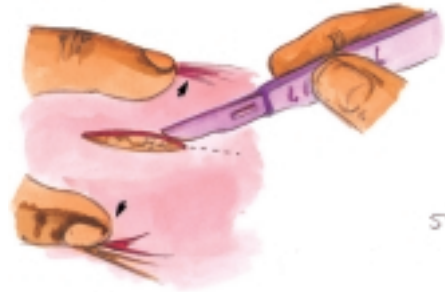


Figura 2b. Detalle de la incisión.

5. **Escisión en bloque:** incisión profunda en forma de cuña, con el filo del bisturí, hasta alcanzar la hipodermis (la lesión puede extenderse por debajo del margen profundo), traccionando el tejido con mosquito o pinzas con dientes (fig. 3). Una alternativa de tracción es con gancho o con hilo de sutura (fig. 4). Completada la disección, se elimina la lesión en bloque (fig. 5). Hay que tener cuidado al utilizar las tijeras para cortar por riesgo de dañar estructuras “a ciegas” (fig. 6).
6. **Hemostasia** de la zona quirúrgica: con presión digital o bisturí eléctrico, en algún caso ayudándose de clampaje con mosquito de algún vaso sangrante de pequeño calibre y, en su caso, ligadura selectiva del vaso con sutura reabsorbible (tener cuidado de no clampar o ligar nervios).



Figura 3. Inicio de la incisión en bloque.

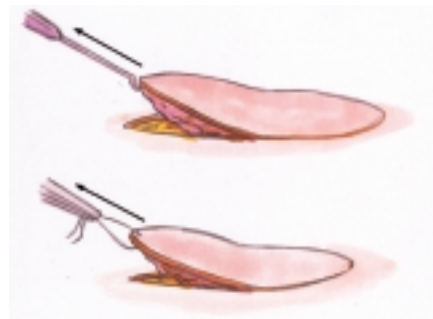


Figura 4. Ayuda en la tracción.

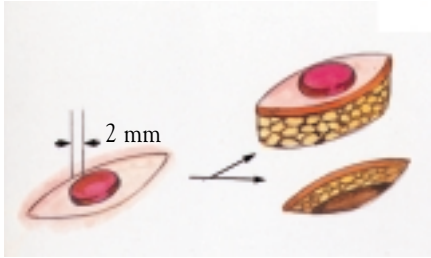


Figura 5
Escisión en bloque completa.

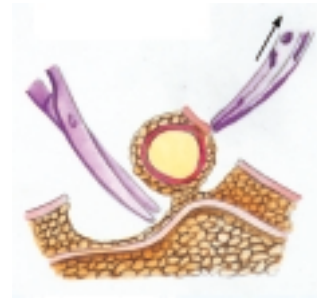


Figura 6
Riesgo de escisión "a ciegas".

7. **Preparar la herida quirúrgica para el cierre:** se ha de valorar el grado de resistencia al cierre de la herida, para evitar la isquemia de los bordes. Si fuese preciso, se practicará disección subcutánea de todo el margen de la herida: disección de la unión dermo-grasa con bisturí inicialmente (véase el cap. 8, pp. 57-58) (fig. 7) y después con disección roma con tijeras de disección o mosquito (fig. 8) ayudándose con gancho o pinzas de Adson con dientes.



Figura 7
Disección de la unión dermo-grasa con bisturí.



Figura 8
Disección de la unión dermo-grasa con tijeras.

8. **Sutura de la herida por planos** (véase el cap. 10 de la secc. 2):

El cierre por planos ofrece las siguientes ventajas:

- Disminuye la tensión de la herida quirúrgica, con lo que la sutura superficial que se necesita será más fina y el resultado estético mejor.
- Se evita la creación de seromas al obliterar el espacio libre virtual que quedaría si no se realiza el cierre profundo (fig. 9).

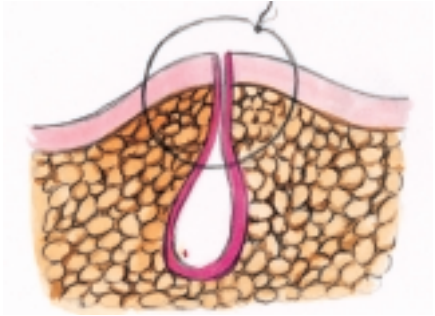


Figura 9

Espacio libre que quedaría en el plano profundo y que daría lugar a seromas.

Se realizará **sutura del plano profundo** con sutura reabsorbible dando puntos invertidos con nudo enterrado, introduciendo la aguja sin incluir la piel (figs. 10 y 11). En las escisiones fusiformes habituales, y dependiendo del grado de tensión, se precisan entre dos y tres puntos de plano profundo.



Figura 10

Punto invertido.



Figura 11

Nudo enterrado.

Posteriormente, se procede a la **sutura superficial** de la epidermis con sutura no reabsorbible (elección de la sutura. Véase la tabla I del cap. 10 de la sección 2). La sutura del plano superficial se efectuará de dos formas: 1. uniendo el centro y después los bordes de la herida o 2. de manera contraria (fig. 12). Ambas formas son correctas y su elección depende de la localización de la lesión que condiciona mayor o menor tensión. Es importante conseguir la **eversión de los bordes de la herida** (figs. 13 y 14). El número de puntos dependerá de la tensión de la herida, del grosor del hilo y del tipo de cierre.

9. Limpieza de la zona y colocación de un apósito estéril.

10. Introducción de la pieza en formol para su envío a anatomía patológica.

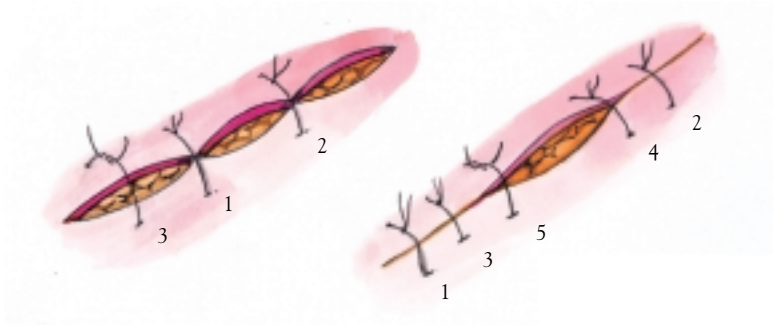


Figura 12

Sutura superficial. Dos modalidades.
(véase el texto)

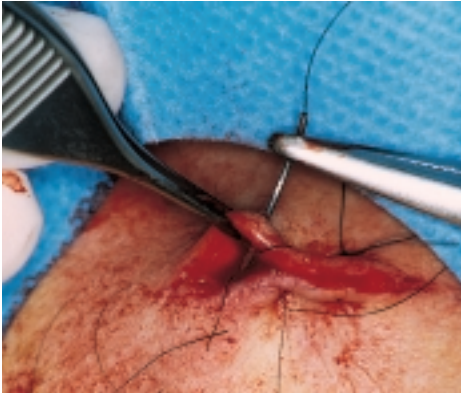


Figura 13

Introducción perpendicular de la aguja.

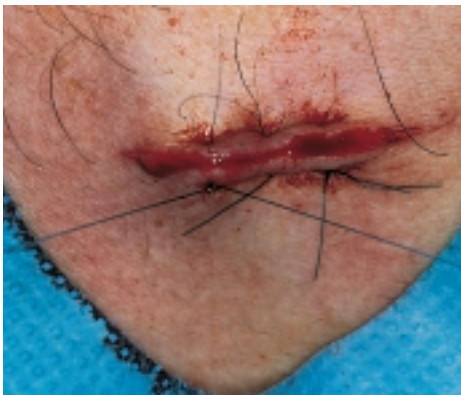


Figura 14

Eversión de los bordes.

▲ Advertencias:

- Si se producen orejas de perro, a pesar del correcto diseño, se pueden eliminar según se muestra en el capítulo 83 de la sección 9.
- En áreas pilosas las incisiones se deben hacer paralelas a la posición del folículo piloso para evitar la sección de los mismos (véase el cap. 8, figura 3).
- ¡Cuidado con las regiones anatómicas de riesgo por la trascendencia estética, funcional y de posibles lesiones de estructuras! (véase el cap. 32 de la sección 6).

Seguimiento

- Control de la herida quirúrgica a las 24 horas, con cuidados habituales.
- Retirada posterior de puntos según la zona. Puede considerarse la colocación de suturas adhesivas con posterioridad durante unos días para evitar el riesgo de dehiscencia de la herida (véase la tabla I el cap. 10 de la secc. 2).
- Se ha de advertir al paciente de los riesgos postquirúrgicos y de los cuidados (véase el cuadro de “Instrucciones al paciente” del cap. 20 de la secc. 4).

Complicaciones

Las complicaciones son comunes a los procedimientos de corte (véase el cap. 20 de la sección 4).

Comentario final

La escisión fusiforme es uno de los pilares básicos de la cirugía menor dermatológica en medicina de familia por razones de diagnóstico, tratamiento y resultado estético.