

# PROCESOS SUPURADOS CUTÁNEOS Y DRENAJE FILIFORME

Dr. J. SÁNCHEZ COSIDO

Comandante Médico, Jefe del Servicio

## 1. Antecedentes de la cuestión

**A**NTES de entrar en la exposición de nuestro tema, debemos consignar, en honor a la verdad, que la técnica del drenaje filiforme no ha sido descubierta por nosotros, por lo que el honor científico, del método y ventajas prácticas del mismo corresponde a su autor, al que desde este lugar expresamos nuestro homenaje. Podemos decir solamente que lo vimos practicar a un compañero del Hospital, cirujano, Capitán médico doctor AGUILÓ, con éxito, en un enfermo de absceso caliente cervical.

Expuse al colega mi deseo de que me facilitara antecedentes, bibliografía, indicaciones del procedimiento utilizado, pensando que éste podía beneficiar a determinados síndromes dermatológicos, informándome entonces que parecía tener su principal indicación en los absesos fríos, a punto de abrirse, y que constituía una técnica quirúrgica conocida con el nombre de «Drenaje filiforme transfixiante», utilizable también en supuraciones superficiales de regiones descubiertas.

Posteriormente, hemos tratado de encontrar más datos en revistas de Cirugía, libros de Dermatología, etc., no habiendo sabido hallar algo que se relacionara con este drenaje, convencidos de su existencia, ya que como dice el doctor SÁINZ DE AJA en un brillante trabajo, juntamente con el doctor ÁLVAREZ LOVELL y que reseñamos al final, todo descubrimiento, como toda técnica, no nacen nunca por generación espontánea y siempre se apoyan en precedentes y hechos científicos.

Bien enterados del modo de practicar el drenaje de referencia y del curso postoperatorio, tuvimos la idea de realizarlo en nuestro servicio del Hospital, estudiándolo personalmente, en los casos en que nos parecía estar más indicado, y esto tal como lo practicamos y resultados obtenidos es lo que constituye esta modesta comunicación, que confiamos, como siempre, a la benevolencia de los distinguidos colegas.

## 2. Métodos de evacuación de los absesos

Desde nuestros estudios en la Facultad, nos enseñaron que toda colección purulenta debe desbridarse para su más pronta curación. También aprendimos que no siempre convenía una amplia incisión, como sucedía en el caso de infecciones tuberculosas de ganglios linfáticos del cuello, es decir, en los absesos fríos de punto de partida ganglionar tan frecuentes, como se sabe, en la segunda infancia y adolescencia, donde está más indicada la punción seguida de aspiración del exudado.

Y ese concepto de abertura lo más discreta posible se aplica, ulteriormente, a un gran número de personas. BORDIER trata forúnculos y ántrax por diatermo-coagulación. Conocido es también el método de STARLING, como terapéutica de algunas mastitis agudas por la ignipuntura. Se abandonó la clásica pleurotomía en las supuraciones pleurales, substituída con ventaja por el drenaje a pleura cerrada, según la escuela de MORELLI, conectado a un sistema de aspiración.

Lo que antecede nos lleva de la mano para indicarnos que si en estos síndromes de más intensidad reaccional y localización más profunda se va olvidando la incisión por más peligrosa y menos efectividad práctica, nosotros, cuando nos encontramos ante una colección supurada de asiento puramente cutáneo, deberíamos substituir el desbridamiento de la misma por un drenaje más inocuo y conveniente, creyendo que ello puede ser realizado con muchas ventajas por el filiforme transfixiante.

### 3. Dermatitis y colecciones supuradas

De todos es bien sabido que en el decurso de muchas dermatitis existe una intensa flogosis local que en determinadas ocasiones aboca a una supuración circunscrita. Sin pretender en este lugar citar todas ellas, deseamos anotar algunas, siquiera sea para evidenciar la frecuencia de dicha eventualidad: escabiosis, pediculosis y sobre todo las enfermedades puógenas de origen estafilocócico, forúnculos, hidros-adenitis y también linfangitis y adenitis propagadas a distancia, es decir, unas veces constituyendo el síndrome propio de la afección, otras como complicación de la misma.

Algo análogo puede suceder por coexistir infecciones secundarias en balanopostitis, herpes genital, etc., determinantes de adenoflemones inguinales. Para el tratamiento hemos de atender a la enfermedad causal y a la complicación. Por lo que se refiere a las afecciones puógenas cutáneas, bien poco podemos decir nosotros, ya que existen brillantes publicaciones de competentes colegas que se han ocupado extensamente del tratamiento de las mismas, de las que al final haremos referencia, rogando se nos dispense no citar todas ellas en honor a la brevedad.

Nosotros mismos las hemos recogido con anterioridad, reconociendo todo su valor en otro trabajo relacionado con esta cuestión. Solamente se nos permitirá señalar el hecho de que todas las medicaciones o procedimientos utilizados, incluidos los modernos antibióticos y las radiaciones, no resuelven todas las veces un absceso ya bien constituido, no teniendo otro recurso, en definitiva, en tales casos, que procurar la salida del exudado para su curación.

### 4. Indicaciones del drenaje filiforme

En cuanto a las indicaciones del drenaje filiforme, debemos indicar que lo creemos hacedero solamente en el caso concreto de una supuración cutánea superficial y circunscrita, asiente en regiones cubiertas o descubiertas, con pelo o lampiñas, teniendo siempre la gran ventaja de que se obtiene la curación sin dejar vestigio o cicatrices, lo que debe ser valorado desde el punto de vista estético.

Estimamos no debe practicarse en infecciones purulentas que provienen de órganos o tejidos más profundos, aunque tengan en algún momento participación cutánea secundariamente, tales como abscesos osifluentes, osteomielitis, abscesos en botón de camisa, celulitis difusas, que cuentan con tratamiento propio, y asimismo debemos eliminar el drenaje filiforme en el forúnculo del labio superior, que se beneficia particularmente de la radioterapia antiinflamatoria.

Así entendido este medio terapéutico y sin tratar de concederle más importancia de la que realmente tiene, nos permitimos sugerir debiera ser incorporado a la práctica dermatológica como una pequeña novedad, de técnica sencilla, que no precisa de utillaje especial, hacedera en todas partes, inocua y de excelente resultado práctico.

### 5. Técnica operatoria

La región afecta será, si lo precisa por su localización, afeitada, y en todo

caso exenta de costras, escamas, de modo que el campo a actuar quede en las condiciones apropiadas a toda intervención por modesta que ésta sea, procurando si es necesario una previa desinfección local, como la que el doctor GARCÍA ORDÓÑEZ menciona en un trabajo sobre «Trasplante de tejidos», que también reseñamos en la bibliografía, ya que tiene datos que son de interés.

El enfermo en la mesa de curas y la región bien al descubierto, se pincela ésta con alcohol yodado al 1 por 100, protegiendo los alrededores con paños o

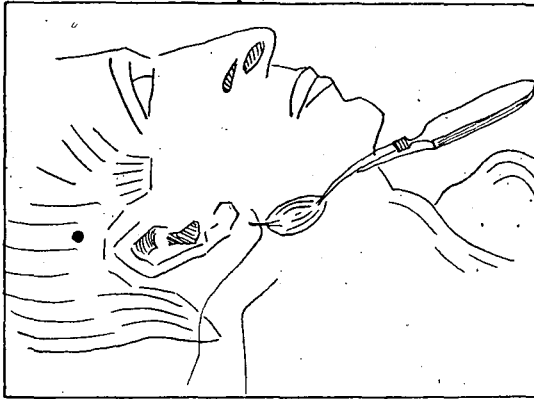


Fig. 1

gasas estériles, creemos no procede anestesia por infiltración ni la que actualmente se denomina de sueño basal, ya que la intervención, con alguna práctica, no se prolonga más allá de cinco minutos. Basta la proyección del cloretilo localmente, y alguna vez la hemos realizado con el cloruro de etilo como anestésico general con más comodidad. El material preciso (gasas, aguja de Reverdin y crin de Florencia), estériles.

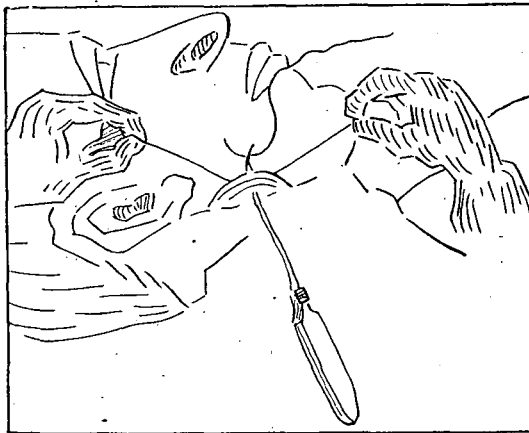


Fig. 2

En nuestra mano la aguja de Reverdin, la pasamos en la dirección longitudinal del absceso, de polo a polo del mismo (fig 1) presionando su resorte, se abre su hendidura terminal en la que un ayudante enhebra un crin de Florencia grueso y cerrada dicha hendidura se retira la aguja, quedando colocado en su trayecto el crin referido.

Se procede de igual modo con la aguja y otra hebra de crin, en la dirección transversal, en tanto que el ayudante mantiene con sus dedos el hilo primeramente colocado (fig. 2). Se anuda el hilo pasado en segundo lugar y después el primero colocado; ambos nudos a distancia del absceso (fig. 3) y se rellena con gasa estéril el espacio comprendido entre las hebras. Un poco de algodón y vendaje bien aplicado completan la operación, procurando después el mayor reposo de la región afecta.

### 6. Detalles complementarios

Insistimos particularmente en que el crin sea grueso, y si no se dispone más que de uno fino, como el del número doble cero, conviene poner hebra doble. La tracción del hilo al momento de anudar debe ser suave para evitar se rasgue la piel afecta. La cura diaria consiste en movilizar los hilos de modo que el nudo recorra una semicircunferencia, o sea hasta que en uno y otro sentido contacte con la piel.

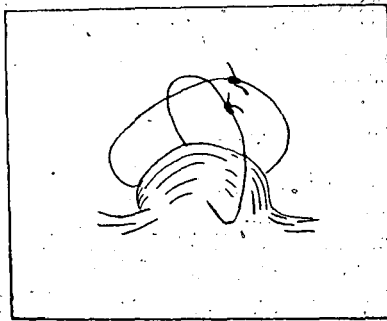


Fig. 3

Esta sencilla maniobra facilita el mejor drenaje e impide se obturen los orificios cutáneos. Las gasas, que deben ser estériles, se renuevan diariamente. Los nudos quedarán siempre, al terminar la cura, alejados de la piel y protegidos por las gasas para que no ocasionen traumatismo inútil y perjudicial. Todo es cuestión de pequeño detalle y de no confiar la cura más que a personal instruido previamente en estas maniobras para no comprometer el buen resultado terapéutico.

Poco tiempo después de aplicado el drenaje, cede notablemente el proceso inflamatorio y asimismo los signos de reacción general, si los hubiere. La secreción tiende a desaparecer al cabo de cinco o seis días, y se ha obtenido la curación en nuestros casos entre ocho y once días de la pequeña intervención, con el no despreciable resultado de lograrlo sin cicatriz y con perfecta restitución anatómica y funcional.

Cuando el exudado desaparece totalmente es el momento de cortar los hilos y retirarlos definitivamente. Prontamente cicatrizan los pequeños orificios cutáneos resultantes del paso de aquéllos, con lo que desaparece todo vestigio de la enfermedad, dato éste que imprime al drenaje filiforme su máximo valor.

### 7. Historias clínicas

M. S. S. Sold. Agrupación Ferrocarriles. Desde hace un mes, papilomas genitales y al curarlos se produce una herida que motiva posteriormente una tumefacción en ingle derecha, por lo que se hospitaliza el 20-I-48.

*Estado actual.* — Papilomas, balanopostitis y adenopatía inguinal derecha con periadenitis e intenso dolor a la exploración. Serología a la lúes, negativa. Se dispone tratamiento con sulfatiázol, bucal, ciclo de seis días, seguidos de

anatoxina estafilocócica, hipodérmica, bisemanal. Cura local de la balanopostitis. No obstante, se constituye un adenoflemón agudo inguinal.

2-II-48. — Signos de fluctuación. Se practica con proyección cloretilo, drenaje filiforme del absceso inguinal, continuando la terapéutica general citada y el local de la balanitis. Movilización diaria de los hilos.

9-II-48. — Adenoflemón casi curado. Persisten los papilomas. Desaparecida la balanitis.

13-II-48. — Se cortan y retiran los hilos. Ingle normal, sin cicatriz.

16-II-48. — Electrocoagulación de los papilomas y cura local adecuada en días sucesivos.

24-II-48. — Alta del hospital, ambulatoria, para atender las pequeñas lesiones consecutivas a la coagulación. Persiste ingle normal.

\* \* \*

J. M. Y. Sold. Transmisiones. Telefonía. Sin otros antecedentes hasta hace veinte días, con once de incubación lesión genital. Posteriormente adenopatía biinguinal y se hospitaliza el 21-X-47.

*Estado actual.* — En lámina interna, sin invadir surco, lesión única erosiva, no infiltrada, bordes no desprendidos, no linfítis y adenopatía bilateral, con dolor a la palpación y clara periadenitis que ha mostrado una evolución algo prolongada. Temperatura vespertina de 38° y astenia.

*Exploraciones complementarias.* — 30-X-47. No se comprueban treponemas. Orinas claras, sin filamentos.

4-XI-47. Yto y Frei, negativas.

6-XI-47. Serología lúes, negativa.

*Diagnóstico.* — No obstante negatividad de Frei, se establece el de posible linfogranulomatosis benigna, y se disponen ciclos de Prontosil durante seis días y lactoproteína en los intervalos, con lo que el proceso no se modifica notablemente, por lo que se aplica radioterapia de las tumoraciones inguinales, que cura el plastrón del lado derecho totalmente, persistiendo el izquierdo, en el que se constituyen dos abscesos con tendencia a la fluctuación.

29-XII-47. Se persiste en el tratamiento general y se practica drenaje filiforme de los abscesos inguinales, seguido en días sucesivos de cambio de gasa y movilización de hilos.

11-XII-47. Curados totalmente los abscesos, se retiran los hilos.

\* \* \*

Para no alargar estas historias, diremos que hemos procedido a la aplicación de este drenaje en dos casos de colecciones purulentas estafilocócicas en región cervical, y otro de perifoliculitis en la cara en el curso de acné polimorfo, curando los abscesos en plazos de tiempo parecidos a los antes mencionados.

### 8. Consideraciones finales

Los resultados de nuestras observaciones son los que hemos anotado anteriormente. El escaso número de enfermos tratados no nos permite fundamentar conclusiones definitivas, aunque sí debemos señalar que nos han parecido interesantes los hechos reseñados y sobre todo la inocuidad del proceder, ya que no se ha presentado en el curso del mismo ninguna contingencia desagradable.

El segundo caso historiado puede corresponder también a un proceso puógeno de ganglios inguinales por infección sobreañadida, toda vez que no observamos «los poros» recordando el cuadro de las adenitis consecutivas a puertas de entrada no específicas, ya que eliminamos por los caracteres de ésta en el enfermo referido el herpes genital. Una erosión de balanitis podía notificarlo,

aunque infrecuente, única y limpio el resto de la mucosa. El hecho es que se presentaron los abscesos, que curaron bien con el drenaje que estudiamos.

Reconocemos que se precisa más dilatada experiencia para pronunciarse acerca del filiforme transfixiante, de modo más concreto, pensando, por nuestra parte, que de no surgir otras razones que nosotros no hubiéramos sabido deducir de nuestra práctica, lo encontramos preferible al clásico desbridamiento por estar más en consonancia con las tendencias actuales de vaciamiento de exudados y por sus resultados más estéticos.

Durante una entrevista posterior con nuestro colega del hospital, doctor AGULÓ, ya mencionado al comienzo de este trabajo, nos informó que el drenaje filiforme se había practicado en la Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Barcelona, del profesor BARTRINÀ, lo que anotamos en este lugar como respetuoso homenaje hacia el expresado profesor, que lo utilizaba en la terapéutica de determinados procesos de tipo quirúrgico.

Puede deducirse, por lo que antecede, que no existe ningún mérito de nuestra parte en este proceder terapéutico, anotando solamente que tuvimos la idea de aplicarlo en algunas dermatosis o en complicaciones de las mismas, tales como las mencionadas ya anteriormente y en lo que no insistimos para evitar repeticiones.

Dos consideraciones más nos serán permitidas para, ya con ellas, finalizar nuestra labor. Una de ellas es que el resultado estético de esta terapéutica es muy superior a la del desbridamiento de una colección supurada cutánea valiéndonos del bisturí, lo que es de estimar para el dermatólogo, tanto más cuanto que aquella asienta en bastantes ocasiones en partes o regiones descubiertas.

La segunda consideración restante la fundamentamos en las enseñanzas del eminente e inolvidable profesor CAJAL, que estudiando la anatomía patológica de la inflamación en general pone de manifiesto la importancia de ésta como medio de defensa orgánica, encomendada primeramente a los vasos con el éxtasis circulatorio, diapedesis leucocitaria y formación del exudado inflamatorio, dificultándose con ello la vitalidad y difusión de los gérmenes, asegurándolos bajo una especie de apretada malla, toda vez que posteriormente entran en juego los tejidos epitelial y conectivo.

Nos hemos permitido anotar estos hechos ya conocidos de todos, naturalmente, para destacar la formación a nivel del foco de flogosis, de una verdadera barrera de defensa producida en el organismo, consecuencia del insulto microbiano. Pues bien; parece lógico que nosotros debamos respetar este mecanismo, y ello lo conseguiremos mucho más fácilmente con el filiforme transfixiante que no con la amplia dilatación o sección total de la barrera mencionada.

### Bibliografía

- S. DE AJA Y ALVAREZ LOVELL. — «Estado actual tratamiento tuberculosis cutáneas». Boletín General Colegios Médicos de España, núm. 20, mayo 1948.
- CAMPOS MARTÍN. — «Hidrosadenitis y radioterapia». Actas Dermo-Sifiliográficas, núm. 5, febrero 1944.
- GARCÍA ORDÓÑEZ. — «Trasplante de tejidos en terapéutica dermatológica». Actas Dermo-Sifiliográficas, núm. 9, junio 1947.
- H. BORDIER. — «Diatermia y Diatermoterapia». Salvat. Barcelona, 1931.