

A PROPÓSITO DE UN CASO: TRATAMIENTO DE DEHISCENCIA DE SUTURA TRAS BYPASS FEMORAL

MANAGEMENT OF SUTURE DEHISCENCE FOLLOWING FEMORAL BYPASS: A CASE REPORT

Autor:  Andrés Roldán-Valenzuela^{(*) (1)}

(1) Enfermero de Prácticas Avanzadas de Heridas Crónicas Complejas, Distrito Sanitario Aljarafe Sevilla Norte. Sevilla (España).

Contacto (*): andresroldanvalenzuela@gmail.com

Fecha de recepción: 01/12/2025

Fecha de aceptación: 30/12/2025

Roldán-Valenzuela A. A propósito de un caso: tratamiento de dehiscencia de sutura tras bypass femoral. Enferm Dermatol. 2025;19(56): e01-e04. DOI: Enfermería Dermatológica. 2025;19(56). DOI:10.5281/ZENODO.18257409

RESUMEN:

Las complicaciones del sitio quirúrgico (CSQ) tienen un gran impacto en cualquier intervención y continúan siendo una causa significativa de hospitalización prolongada, morbilidad e incluso mortalidad. Consecuencias como el aumento de la estancia hospitalaria, la necesidad de cuidados continuos o el reingreso, no solo dificultan la recuperación temprana del paciente, sino que impactan negativamente en los costes del sistema de salud. Para reducir estas complicaciones en la región inguinal tras una cirugía vascular, es fundamental el manejo cuidadoso de los tejidos, la higiene de la herida en cada cura, la optimización de las comorbilidades, la profilaxis antibiótica y el control de la hipotermia y la hiperglucemia.

Palabras clave: Desbridamiento; Dehiscencia de la herida; Exudados y trasudados; Complicaciones posoperatorias; necrosis; Cuidado de la herida.

ABSTRACT:

Surgical site complications (SSCs) have a significant impact on surgical outcomes and remain a major cause of prolonged hospitalization, morbidity, and mortality. Consequences such as extended length of stay, the need for continuous care, and readmission rates not only hinder early recovery but also impose a substantial economic burden on the healthcare system. To mitigate wound complications in the inguinal region following vascular surgery, key strategies include meticulous tissue handling, wound hygiene at each dressing change, optimization of comorbidities, prophylactic antibiotic administration, and the prevention of hypothermia and hyperglycemia.

Palabras clave: Debridement; Surgical Wound Dehiscence; Exudates and Transudates; Postoperative Complications; Necrosis; Wound Care.

INTRODUCCIÓN:

Las complicaciones del sitio quirúrgico (CSQ) tienen un gran impacto en cualquier cirugía y siguen siendo una causa significativa de hospitalización prolongada, morbilidad e incluso muerte^(1,2).

Consecuencias como la prolongación en la estancia hospitalaria, la continuidad en el cuidado o el reingreso afectan al paciente para su recuperación temprana, pero además también negativamente al sistema de salud por su coste^(2,3).

Para reducir las complicaciones de la herida en la ingle después de una cirugía vascular, se puede considerar un manejo cuidadoso de los tejidos, realizar la higiene de la herida en cada cura, la optimización de las comorbilidades, la administración de antibióticos profilácticos, evitar la hipotermia y la hiperglucemia⁽⁴⁾.

Tras una intervención de derivación vascular a través de un bypass femoral, el escenario ideal se caracteriza por finalizar con una cirugía sin complicaciones para el paciente, aliviar los síntomas isquémicos, conseguir un retorno rápido y funcional al estado preoperatorio sin esperar eventos adversos a largo plazo, además de una cicatrización rápida de la herida⁽⁵⁾.

Pero ello no siempre sucede de una forma ordenada; la cicatrización de la incisión quirúrgica puede verse alterada por complicaciones del sitio quirúrgico (CSQ), siendo la más frecuente la aparición de infección, dehiscencia, hematoma, seroma y cicatrización de mala calidad y/o anormal⁽⁶⁾.

Existen factores de riesgo que se conoce que pueden ser decisores, como la obesidad, reintervención, cirugía de urgencia, uso de injertos protésicos, diabetes mellitus, insuficiencia renal, desnutrición... además del tipo de cirugía⁽⁷⁾.

La incidencia de CSQ después de una cirugía vascular infrainguinal oscila entre el 17% y el 44%⁹, presentando así

CASOS CLÍNICOS

la incisión inguinal un alto riesgo, debido a factores como la proximidad del sitio quirúrgico al perineo y la alteración linfática⁽⁹⁾.

El estudio de Woelber et al.⁽¹⁰⁾ habla de la infección como complicación y concluye que el 60,1% de estas se producen tras el alta del paciente en su domicilio, así que también es muy necesario evaluar, hacer un seguimiento e implementar medidas preventivas postcirugía.

En la actualidad, tanto la prevención de las CSQ como el adecuado tratamiento de la herida son fundamentales; por ello, existen muchos estudios y consensos internacionales^(1,12) donde se recomiendan programas de vigilancia para detectarlas, prevenirlas y tratarlas con un adecuado abordaje de cura local.

El objetivo del estudio es describir un caso clínico, avanzar en la cicatrización proactiva de la herida, estableciendo un plan de curas adaptado a las necesidades del paciente y al tipo de lesión, así como proporcionar al paciente confort, reducción del dolor y calidad de vida.

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO:

Antecedentes:

Se presenta el caso de un paciente de 70 años, independiente para las actividades de la vida diaria y con otros antecedentes de interés como diabetes mellitus e hipertensión. Tras sufrir una obstrucción iliofemoral derecha, confirmada con sintomatología previa de claudicación intermitente y diagnosticada mediante arteriografía, el Servicio de Angiología le realiza un bypass femoral derecho.

La intervención se realiza en diciembre de 2024 y, tras su alta domiciliaria, el seguimiento de la herida quirúrgica es llevado a cabo a través de Atención Primaria, en seguimiento con la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA), sin necesidad de derivación a otros servicios.

Tras retirar la sutura, aparece una dehiscencia de la incisión quirúrgica con necrosis en la parte superior, de un diámetro de 12 cm x 3 cm (*Imagen 1*), acompañada de tejido esfacelar en la parte inferior.



Imagen 1: Estado inicial de la lesión. Día 07/01/2025. (Fuente: realización propia).

Exploración y diagnóstico:

Para un adecuado abordaje de la complicación del sitio quirúrgico, se procede a una valoración inicial del paciente y de la herida. Se utiliza como herramienta de evaluación y monitorización la escala RESVECH 2.0⁽¹²⁾, siendo la puntuación final de 12.

Relacionado con la herida, establecemos un plan de cuidados local realizando la higiene de la herida con limpieza de la zona, desbridamiento y acondicionamiento de bordes de todo el tejido necrosado y esfacelar.

Evolución y cuidados:

Se inicia limpieza y desbridamiento cortante (*Imagen 2*) y, tras varias curas, se consigue la total retirada del tejido necrótico.



Imagen 2: Desbridamiento de la lesión el 08/01/2025. (Fuente: realización propia).

Tras ello, la lesión presenta una cavidad de unos 2 cm, afectando así al tejido subcutáneo, con bordes engrosados y dañados no adheridos al lecho, presencia de tejido esfacelar, un nivel de exudado leve y sin signos clínicos de infección.

Para su tratamiento, tras realizar la higiene de la herida, se aplica en el lecho la enzima collagenasa para favorecer el desbridamiento enzimático^(12,13) junto con un apósito secundario de espuma. La frecuencia de la cura pasa a ser cada 24 horas.

A los 12 días de aplicar la estrategia de higiene de la herida¹⁴ e intenso desbridamiento enzimático, la herida sigue presentando tejido esfacelado muy adherido al lecho, entremezclado con alguna sutura no tolerada y sin signos de infección (*Imagen 3*).



Imagen 3: Evolución de la herida. Día 20/01/2025. (Fuente: realización propia).

Por ello, se insiste en un desbridamiento cortante ([Imagen 4](#)) y se comienza tratamiento con apósito de alginato, espaciando la cura cada 24-48 horas para un control de la zona y del riesgo de infección.



Imagen 4: Evolución de la herida. Día 29/01/2025. (Fuente: realización propia).

Siguiendo con una monitorización, tras 27 días ([Imagen 5](#)) y reevaluando la escala RESVECH 2.0 con una puntuación de 9, el lecho presenta menor tejido esfacelado, aparece tejido de granulación y bordes difusos con presencia de hipergranulación, pero se visualiza un aumento del exudado, siendo este moderado.



Imagen 5: Evolución de la herida. Día 05/02/2025. (Fuente: realización propia).

Para un control del exudado, se inicia tratamiento con apósito de hidrofibra de hidrocoloide ([Imagen 6](#)); de esta forma, conseguimos la gestión del exudado y el control de la carga bacteriana sin necesidad del uso de plata, toma de cultivos ni uso de antibióticos. Además, mantenemos en equilibrio el pH y la temperatura, manteniendo un balance de la humedad, fomentando la granulación y contribuyendo al avance rápido y seguro de la lesión.



Imagen 6: Gestión del exudado. Día 05/02/2025. (Fuente: realización propia).

Se logra así espaciar la cura a 48-72 horas, en función de la necesidad de la herida, hasta finalizar realizando la cura una vez por semana, ofreciendo confort al paciente, seguridad a la hora de realizar las actividades de la vida diaria, reducción del dolor con la retirada atraumática del apósito y calidad de vida.

El tamaño de la lesión se reduce favorablemente ([Imagen 7](#)), dejando paso a un tejido de granulación sano y finalizando con tejido de epitelización en tan solo 12 días desde que se inició el tratamiento con hidrofibra de hidrocoloide ([Imagen 8](#)).



Imagen 7: Evolución de la herida. Día 17/02/2025. (Fuente: realización propia).



Imagen 8: Evolución de la herida. Día 06/03/2025. (Fuente: realización propia).

DISCUSIÓN:

Minimizar en la medida de lo posible las complicaciones del sitio quirúrgico, es un reto para el profesional sanitario. En la actualidad el rol de la enfermera de práctica avanzada es fundamental para el desarrollo y actualización de conocimientos relacionados con la nueva evidencia en el tratamiento de heridas en atención primaria.

La higiene de la herida ayuda como estrategia a la preparación adecuada del lecho ulcelar y a eliminar barreras que dificultan y retrasan el proceso de cicatrización.

Como conclusiones englobar el proceso en una valoración inicial, tratamiento y monitorización de la herida es fundamental para conseguir el éxito en la cicatrización.

Utilizar apóositios avanzados capaces de reducir las barreras, reduciendo la frecuencia en curas, descongestionando las agendas del profesional y siendo confortable para el paciente, es para la institución sanitaria un recurso de coste-eficiencia.

CASOS CLÍNICOS

RESPONSABILIDADES ÉTICAS:

Los autores obtuvieron el consentimiento informado del paciente referido en el caso clínico.

CONFLICTO DE INTERESES:

El autor declara no tener ningún conflicto de interés en referencia al caso clínico.

AGRADECIMIENTOS:

El autor agradece la colaboración al paciente y su familia por su paciencia y confianza como profesional.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Surgical Site Infection (SSI) Event: Procedure-associated Module [Internet]. Atlanta: CDC; 2020 [citado 26 feb 2026]. Disponible en: [https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/9pscssiurrent.pdf](https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/9pscssicurrent.pdf)
2. Gillespie BM, Kang E, Roberts S, Lin F, Morley N, Finigan T, et al. Reducing the risk of surgical site infection using a multidisciplinary approach: an integrative review. *J Multidiscip Healthc*. 2015;8:473-87.
3. De Lissovoy G, Fraeman K, Hutchins V, Murphy D, Song D, Vaughn B. Surgical site infection: incidence and impact on hospital utilization and treatment costs. *Am J Infect Control*. 2009;37(5):387-97.
4. Boltz M, Hollenbeck C, Julian K, Ortenzi G, Dillon P. Hospital costs associated with surgical site infections in general and vascular surgery patients. *Surgery*. 2011;150(5):934-42.
5. Turtainen J, Hakala T. Surgical wound infections after peripheral vascular surgery. *Scand J Surg*. 2014;103(4):226-31.
6. Exton RJ, Galland RB. Major groin complications following the use of synthetic grafts. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2007;34(2):188-90.
7. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Consensus Document. Closed surgical incision management: understanding the role of NPWT. London: Wounds International; 2016.
8. Bandyk DF. Vascular surgical site infection: risk factors and preventive measures. *Semin Vasc Surg*. 2008;21(3):119-23.
9. Kwon J, Staley C, McCullough M, Goss S, Arosemena M, Abai B, et al. A randomized clinical trial evaluating negative pressure therapy to decrease vascular groin incision complications. *J Vasc Surg*. 2018;68(6):1744-52.
10. Ploeg AJ, Lardenoye JW, Peeters MP. Wound complications at the groin after peripheral arterial surgery sparing the lymphatic tissue: a double-blind randomized clinical trial. *Am J Surg*. 2009;197(6):747-51.
11. Woelber E, Schrick EJ, Gessner BD, Evans HL. Proportion of Surgical Site Infections Occurring after Hospital Discharge: A Systematic Review. *Surg Infect (Larchmt)*. 2016;17(5):510-9. doi: 10.1089/sur.2015.241.
12. Hidalgo Dóniga C, Biarge Pacheco R, Paniagua Asensio M, Merino Perera S. Monografía: Valoración y monitorización de heridas. Escala RESVECH 2.0 [Internet]. Álava: HeridasenRed; 2024 [citado 1 ago 2025]. Disponible en: <https://www.heridasenred.com/monografia-valoracion-y-monitorizacion-de-heridas-escala-resvech-2-0/>
13. Murphy C, Atkin L, Swanson T, Tachi M, Tan YK, Vega de Ceniga M, et al. International consensus document. Defying hard-to-heal wounds with an early antibiotic intervention strategy: Wound Hygiene. *J Wound Care*. 2020;29(Suppl 3b):S1-28.