



Enfermedad Pilonidal

Presentación de 32 casos y Discusión de la Etiología y Tratamiento

F. H. CAMACHO, MD; L. E. LOPEZ, MD.

Palabras clave: Enfermedad pilonidal, Hendidura natal, Folículo piloso, Absceso pilonidal, Seno pilonidal, Marsupialización.

La enfermedad pilonidal es la formación de absceso o seno o trayecto fistuloso en la hendidura natal, pudiendo o no contener pelos; se han descrito otras localizaciones. Se acepta ampliamente que es una patología adquirida, aunque anteriormente fueron muy populares las teorías del origen congénito.

Desde la publicación en 1847 del primer tratamiento de esta patología, se han publicado muchos artículos proponiendo múltiples técnicas quirúrgicas, lo que sugiere que no existe un método totalmente eficaz.

La presente revisión se hace con el fin de discutir las técnicas más frecuentes y presentar el tipo de tratamiento realizado en el Instituto Quirúrgico de Bucaramanga.

INTRODUCCION

La enfermedad pilonidal es la formación de un absceso o trayecto fistuloso con secreción en la hendidura natal, pudiendo o no contener pelos; se han descrito otras localizaciones. El primer caso de enfermedad pilonidal fue publicado en 1833; en 1847 Anderson publica el primer tratamiento de esta patología. En 1880 Hodges introdujo el término de enfermedad pilonidal (nido de pelos) (1-4). En 1937 Buie describe el primer tratamiento quirúrgico de la enfermedad (marsupialización) (5). Desde entonces se han publicado numerosos artículos en los que se han preconizado múltiples técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la enfermedad, lo que sugiere que no existe un método eficaz en todos los casos (2-10).

Doctores, Francisco Hernando Camacho Olarte, Resid. de Cirugía Gral.; Luis Ernesto López Gómez, Prof. Asoc. de Cirugía Gral., Fac. de Salud, Univ. Indust. de Santander (UIS), Bucaramanga, Colombia.

Frecuencia

En estudiantes de un colegio de Minnesota (3) se encontró que el 1.1% de 31.497 hombres y el 0.11% de 21.367 mujeres, presentaban la enfermedad. Muchas publicaciones indican que existe una marcada preponderancia en hombres con una incidencia de aproximadamente 3:1; otros autores, entre ellos Manterolla (5) han publicado resultados totalmente contrarios. Se ha observado que la aparición de la enfermedad coincide con la pubertad en muchos casos, y que es rara luego de los 40 años, lo que le da cierta asociación con las hormonas sexuales, las cuales afectan las glándulas pilosebáceas. Se ha visto una mayor frecuencia en caucásicos que en orientales (3) probablemente por diferentes características del cabello. Igualmente se ha relacionado con la hipertricosis, la obesidad, aumento de la fricción de las nalgas (3, 11) (enfermedad del jeep durante la segunda guerra mundial) (26, 28).

Etiología

Se acepta ampliamente que es una anomalía adquirida, aunque anteriormente fueron muy populares las teorías del origen congénito, (1, 2, 7) debido a la existencia de quistes sacrococcígeos y la observación de una tendencia familiar en la enfermedad pilonidal. Se han detectado vestigios de estos tractos congénitos, la mayoría de los cuales comunican con el canal neural; son más lumbares que sacros, están tapizados por epitelio cuboide y no recubiertos por tejido de granulación como los senos pilonidales, y no contienen cabello; además, la infección de estos tractos congénitos puede ocasionar meningitis con mucha frecuencia, lo que no sucede en la enfermedad pilonidal. Tampoco se han encontrado condiciones intermedias entre inclusiones dermoides y el seno pilonidal como para que éste sea su origen. La teoría adquirida indica que la infección se origina en un folículo distendido con queratina que se infecta, inflama y rompe hacia la grasa subcutánea para producir un absceso pilonidal

(3, 4, 7, 12). La dirección del seno siempre coincide con la orientación del folículo piloso (Fig. 1), que es cefálica cuando se encuentra aproximadamente a 8 cm por encima del ano (93% de los casos) o caudal cuando la distancia promedio hasta el ano es de 4.5 cm (3, 7); la orientación del cabello perianal es radiada centrífuga; en una posición más cefálica, en la hendidura natal, hay un cambio en la orientación. El absceso pilonidal usualmente toma una vía que involucra un drenaje lateral sacro. Se forma entonces una comunicación entre el remanente del folículo piloso, la cavidad del absceso y el tracto abierto lateralmente. El movimiento de las nalgas hace que se introduzcan pelos y detritos en el tracto formado (3, 7, 9) (Fig. 2). Cuando el cabello se introduce de punta, las pequeñas prolongaciones laterales que tiene no permiten que salga del tracto.

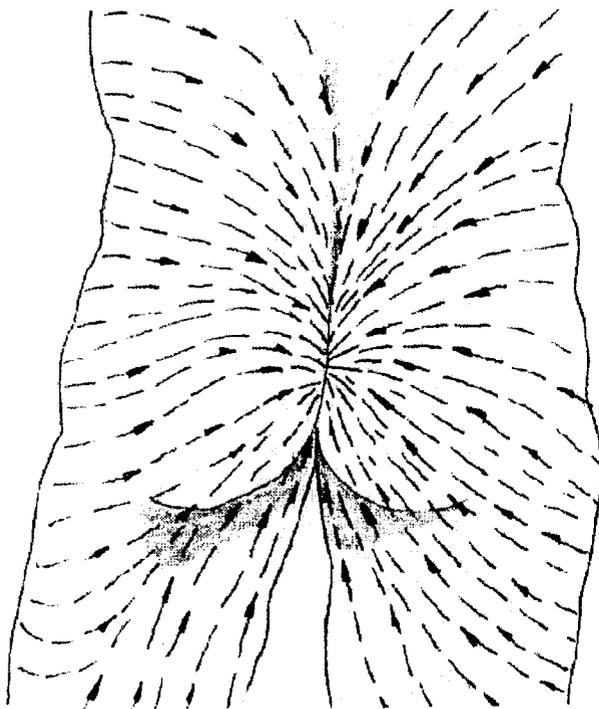


Fig. 1. Corriente de los pelos, según F. Ludwig.

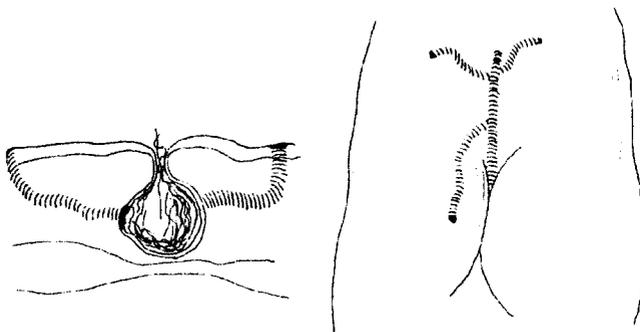


Fig. 2. Acumulación de pelos y detritos y formación de tractos siguiendo los canales linfáticos.

CUADRO CLINICO

La enfermedad pilonidal es clasificada en tres categorías (3, 6):

Absceso pilonidal

Es la inflamación aguda de un folículo piloso o de un granuloma pilonidal preexistente. Aproximadamente la mitad de los casos de enfermedad pilonidal se manifiestan de esta manera. La incisión y drenaje logran la curación en el 58% de los casos; sin embargo, 40-60% de los pacientes tratados de esta manera desarrollarán un seno pilonidal. Bascom indica que si el extremo epitelizado del seno es escindido 5 días después de drenado el absceso, cuando puede ser identificado, la recurrencia temprana se reduce al 15%.

Seno pilonidal

Cuando la cavidad granulomatosa drena a través de un tracto sinuoso lejos de la línea media. Frecuentemente hay más de una abertura en la hendidura natal, pero sólo hay un orificio lateral con tejido de granulación si no ha habido cirugía previa. Los dos síntomas más frecuentes son, dolor (84%) y drenaje (78%).

Seno pilonidal recurrente

Las recurrencias tardías que generalmente se presentan entre el primero y el tercer año luego del tratamiento quirúrgico, suelen asociarse con posteriores infecciones de folículos pilosos; pero las recurrencias tempranas durante el primer año postoperatorio, se asocian con tractos en la línea de granulación los cuales son consecuencia de infección crónica y reacción de cuerpo extraño en una herida quirúrgica que no ha curado tempranamente. El folículo inflamado usualmente ha sido escindido, no siendo el factor precipitante en este caso.

PATOLOGIA

El estudio histopatológico demuestra una reacción de cuerpo extraño: fragmentos de cabello rodeados de células gigantes dentro de tejido de granulación; el término quiste no es adecuado pues implica la existencia de una pared quística; un mejor término sería granuloma pilonidal. Se han descrito granulomas inducidos por cabellos, con drenaje (seno pilonidal) en otros sitios de la piel sometidos a fricción: espacios interdigitales en barberos (3, 13) y en esquiladores; pene (1, 5, 14), región periumbilical y suprapúbica (5, 13, 15), axila, nuca (16), nariz (17), sitios de amputaciones (18). A diferencia de la enfermedad pilonidal sacrococcígea, la patogénesis en estos casos usualmente envuelve la penetración directa de cabello en piel previamente sana. Muy raramente podría originarse un carcinoma escamocelular de un seno pilonidal (1, 19), usualmente de larga duración (el promedio de la presencia de la enfermedad hasta el descubrimiento de la neoplasia es de 23 años); hasta

1994 sólo se habían publicado 44 de estos casos (20). Se estima que la frecuencia de malignización de una fístula anal es de 0.1%, semejante a lo que sucede en la enfermedad pilonidal (21, 26, 28).

PACIENTES Y METODOS

Fueron analizadas las historias clínicas de todos los pacientes intervenidos en el Instituto Quirúrgico de Bucaramanga con diagnóstico de enfermedad pilonidal durante los años comprendidos entre 1991 y 1994 inclusive, encontrándose 45 pacientes. Se lograron contactar 32 pacientes, sobre los cuales se hace la revisión, dadas las características de la enfermedad y la necesidad de hacer un seguimiento lo más prolongado posible.

Se encontraron 20 mujeres (62.5%) y 12 hombres (37.5%). La edad promedio de los pacientes fue de 21.5 años, siendo muy similar tanto en hombres como en mujeres; la edad mínima fue 15 años y la máxima 38. Agrupando los pacientes por edad de aparición de la sintomatología; en 22 pacientes (68.7%) apareció entre los 13 y los 20 años; en 7 pacientes (21.8%), entre los 21 y 25 años y sólo en 4 pacientes (12.5%) apareció luego de los 25 años. El tiempo promedio entre la aparición de la sintomatología y la cirugía correctora fue de 31.4 meses. En mujeres transcurrieron 34.9 meses y en hombres 20.25 meses.

Veintiún pacientes (65.6%) habían presentado abscesos pilonidales previos en una ocasión como mínimo; de éstos, 15 habían sido drenados quirúrgicamente por lo menos una vez; los otros 11 sólo habían presentado secreción intermitente sin absceso previo (seno pilonidal simple). Además del drenaje o resección quirúrgica previa, 22 pacientes habían recibido tratamientos con antibióticos, siendo el más utilizado la dicloxacilina, en 9 de ellos.

Tres pacientes habían sido intervenidos previamente (enfermedad pilonidal complicada), uno 3 años antes, los otros dos, 2 años antes; 2 de estos pacientes habían tenido abscesos previos; el otro solamente seno con drenaje persistente, sin episodio inflamatorio agudo.

Se practicó resección amplia sobre la línea media hasta la fascia presacra con cierre primario en 31 pacientes; al otro paciente se le realizó fistulotomía y marsupialización de la fístula.

No fue intervenido ningún paciente con absceso pilonidal; 29 tenían seno pilonidal simple y 3, seno pilonidal recurrente (enfermedad pilonidal complicada).

Todos los pacientes recibieron antibióticos postoperatorios. El tiempo de seguimiento fue el siguiente: menos de 12 me-

ses: 11 pacientes; 12-24 meses: 6 pacientes; 24-36 meses: 9 pacientes; más de 36 meses: 6 pacientes.

RESULTADOS

Se observaron recidivas en 5 pacientes (15.6%); 4 de ellas (80%) en el primer año (tempranas) luego de la cirugía y 1 entre el primero y el tercer año (tardía). No se ha encontrado recidiva en el paciente tratado con fistulotomía y marsupialización (Fig. 3); presentan recidiva del 16.1% los pacientes sometidos a resección y cierre primario en la línea media.

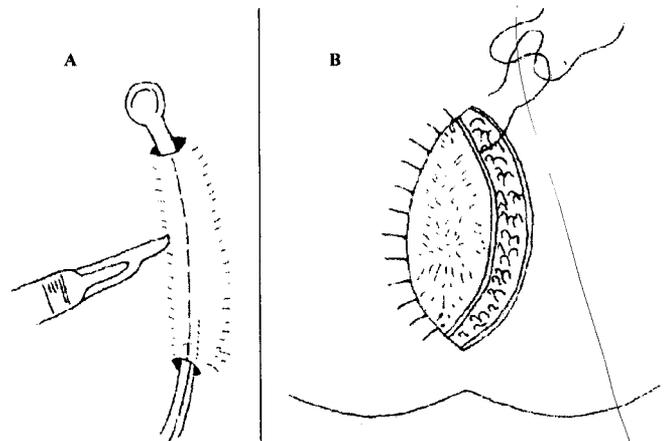


Fig. 3. Esquema de la técnica de marsupialización

A: Identificación del tracto

B: Rafia de los bordes del tracto a la piel.

De los pacientes con enfermedad pilonidal complicada, 2 no han presentado recidivas. Llama la atención que el promedio de duración de los síntomas hasta la fecha de la cirugía es de 25.6 meses en los pacientes que no han recidivado; de los que sí recidivaron, 3 tenían 30 o más meses de duración de la sintomatología.

La infección de la herida quirúrgica se presentó en 16 pacientes (50%); en 4 de ellos hubo recidiva de la enfermedad (80% de los pacientes que recidivaron presentó infección de la herida quirúrgica). De los pacientes que no recidivaron, 12 presentaron infección de la herida quirúrgica (44% de los pacientes que no recidivaron presentó infección de la herida quirúrgica).

De los pacientes que se infectaron, 9 (56%) habían recibido algún tipo de antibiótico postoperatorio. De los que no se infectaron, sólo 10 (62.5%) habían recibido algún tipo de antibiótico.

En todos los casos de nuestra serie hubo comprobación histopatológica de la enfermedad. Se encontró una paciente que refería sintomatología de 20 años; la patología no informó malignidad.

DISCUSION

Muchos quistes pilonidales desaparecen cuando el paciente tiene alrededor de 40 años, sin importar el método de tratamiento utilizado. Sin embargo, la enfermedad crea gran malestar y dura más de 3 años. Aunque muchos pacientes eventualmente son curados, el tratamiento se aleja del ideal, el cual debería ser de escasa recurrencia, manejo ambulatorio, permitir la anestesia regional, mínimos inconvenientes postoperatorios y rápido regreso a la actividad laboral normal. Las diferentes técnicas utilizadas en el tratamiento de la enfermedad pilonidal se pueden agrupar así:

1. Abertura del tracto

Bajo anestesia local se realiza incisión amplia; el promedio de tiempo de curación es de 43 días, con recidivas tempranas del 4% y tardías del 13%.

2. Técnicas abiertas

Se realiza escisión amplia de todos los tejidos entre la piel y la fascia presacra. La herida es dejada abierta; el promedio de curación es de 73 días. Stansby y Greanorex (8) encuentran recidivas del 35% luego de 8 meses; se publican recidivas tardías del 14%.

3. Técnica semiabierta

Descrita por McFee, luego de escisión hasta la fascia presacra, los bordes de la piel se suturan con la fascia; el tiempo de curación se reduce a 27 días; se informan recidivas tempranas del 6% y tardías del 4%.

4. Marsupialización

Consiste en incidir hasta el trayecto fistuloso, realizar limpieza del tracto y afrontamiento de los bordes de la piel al mismo; el promedio de curación es de 4 semanas; se presentan recidivas en el 6-7% en un período de 8 años de seguimiento (1, 6).

5. Técnica cerrada

Luego de resección amplia hasta la fascia presacra se realiza rafia primaria; la curación demora 2 semanas en el 90% de los pacientes. Las recurrencias tempranas se presentan en el 8% y las tardías en el 15%. Esta fue la técnica utilizada en 31 de nuestros 32 pacientes. Encontramos recidivas tempranas del 12,5% y tardías del 3,1%; el período de seguimiento fue mayor de 2 años en 15 pacientes. El promedio de duración de los síntomas de los pacientes que no recidivaron fue de 25.6 meses; de los pacientes que recidivaron, 3 habían tenido síntomas durante 30 o más meses, lo que podría relacionarse con la presencia de más cantidad y mayor tamaño de los tractos fistulosos, razón por la cual fue alta la incidencia de recidivas tempranas.

Se han propuesto incisiones asimétricas u oblicuas con el fin de que la rafia se realice fuera de la hendidura natal, lo que disminuye la fricción entre las nalgas (3, 7); con esta técnica se han publicado recidivas tempranas de sólo 1% y tardías de sólo 3%.

6. Colgajos de piel

Luego de escisión amplia; tiene la ventaja de mantener la cicatriz fuera de la línea media, lo que produce aplanamiento de la hendidura natal, disminuyendo así la posibilidad de fricción y de acumulación de detritos y cabello (3, 5, 7, 9). La curación es alcanzada en más del 90%. Algunos artículos publican ausencia de recidivas tempranas y tardías con este método (6).

MICROBIOLOGIA

En el 50% de los casos de seno pilonidal se encuentran organismos anaerobios y aerobios (3, 4, 8). Los gérmenes más frecuentemente aislados (4) fueron: *bacteroides*, *peptococos*; menos frecuentemente *E. coli*, *estreptococo* del grupo D, *Fusobacterium* y *Klebsiella*. En un estudio aleatorio, Parkkis citado por Lundhus (21) comparó el uso de ampicilina y metronidazol durante un día *versus* los mismos antibióticos durante 5 días, dados en forma "profiláctica" a pacientes intervenidos por enfermedad pilonidal; no encontró diferencias significativas entre los dos grupos. Lundus llegó a la misma conclusión (22). Kromborg citado por Khwaja (8) publica buenos resultados con el uso de clindamicina, al igual que Marks con metronidazol. Sondenaa (23) encuentra una frecuencia de complicaciones sépticas del 27% en los pacientes tratados con resección amplia y cierre primario, y del 38% en los sometidos a resección amplia y herida abierta. En nuestro estudio encontramos una frecuencia de infecciones del 50%; podrían existir varias razones para esta cifra tan alta: el no uso de antibióticos en el pre y el transoperatorio, siendo una herida contaminada.

CONCLUSIONES

1. No se justifica la escisión amplia y herida abierta debido a la gran incapacidad que produce y a la frecuencia de recidivas.
2. El cierre primario en la línea media tiene la ventaja de la curación temprana, pero la desventaja de la alta frecuencia de recidivas. El cierre primario con incisión asimétrica es simple, tiene el mismo éxito temprano que el cierre primario en la línea media y menor frecuencia de recurrencias (3).
3. Aunque los colgajos miocutáneos tienden a producir adecuada curación con baja recidiva, son técnicamente más complejos; además, la pérdida de toda o una parte del colgajo es una complicación seria. Solla (6) aconseja este método para el tratamiento de la enfermedad pilonidal compleja (seno pilonidal recidivante).
4. La marsupialización es una técnica sencilla, con bajas recurrencias y curación relativamente rápida.
5. La explicación de las menores recurrencias se encuentra en que la cicatrización en los métodos asimétricos, marsupialización y colgajos, altera el contorno de la hendidura natal, disminuyendo la fricción entre las nalgas y la acumulación de detritos y cabellos.

6. En cuanto al uso de antibióticos, se trata de cirugías contaminadas, lo que requiere su uso profiláctico. Siendo los gérmenes más frecuentes los microorganismos anaerobios y los coliformes (bacilos Gram negativos), varios antibióticos podrían utilizarse, así: metronidazol más gentamicina, cefoxitina, cefotetan, azactam más clindamicina, mezlocilina, ticarcilina. Se debe administrar una sola dosis de cualquiera de los regímenes indicados, 30 minutos antes del inicio de la cirugía (24).

7. Las recurrencias se incrementan con la duración del seguimiento y, en general, ocurren antes de los 3 años (3).

ABSTRACT

Common presentations of pilonidal disease are abscess, sinus, or a fistulous tract in the natal cleft, containing hair

or free of hair; other locations have also been described. It is amply accepted the pilonidal disease is an acquired pathological entity, although the theories on congenital origin were popular in the past.

Following the first publication on the treatment of this entity in 1847, there have been many publications proposing multiple surgical techniques, a fact that expresses the lack of a single totally efficacious method.

This review was undertaken in order to discuss the most commonly used techniques and to present the method that is preferred at the Surgical Institute of Bucaramanga.

REFERENCIAS

- Wexner S, Jagelman D: Enfermedad pilonidal; Quistes y Tumores Presacros y Dolor Pélvico perianal. En: Zudeima J: Shackelford. Cirugía del Aparato Digestivo, Tercera Edición, Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 1993, pp. 477-81
- Guerra F: La Enfermedad Pilonidal Sacrococcígea. Ediciones de la Universidad de Carabobo, 1973, Sep.
- Allen Mersh T G: Pilonidal sinus: finding the right track for treatment. Br J Surg 1990, Feb; 77(2): 123-32
- Golladay E S, Wagner Ch W: Pediatric pilonidal disease: a method of management. South Med J 1990 Aug; 83(8): 922-4
- Manterola C, Barroso M, Araya J C, Fonseca L: Pilonidal disease: 25 cases treated by the Dufourmentel technique. Dis Colon Rectum 1991 Aug; 34(8): 649-52
- Solla J A, Rothenberger D: Chronic pilonidal Disease. An assessment of 150 cases. Dis Colon Rectum 1990 Sept; 33(9): 758-61
- Jones D J: ABC of colorectal diseases. Pilonidal sinus. BMJ 1992 Aug 15; 305(6850): 410-2
- Khawaja H T, Bryan S, Weaver P C: Treatment of natal cleft sinus: a prospective clinical and economic evaluation BMJ 1992 May 16; 304(6837): 1282-3
- Henderson H P: Treatment of natal cleft sinus. BMJ 1992 Sep 12; 305(6854): 648
- Stansby G, Greanorex R: Phenol treatment of pilonidal sinuses of the natal cleft. Br J Surg 1989 Jul; 76(7): 729-30
- Kodner Y, Fry R et al: Colon, Rectum and Anus. In: Schwartz S, Shires G, Spencer F: Principles of Surgery, Sixth Edition, New York, 1994, McGraw Hill, p. 1234
- Shpitz B, Kaufman A, Kantanovsky A, Reina A, Dinbar A: Definitive management of acute pilonidal abscess by loop diathermy excision. Dis Colon Rectum 1990 May; 33(5): 441-2
- Gupta S, Sikora S, Sigh M, Sharma L: Pilonidal disease of the umbilicus a report of two cases. Jpn J Surg 1990 Sep; 20(5): 590-2
- Khan A B, Scott R N: Pilonidal abscess of the penis. Br J Urol 1992 Apr; 69(4): 437
- Suros J: Semiología Médica y Técnica Exploratoria. Sexta Edición. Editorial Salvat, p. 725
- Miyata T, Toh H, Doi F, Torisu M: Pilonidal sinus on the neck. Surg Today 1992; 22(4): 379-82
- Paulose K O, Al-Khalifa S, Raj S S, Saeed T: Pilonidal sinus of the nose. J Laryngol Otol 1989 Dec; 103(12): 1210-3
- Khan F, Fischer R: Pilonidal sinus in an amputated. JR Army Med Corps 1991 Jun; 137(2): 88-9
- Fasching M C, Meland M B, Woods J E, Wolf B G: Recurrent squamous-cell carcinoma arising in pilonidal sinus tract-multiple flap reconstructions. Report of a case. Dis Colon Rectum 1989 Feb; 32(2): 153-8
- Davis K A, Mock C N, Versaci A, Lentricchia P: Malignant degeneration of pilonidal cysts. Am Surg 1994 Mar; 60(3): 200-4
- Lundhus E, Gottrup F: Outcome at three to five years of primary closure of perianal and pilonidal abscess. A randomized, double-blind clinical trial with a complete three-year followup of one compared with four days' treatment with ampicilin and metronidazole. Eur J Surg 1993 Oct; 159(10): 555-8
- Lundhus E, Gjode P, Gottrup F, Holm C N, Terpling S: Bactericidal antimicrobial cover in primary suture of perianal or pilonidal abscess. A prospective randomized, doubleblind clinical trial. Acta Chir Scand 1989 Jun-Jul; 155(6-7): 351-4
- Sondenaa K, Andersen E, Soreide J A: Morbidity and short term results in a randomized trial of open compared with closed treatment of chronic pilonidal sinus. Eur J Surg 1992 Jun-Jul; 158(6-7): 351-5
- Page C, Bohlen J et al: Antimicrobial prophylaxis for surgical wounds. Guidelines for clinical care. Arch Surg 1993 Jan; 128(1): 79-88
- Isaza F, Andrade E: Quiste pilonidal. Trib Méd 1966; 6: 5
- Escobar J: Quiste pilonidal. En: Colon, recto y ano; enfermedades y tratamiento. Edit Vértice, 1982, pp. 277-81
- Gutiérrez H: Quiste pilonidal. En: Cirugía. F. Olarte, H. Aristizábal, M. Botero, J. Restrepo, Edits. Medellín, U. de Antioquia, 1983, Tomo III, pp. 443-75.

Correspondencia:

Dr. Francisco Hernando Camacho. Universidad Industrial de Santander. Facultad de la Salud. Bucaramanga.