



Tratamiento Quirúrgico del Quiste Pilonidal

Técnica Semiabierta*

C.A. SANCHEZ, MD, SCC; F. GIRON, MD; J. ACOSTA, MD, SCC; I. BAENE, MD, SCC; C. ESPINOSA, MD, SCC; J. De FRANCISCO, MD, SCC; C.A. CELIS, MD, SCC; A. CARVAJAL, MD.

Palabras claves: Quiste pilonidal, Técnica quirúrgica semiabierta.

Se evalúa en forma prospectiva el protocolo de tratamiento del quiste pilonidal en 73 pacientes sometidos a cirugía en la Clínica San Rafael de Santafé de Bogotá, D.C., entre enero de 1983 y enero de 1991.

No se encontró predominio de sexo en la presentación del quiste pilonidal y el promedio de edad fue de 24 años; la mayoría de los pacientes eran empleados; consultaron por dolor y secreción; 35 (48%) mostraban masa; 55 (75%) presentaban un orificio de drenaje.

Se sometieron a tratamiento quirúrgico por la técnica semiabierta (Mc. Fee) 58 pacientes (79%), de los cuales 1 (1.7%) tuvo complicaciones: infección de la herida quirúrgica.

Se analizan los resultados con otro informe de la literatura mundial.

INTRODUCCION

El quiste pilonidal, conocido también como fístula, seno o enfermedad pilonidal, enfermedad del Jeep o quiste sacrococcígeo, puede definirse como la formación de un quiste o fístula en la región sacra, detrás y arriba del ano, que contiene o no pelos en su interior (Figs. 1 y 2) (4, 7, 8, 11,

14). Ha sido descrito en otras localizaciones: pubis, clítoris, intermamaria, axila, nariz, piel y manos (1, 3, 4).

Se presenta comúnmente como nódulos que se abscedan, drenan y dejan fístula, que obliga a hacer un diagnóstico

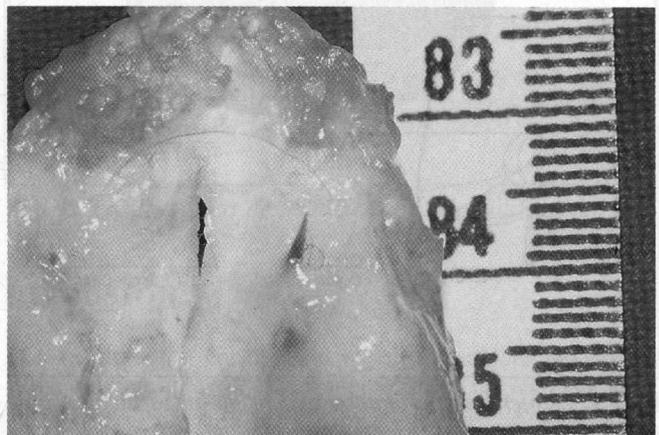


Fig. 1. Quiste pilonidal con pelos incluidos. (Corte sagital).



Fig. 2. Aspecto microscópico del quiste pilonidal.

* Trabajo presentado en el XVIII Congreso de la Sociedad Colombiana de Cirugía, agosto de 1992, en Santafé de Bogotá, D.C., Colombia.

Autores: Doctores Carlos Alberto Sánchez T., Cirujano General; Fernando Girón L., Residente III de Cirugía General; Jaime Acosta Lozano, Cirujano General, Jefe Depto. Quirúrgico; Iván Baene F., Cirujano General, Jefe Servicio de Cirugía General; Carlos Espinosa Correa, Cirujano General, Jefe Depto. de Educación Médica; Juan De Francisco, Cirujano General; Carlos Arturo Celis P., Cirujano General; Armando Carvajal Puyana, Cirujano General, Hospital Universitario-Clinica San Rafael de Santafé de Bogotá, D.C., Colombia.

diferencial con forúnculos, hidroadenitis supurativa, abscesos perianales, TBC sacrococcígea, osteomielitis, micosis y fístulas perianales (1, 10). Su etiología es controversial, siendo cinco las más proclamadas: teoría de la glándula coccígea (2, 9) asimilándolo a un vestigio encontrado en los pájaros, teoría del vestigio del canal medular (2, 7); teoría del dermoide de tracción (2, 8, 12); teoría del dermoide de inclusión (2, 5, 6) y la última y más aceptada es la de ser un proceso adquirido, que sostiene que los pelos procedentes de la piel circundante se introducen en los tejidos y originan el seno (2, 11, 15).

Su tratamiento siempre es quirúrgico pero la discusión se centra en la técnica por emplear que puede ser abierta, semiabierta, cerrada, marsupialización, cistostomía y esclerosis.

En el presente trabajo se emplea la técnica semiabierta para demostrar que es un procedimiento efectivo, con bajas complicaciones y un período de cicatrización corto.

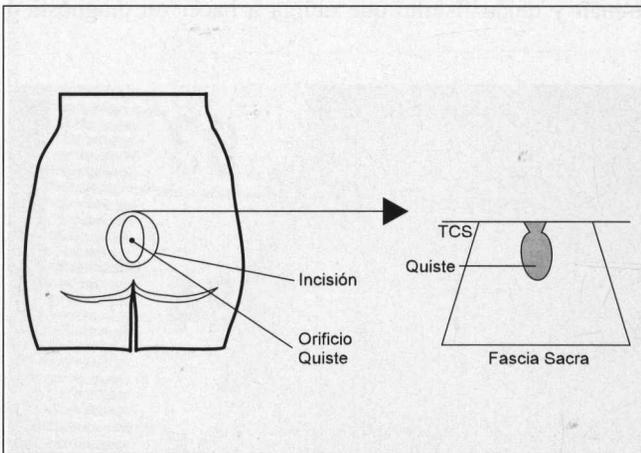


Fig. 3. Esquemas anatómicos que orientan la técnica quirúrgica de resección del quiste pilonidal.

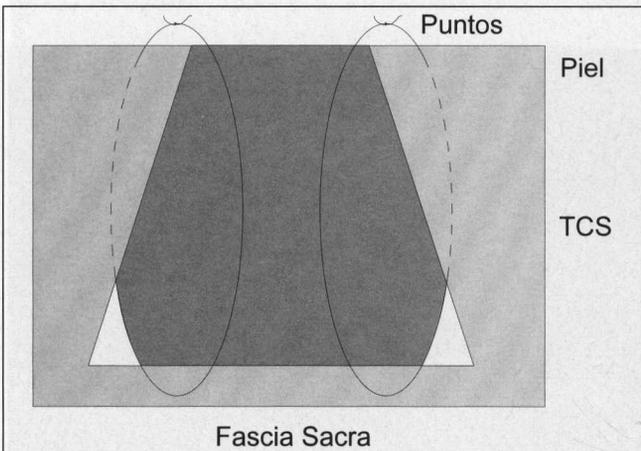


Fig. 4. Representación esquemática de los puntos de fijación de la piel a la fascia sacra.

MATERIALES Y METODOS

Se incluyeron en el estudio 73 pacientes atendidos entre enero de 1983 y enero de 1991 que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico en la Clínica San Rafael de Santafé de Bogotá D.C.

Se elaboró un protocolo que incluye edad, sexo, motivo de consulta, hallazgos al examen físico, técnica quirúrgica, período de cicatrización y complicaciones.

La técnica empleada fue la llamada semiabierta o de McFee que realizamos bajo anestesia regional, con el paciente en posición de Sims; se identificó el o los orificios fistulosos y se realizó una incisión elipsoidal dejando un margen de seguridad de 1 a 2 cm para extender en profundidad en dirección oblicua externa hasta la fascia sacra, reseca este segmento en bloque (Figs. 3 y 4). Finalmente se pasan puntos separados de la piel a la fascia sacra en sentido vertical con polipropileno 0, los cuales se retiran a los 14 días postoperatorios (Figs. 5, 6 y 7). Los pacientes fueron incluidos en el programa de cirugía ambulatoria.



Fig. 5. Quiste pilonidal en la región sacrococcígea.



Fig. 6. Resección del quiste pilonidal.

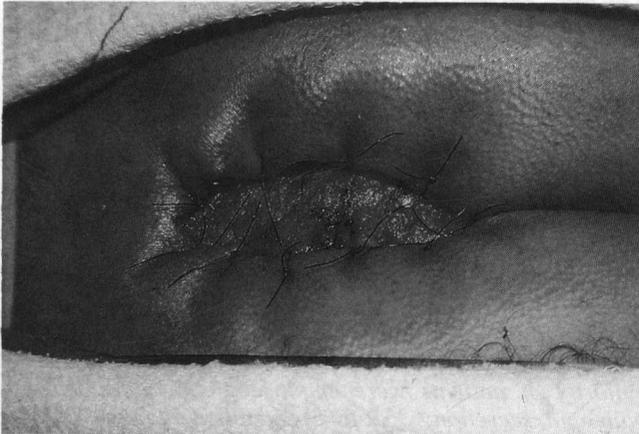


Fig. 7. Resultado final. Técnica semiabierta.

RESULTADOS

De los 73 pacientes incluidos en el estudio, 33 (45%) pertenecían al sexo masculino y 40 (55%) al femenino.

El rango de edad se ubicó entre 15 y 25 años en 49 pacientes (67%). El principal motivo de consulta fue el dolor, en 26 pacientes (35%), seguido por orificio, secreción y masa aparente; esta última se encontró en 36 pacientes (49%), con eritema ocasional (Fig. 8).

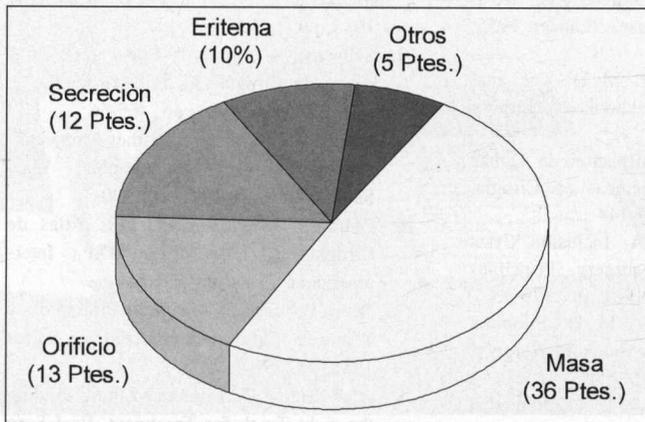


Fig. 8. Signos físicos más frecuentes encontrados al examen del quiste pilonidal.

Se encontró un solo orificio fistuloso en 42 pacientes (58%); 2, en 25 (34%), y más de 2, en 6 pacientes (8%).

Sesenta y seis pacientes (90%) recibieron tratamiento previo; 63 (86%), drenaje; y 3 (4%), resección.

El estudio fue doble ciego con relación al empleo de antibióticos y marcación del quiste con azul de metileno, sin evidenciar diferencia estadísticamente significativa con el grupo control. La técnica semiabierta la empleamos en 59 pacientes (80%); cerrada en 11 casos (16%), y abierta en 3 pacientes (4%); las dos últimas técnicas fueron realizadas al principio del estudio (Fig. 9). El período de seguimiento osciló entre 1 y 8 años, con un promedio de 5 años.

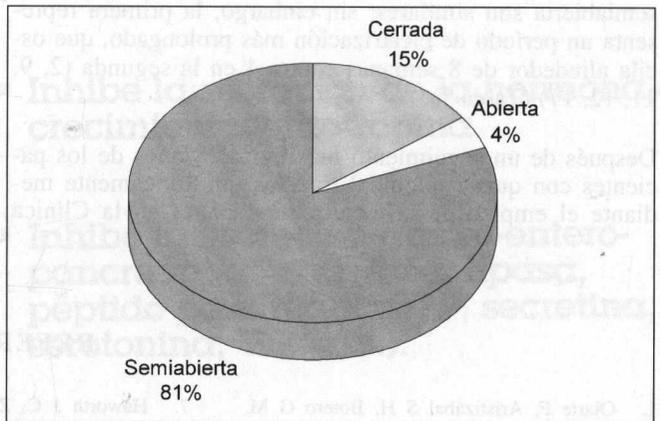


Fig. 9. Los tres tipos de técnica quirúrgica utilizada.

DISCUSION

Los resultados a corto plazo en el tratamiento del quiste pilonidal son aparentemente mejores con las técnicas conservadoras, pero definitivamente las grandes series con seguimiento a largo plazo confirman que el primer acercamiento quirúrgico a esta patología, si se hace más "agresivo", generará menor cantidad de complicaciones, representadas especialmente por la recidiva con múltiples trayectos fistulosos y con mala calidad de vida para el paciente (2, 9, 11, 12, 16).

La esclerosis, el drenaje y la marsupialización, siguen siendo utilizados por algunos cirujanos a pesar de docu-

Tabla 1. Comportamientos en cada una de las tres técnicas en la resección del quiste pilonidal.

Técnica	Hospitalización Días	Cicatrización Semanas	Infección Ptes.	Reproducción Ptes.
Cerrada	2	2	2	2
Semiabierta	1	4	1	0
Abierta	2	8	1	0

mentarse un importante índice de recidivas durante el primer año después de realizados estos procedimientos (1, 2, 8, 11, 13, 8).

La discusión probablemente se debe centrar en los tres métodos como son la técnica cerrada, semiabierta y abierta. En cuanto a la primera, se ha informado aparición de recidiva entre un 16 y un 20%, y la única ventaja radica en un período de cicatrización más corto (1, 9, 11, 12, 15).

La menor recurrencia después de la técnica semiabierta (3%) se relaciona con la dificultad de nueva perforación pilosa en el tejido de granulación, ausencia de pelos en dicha zona y disminución de la fricción interglútea (18).

Las complicaciones y recidivas de las técnicas abierta y semiabierta son similares; sin embargo, la primera representa un período de cicatrización más prolongado, que oscila alrededor de 8 semanas contra 4 en la segunda (2, 9, 11, 12, 17) (Tabla 1).

Después de un seguimiento máximo de 8 años de los pacientes con quiste pilonidal tratados quirúrgicamente mediante el empleo de la técnica semiabierta en la Clínica

San Rafael de Santafé de Bogotá, el servicio de Cirugía General recomienda esta técnica como un procedimiento confiable, teniendo en cuenta los excelentes resultados a corto y a largo plazo, además de ser un método sencillo y de manejo ambulatorio.

ABSTRACT

Seventy-three patients submitted to surgery were used to prospectively evaluate the treatment protocols for pilonidal cysts at the San Rafael Clinic in Bogot.

No predominance of either sex was found in the presentation of pilonidal cysts. Average age was 24 years; the majority of patients were employees who consulted for pain and secretion; 35 (48%) exhibited a mass and 55 (75%) presented with an external communication of the cyst.

Fifty-eight patients (79%) were submitted to the semi-open (Mc Fee) technique of which 1 (1.7%) presented complications (infection of the surgical wound).

Results are analyzed along with other reports from world literature.

REFERENCIAS

1. Olarte F, Aristizábal S H, Botero G M, Restrepo B J: Quiste Pilonidal. Cirugía Univ Antioquia, Fac Med. HUSVP. Tomo III, Primera Edición. pp. 443-6
2. Goligher J C: Fístula Pilonidal. Cirugía del ano, recto y colon. Salvat Edit. 1ra. Ed. 1979. pp. 212-28
3. Debueb F M: Fístula Pilonidal. Rev Cubana Cirug. 1978; 17: 603
4. Colape N D: Umbilical Pilonidal Sinus. J Surg; 64 (7) 494-5
5. Koistra H P: Pilonidal Sinuses. Review of the Literature and report of three hundred and fifty cases. Am J Surg 1942; 55: 3
6. Spencer J A: Pilonidal Sinus-Unpublished work in Univ. Dept. of Surgery, the General Infirmary at Leeds. Stone, H. B. 1942
7. Haworth J C, Zachary R B: Congenital Dermal Sinuses in Children. Their Relation to Pilonidal Sinuses. Lancer 1955; 2: 10
8. David C, Sabiston Jr. M D: The anal canal and rectum. Texbook of Surgery 1981; 727-9
9. Jhon L, Madden: Extirpación de Quiste Pilonidal-Atlas de Técnicas en Cirugía. 2da. Ed. 1996. pp. 138-144
10. Harkins M, Khoads A: Inclusion Cysts and pilonidal Cysts surgery. Principies and practice. 2da. Ed 1961. pp. 529-30
11. David C, Sabiston Jr. M D: Pilonidal Cysts and Sinuses. Texbook of Surgery. 12th Ed 1981, pp. 1.683-886
12. Nealon F J, Grossi E: Enfermedad Pilonidal. Principios de la Técnica Quirúrgica
13. Kratzer L, Demares J: Pilonidal Disease Management of colon and rectal Disease 1985, pp. 125-134
14. Schwartz S, Shires T, Spencer F: Principios de Cirugía. 5a. Ed. México D. F. Interamericana 1991, pp. 465-66
15. Zuidema G: Surgery of the Alimentary Tract. 3ra. Ed. Philadelphia; W.B. Saunders Comp. 1991, pp. 390-3
16. Zollinger R, Zollinger Jr. R: Atlas de Cirugía. 6a. Ed. México D.F.; Interamericana 1990, pp. 460-2
17. Nora P: Cirugía General. Principios y Técnicas. 2da. Ed. Barcelona; Salvat 1985, pp. 590-1
18. Allen-Mersh T: Pilonidal Sinus: Finding the right Track for Treatment. Br J Surg 1990, 77: 123-32