

11209
4
20



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado

"Hospital General Centro Médico La Raza"

I. M. S. S.

ENFERMEDAD PILONIDAL, MANEJO QUIRURGICO
CON EXCISION Y CIERRE PRIMARIO:

T E S I S

Que para obtener el Título de

ESPECIALIDAD EN CIRUGIA GENERAL

p r e s e n t a

EL Dr. ALEJANDRO ALBORES MANZO



IMSS

México, D. F.

Asesor: Dr. Guillermo López Guzmán

FALLA DE ORIGEN
Febrero 1995



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CENTRO MEDICO LA PAZ
HOSPITAL GENERAL

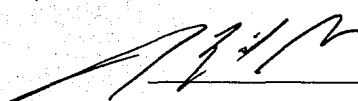


Unidad de Tratamiento
de Infecciones

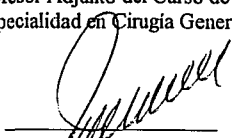
[Handwritten signature]

Dr. Emilio Escobar Picasso.
Jefe de Enseñanza del Hospital General
Centro Médico La Raza

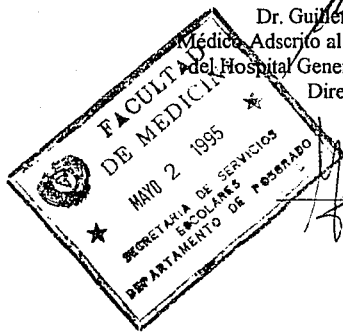
Dr. Angel Zarate Aguilar
Profesor Titular del Curso de la Especialidad
en Cirugía General



Dra. Maria Graciela Zermeño Gómez
Profesor Adjunto del Curso de la
Especialidad en Cirugía General



Dr. Guillermo López Guzmán
Médico Adscrito al Servicio de Coloproctología
del Hospital General Centro Médico La Raza
Director de Tesis



**ENFERMEDAD PILONIDAL, MANEJO QUIRURGICO CON
EXCISION Y CIERRE PRIMARIO.**

DEDICATORIAS

A mis queridos padres, Lourdes y Rafael, con amor gratitud y cariño por su invaluable apoyo en mi formación profesional.

A mis queridos hermanos Bertha Georgina, Rafael Antonio y Benjamín por su comprensión y apoyo continuo.

AGRADECIMIENTOS

De manera muy especial, al Dr. Guillermo López Guzmán, quien me ha brindado su amistad, sus enseñanzas y paciencia para dirigir este trabajo.

A la Dra. Nora Barrios, por su apoyo incondicional, sin escatimar esfuerzo alguno y con el entusiasmo y buena voluntad que siempre le ha caracterizado.

A Karin Teruel, amiga incomparable por su gran disponibilidad en la presentación de este trabajo.

A la memoria del Dr. Fernando Alvarado Granados (QEPD)

Al Dr. Alfredo Castañon Castellanos, por su valioso apoyo en mi ingreso al IMSS y a la especialidad de Cirugía General.

INDICE

ANTECEDENTES CIENTIFICOS	1
OBJETIVO E HIPOTESIS	5
MATERIAL Y METODO	6
RESULTADO	8
GRAFICAS Y CUADROS	12
DISCUSION	26
CONCLUSION	28
BIBLIOGRAFIA	29

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Los quistes o senos pilonidales representan una infección aguda o crónica del pliegue interglúteo (hendidura anal). La enfermedad ocurre generalmente en adultos jóvenes o en adolescentes con predominancia hombres/mujeres en proporción 3:1 . El uso original del nombre "Seno Pilonidal" se refería a un "nido de pelos" . Esta denominación deriva del hecho de que el seno revestivo por epitelio casi siempre contiene pelos. Si ese seno se infecta, puede drenar por una o más aberturas en el área del pliegue interglúteo. El problema de la enfermedad pilonidal es de grandes proporciones, consume mucho costo de atención sanitaria y genera gran pérdida de tiempo productivo.(1)

Los quistes o senos pilonidales son malformaciones congénitas que surgen en la región sacrococcígea. (2).

Su origen se relaciona con el conducto neuroentérico y se cree que se deriva del bloqueo congénito de un seno coccígeo que es residuo dicho conducto. Esto se sustenta en datos de que en ángulos quistes y senos pilonidales resultan de penetración de la piel local por pelos en crecimiento. El crecimiento de éstos hacia adentro crea las condiciones necesarias para la formación del quiste e infecciones repetidas. Es frecuente que las lesiones estén presentes desde el nacimiento, aunque también lo es, que no se manifiesten hasta fines de la adolescencia o comienzos de la edad adulta.

Las principales características de un quiste pilonidal es el tracto primario en la línea media; éste tracto se extiende al tejido subcutáneo en una distancia variable, generalmente de dos a cinco centímetros. Pueden haber cavidades pequeñas con abscesos, o tractos ramificados derivados del tracto primario; que se abren.

La cavidad con abscesos y los tractos secundarios están por lo regular recubiertos con tejido de granulación. A menudo se observa pelo, generalmente desconectado de la piel circundante, proyectándose desde la abertura del quiste. Este pelo por lo regular se encuentra con su base dirigida hacia la profundidad del trayecto quístico. No se sabe si los folículos pilosos se encuentran en el recubrimiento epitelial mismo. La cavidad pilonidal se localiza en la línea media y en la mayoría de los casos tiene dirección longitudinal. Varía en longitud desde uno a quince centímetros. Las paredes de la cavidad están constituidas por el tejido fibroso denso.

Los trayectos secundarios pueden ir desde la cavidad del quiste pilonidal, hasta el tejido subcutáneo circundante, y pueden secretar en la superficie cutánea. Sus aberturas tienen un aspecto diferente a los primarios en la línea media y se distinguen por elevaciones de tejido de granulación, parcialmente cubiertos por epitelio delgado y secretan una sustancia seropulenta. Los trayectos secundarios se extienden lateralmente y pueden ser bilaterales; también se pueden extender hacia arriba o, en ocasiones, distalmente hacia el ano.

Ha habido casos aislados, reportados en los cuales se desarrolló carcinoma en un quiste o cavidad pilonidal . (3)

La mayoría de los pacientes se presentan con dolor, inflamación y descarga purulenta. Pueden haber hallazgos físicos como fiebre y leucocitosis. Este proceso puede tener muchas recurrencias. Con el tiempo se desarrolla un quiste crónico con cuando menos una, pero por lo regular múltiples aberturas. Con frecuencia se aprecia el pelo que sobresale de la abertura. En la fase activa se encuentran infecciones mixtas con microorganismos tales como *Staphylococcus Aureus* y *Streptococcus*. También pueden presentar un papel los anaerobios y los bacilos gramnegativos, como las especies de bacteroides halladas frecuentemente en cultivos.(4). La enfermedad tiene tendencia especial a afectar a personas con exceso de peso o con hirsutismo.(5).

Por lo general el diagnóstico de ésta enfermedad se hace muy fácilmente. Una masa dolorosa y fluctuante es la manifestación más común del proceso agudo. En las primeras etapas solamente puede haber celulitis. En el estado crónico, el diagnóstico se confirma por la abertura del quiste en el pliegue interglúteo, aproximadamente quince centímetros por encima del ano. El diagnóstico diferencial que se debe considerar incluye cualquier furúnculo en la piel; fistula anal, granulomas específicos como el sífilítico o tuberculoso , osteomielitis con quistes múltiples que drenan a la piel.

Se indica que la actinomicosis en la región sacra virtualmente no se distingue de la enfermedad pilonidal. Cuando se sospecha de un quiste pilonidal, el diagnóstico se confirma por el hallazgo de un hongo radiado en los fróntis del exudado o en los cultivos.

El mejor tratamiento para la mayoría de los pacientes con un absceso pilonidal es la incisión y drenaje bajo anestesia local. La incisión y drenaje sencillos se prefieren al tratamiento definitivo debido a la presencia de infección y a la marcada hipertermia de los adyacentes. El absceso se debe drenar tan pronto como se diagnostique. Los antibióticos no sustituyen el drenaje quirúrgico, pero ocasionalmente pueden estar indicados para tratar la celulitis con comitante u otras condiciones en pacientes seleccionados (diabétes, enfermedad cardiaca válvula, o inmunodeficiencia).

Después de que haya cicatrizado en forma adecuada el absceso, se puede practicar una cirugía definitiva del quiste pilonidal crónico. Mucho de éstos abscesos pueden no requerir una cirugía de ésta naturaleza, ya que cicatrizarán por primera intención. La necesidad de cirugía definitiva por lo general se puede determinar en un periodo de uno a dos meses.(6)

Principales opciones quirúrgicas:

Seno no infectado.- escisión y cierre primario o escisión y manejo abierto.

Seno infectado o absceso.- drenaje y excisión, curaciones y cierre por segunda intención.

Los métodos disponibles para el tratamiento del quiste pilonidal crónico son marsupielización; inyección del trayecto con fenol, excisión y manejo abierto, excisión y cierre primario. Cierre de la herida por injerto de tejido de granulación o de piel. Ningún método de tratamiento para el quiste pilonidal ha sido totalmente satisfactorio. Sin embargo encontramos que la excisión y cierre primario como tratamiento del seno pilonidal crónico causa menor morbilidad y es más efectivo que la excisión y manejo abierto (7)

Comparación del cierre primario y manejo abierto:

Cierre primario	Manejo abierto.
Curación rápida.	Curación lenta.
El éxito depende del cirujano.	Efectiva en menos manos.
Pronto retorno al trabajo.	Incorporación tardía al trabajo.
Fracaso en otras técnicas.	
Largo periodo de hospitalización	Corto periodo de hospitalización.
Mínimo cuidado de la herida.	Mayor cuidado de la herida.

La recurrencia temprana es debida a drenaje persistente, y por negligencia en cuidados de la herida quirúrgica. La recurrencia tardía es causada por infecciones repetidas del folículo piloso y presencia de escaras en la línea media.(8).

OBJETIVO:

Comparar la evolución trans y postoperatoria de los pacientes sometidos a excisión y cierre primario, con la evolución trans y postoperatoria de los pacientes con excisión y manejo abierto.

HIPOTESIS.**HIPOTESIS GENERAL:**

Los pacientes sometidos a excisión y cierre primario tienen diferente evolución transoperatoria y postoperatoria de los pacientes sometidos a excisión y manejo abierto.

HIPOTESIS ALTERNA:

Los pacientes sometidos a excisión y cierre primario tienen una mejor evolución trans y postoperatoria que los pacientes sometidos a excisión y manejo abierto.

HIPOTESIS NULA:

Los pacientes sometidos a excisión y cierre primario tienen igual evolución trans y postoperatoria que los pacientes sometidos a excisión y manejo abierto.

MATERIAL Y METODO.

El presente estudio es de tipo retrospectivo, comparativo, transversal, observacional, clínico; En donde se estudiaron treinta expedientes de pacientes que fueron sometidos a excisión y cierre primario por enfermedad pilonidal del Hospital General Centro Medico la Raza y treinta expedientes de pacientes sometidos a excisión y manejo abierto por enfermedad pilonidal del Hospital General Regional con Medicina Familiar N° 1, Cuernavaca, Morelos.

Criterios de inclusión.-

Pacientes con quiste o seno pilonidal, ambos sexos, mayores de 16 años que fueron sometidos a excisión y cierre primario y excisión y manejo abierto.

Pacientes operados en el servicio de coloproctología del Hospital General Centro Médico la Raza y Servicio de Cirugía General del Hospital General Regional con Medicina Familiar, N° 1 Cuernavaca Mor.

Pacientes derechohabientes del IMSS.

Criterios de exclusión.-

Pacientes sometidos al uso de inmunosupresores.

La técnica operatoria empleada en los pacientes operados por enfermedad pilonidal es la siguiente:

a. Técnica Quirúrgica Cerrada.

Paciente en decúbito prono con las caderas elevadas y la mesa doblada en su parte media, bajo anestesia intravenosa o general, se colocan dos bandas de tela adhesiva ajustadas y fijadas de manera simétrica, aproximadamente diez centímetros de la línea media a nivel del seno y sometidas a tracción hacia abajo mediante sujeción a la mesa, asepsia y antisepsia de la región, colocación de campos esteriles, se realiza incisión ovoide al rededor de la abertura del trayecto del seno a un centímetro aproximadamente de cada extremo.

Se coloca una pinza de Allis en el extremo superior de la piel por extirpar y se reseca el seno en bloque. El tejido subcutáneo se extirpa hacia abajo y afuera hasta la aponeurosis subyacente; se realiza hemostasia de vasos sangrantes con crómico 00 y se procede a afrontar tejido celular y piel hasta la fascia presacra con puntos invaginantes. Se colocan gasas en el sitio de herida quirúrgica y se da por terminado el procedimiento.

b. Técnica Quirúrgica Abierta.

Paciente en decúbito prono con las caderas elevadas y la mesa doblada en su parte media, bajo anestesia intravenosa o general, se colocan dos bandas de tela adhesiva ajustadas y fijadas de manera simétrica, aproximadamente diez centímetros de la línea media a

nivel del seno y sometidas a tracción hacia abajo mediante sujeción a la mesa, asepsia y antisepsia de la región, colocación de campos estériles, se realiza incisión ovoide al rededor de la abertura del trayecto del seno a un centímetro aproximadamente de cada extremo.

Se coloca una pinza de Allis en el extremo superior de la piel por extirpar y se reseca el seno en bloque. El tejido subcutáneo se extirpa hacia abajo y afuera hasta la aponeurosis subyacente; se realiza hemostasia de vasos sangrantes con crómico 00 y se procede a realizar mersupielización en toda la periferia de la herida quirúrgica. Se colocan gasas sobre la herida, se da por terminado el procedimiento.

RESULTADOS.

De los sesenta expedientes estudiados, treinta pacientes fueron operados con la técnica abierta, 14 hombres (47%) y 16 mujeres (53%) con edades extremas de 18 a 40 años (promedio 21.7 años) y treinta pacientes operados con técnica cerrada, 17 hombres (56%) y 13 mujeres (44%) con edades extremas de 18 a 36 años (promedio 22.9 años) Cuadro 1 y 2 y gráfica 1 y 2.

El tiempo de evolución del padecimiento se obtuvo el mayor porcentaje en el intervalo de 1 a 2 años en un (53%) de los pacientes operados con la técnica abierta y (63%) en la técnica cerrada. Cuadro y gráfica 3.

Los pacientes operados con excisión y cierre primario no requirieron de hospitalización, mientras que los operados con excisión y manejo abierto requirieron de un día de estancia hospitalaria. Cuadro 4.

El tiempo quirúrgico utilizado en la técnica abierta varió entre cuarenta minutos el menor y una hora cuarenta minutos la máxima, con una media de 1.06 minutos y la técnica cerrada varió de 30 a 55 minutos con una media de 42 minutos. Las diferencias entre el promedio de tiempo quirúrgico fueron estadísticamente significativas ($P < 0.0005$). Cuadro 5.

En el promedio de días de incapacidad solo diez pacientes requirieron de incapacidad, con 28 días el menor y 45 días el mayor tiempo, con una media de 28.3 días con la técnica abierta y en el cierre primario solo nueve pacientes requirieron de incapacidad con 20 días el menor y 37 días el mayor, con una media de 21.8 días; obteniendo una T de 4.71; lo que representa una diferencia estadísticamente significativa ($P < .05$). Cuadro 6, Gráfica 4.

La diferencia entre el promedio del control postoperatorio en meses no fue estadísticamente significativa. Las diferencias encontradas pueden deberse al azar o errores de muestreo. Cuadro 7, Gráfica 5.

Las complicaciones transoperatorias encontradas en el grupo de excisión y manejo abierto fueron de cuatro sangrados de herida quirúrgica y postoperatorias fueron dos dehiscencias y dos infecciones de herida quirúrgica. En los pacientes con excisión y cierre primario no se obtuvieron complicaciones transoperatorias y dos dehiscencias de herida quirúrgica postoperatorias. Cuadro 8, Gráfica 6.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO LA RAZA
MEXICO, D.F.**

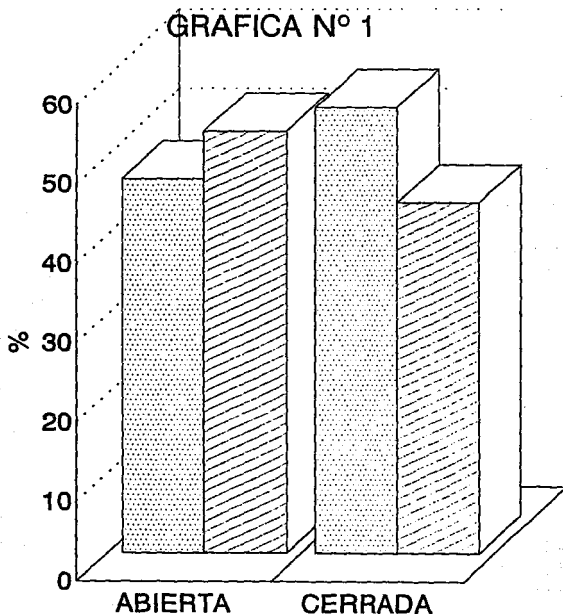
**SEXO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A
CIRUGIA POR ENFERMEDAD PILONIDAL**

CUADRO N° 1

TIPO DE CIRUGIA	HOMBRES		MUJERES		TOTAL
	f	%	f	%	
ABIERTA	14	47	16	53	30
CERRADA	56	56	13	44	30

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL¹³
HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO LA RAZA
MEXICO, D.F.

SEXO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A
CIRUGIA POR ENFERMEDADES PILODINAL



HOMBRES	47	56
MUJERES	53	44

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO LA RAZA
MEXICO, D.F.

DISTRIBUCION POR EDAD DE PACIENTES
SOMETIDOS A CIRUGIA POR
ENFERMEDAD PILONIDAL

CUADRO N° 2

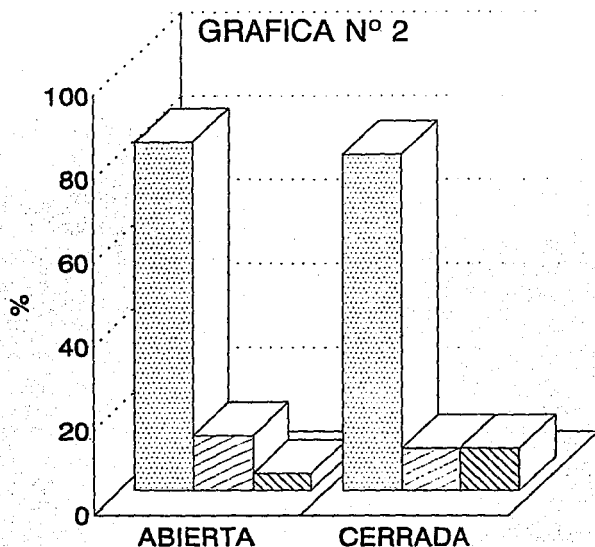
AÑOS	ABIERTA		CERRADA	
	f	%	f	%
12 - 24	25	83	24	80
25 - 31	4	13	3	10
32 Y MAS	1	4	3	10
TOTAL	30	100	30	100

$$\bar{X} = 21.7$$

$$\bar{X} = 22.9$$

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO LA RAZA
 MEXICO, D.F.

DISTRIBUCION POR EDAD DE PACIENTES SOMETIDOS
 A CIRUGIA POR ENFERMEDAD PILONIDAL



18 - 24		83	80
25 - 31		13	10
32 Y MAS		4	10

AÑOS
 $\bar{X} = 21.7$ $\bar{X} = 22.9$

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO LA RAZA
 MEXICO, D.F.

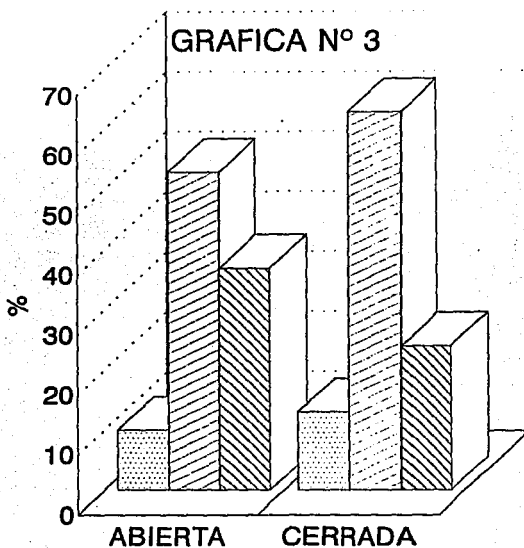
TIEMPO DE EVOLUCION DE LA
 ENFERMEDAD PILONIDAL.
 CUADRO N° 3




AÑOS	ABIERTA		CERRADA	
	f	%	f	%
3 Y MAS	3	10	4	13
1 A 2	16	53	19	63
MENOS 1 AÑO	11	37	7	24
TOTAL	30	100	30	100

17

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO LA RAZA
MEXICO, D.F.**

**TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD
PILONIDAL.**



3 Y MAS		10	13
1 A 2		53	63
MENOS DE 1		37	24

AÑOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO LA RAZA
 MEXICO, D.F.

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA
 CUADRO N° 4

TIPO DE CIRUGIA	DIAS f	%
CERRADA	-	-
ABIERTA	30	100
$\bar{X} = 1$	Mo = 1	Md = 1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO LA RAZA
 MEXICO, D.F.

TIEMPO QUIRURGICO

CUADRO N° 5

TIEMPO	ABIERTA		CERRADA	
	f	%	f	%
30 MINUTOS A 1 HORA	8	27	30	100
1 HORA Y MAS	22	73	-	-

X= 1.06

S= .20

t= 12.8 p< 0.0005

X= .42

S= 5.9

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO LA RAZA
MEXICO, D.F.

DIAS DE
INCAPACIDAD

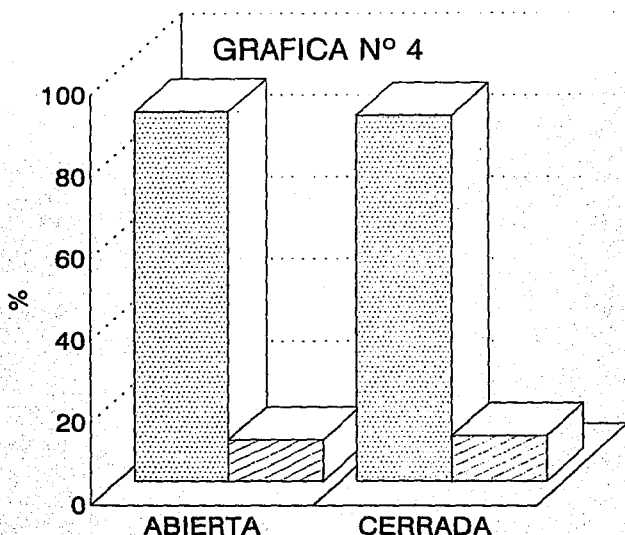
CUADRO N° 6

DIAS	ABIERTA		CERRADA	
	f	%	f	%
20 - 30	9	90	8	89
31 - MAS	1	10	1	11
TOTAL	10	100	9	100

$$\begin{aligned} \bar{X} &= 28.3 & \bar{X} &= 21.8 \\ S &= 5.6 & S &= 5.3 \\ t &= 2.36 & p < 0.05 \end{aligned}$$

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO S21OCIAL
 HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO LA RAZA
 MEXICO, D.F.

DIAS DE INCAPACIDAD



20 - 30	90	89
31 MAS	10	11

\bar{X} = 28.3
 S = 5.6

DIAS

\bar{X} = 21.8
 S = 5.3

t=2.36 p= < 0.05

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO LA RAZA
MEXICO, D.F.

TIEMPO DE CONTROL POSTOPERATORIO

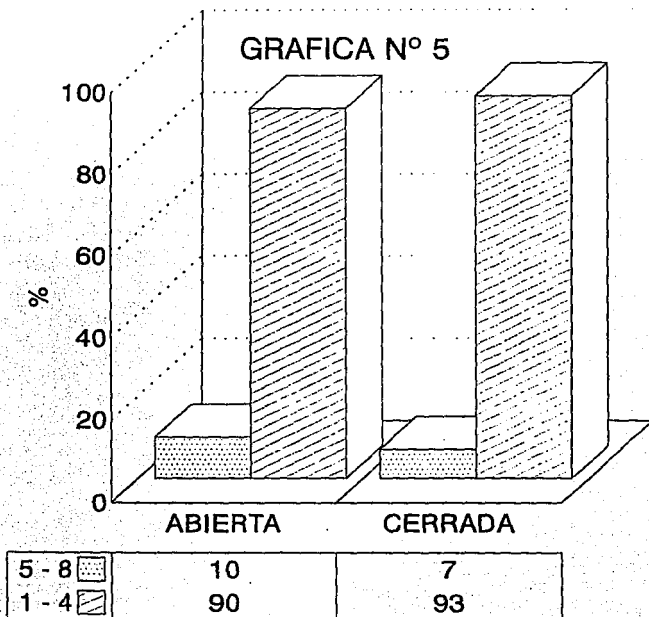
CUADRO N° 7

MESES	ABIERTA		CERRADA	
	f	%	f	%
5 - 8	3	10	2	7
1 - 4	27	90	28	93
TOTAL	30	100	30	100

$\bar{X} = 3$ $\bar{X} = 2.5$
 $S = 1.5$ $S = 1.5$
 $t = 1.32$ $p = < 0.10$ NS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO LA RAZA
 MEXICO, D.F.

TIEMPO DE CONTROL POSTOPERATORIO



MESES

$\bar{X} = 3$	$\bar{X} = 2.5$
$S = 1.5$	$S = 1.5$
$t = 1.32 \quad p = < 0.10 \text{ NS}$	

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO LA RAZA
 MEXICO, D.F.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.

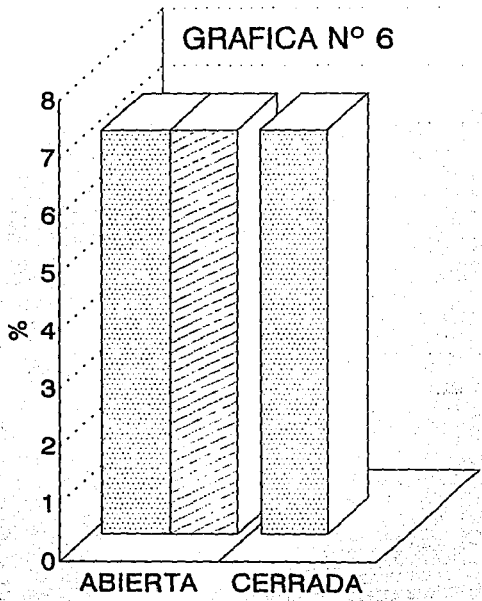
CUADRO N° 8

	ABIERTA		CERRADA	
	f	%	f	%
DE HISCENCIA	2	7	2	7
INFECCION	2	7	-	-

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO LA RAZA MEXICO, D.F.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

GRAFICA N° 6



DE HISCENCIA	7	7
INFECCION	7	

DISCUSION.

El primer caso reportado de enfermedad pilonidal fué publicado en 1833 (9), pero fue hasta Anderson (10) quien fue el primero en describir el manejo de la enfermedad en 1847, en su artículo titulado "Extracción de pelo de una ulcera". En 1880, Hodges (11) coincide con el término enfermedad pilonidal, que es usado ahora en día.

En el grupo de pacientes estudiados el promedio de edad se situó en su mayoría en la tercer década de la vida, con una frecuencia mayor en hombres que en mujeres (2:1), similar a lo informado en la literatura, (2).

En el grupo de excisión o cierre primario no se requirió de internamiento contrario a lo informado en otras series, en donde se requirieron de uno a dos días de hospitalización. (12). Abramson reporta en una serie de pacientes operados por enfermedad pilonidal permanecieron internados un promedio de 44 días. (13).

En relación al control postoperatorio en ambas técnicas el egreso del servicio se dio después de 2.5 a 3 meses, similar a lo informado. (6).

En los pacientes operados con excisión y cierre primario se obtuvo un menor tiempo quirúrgico contrario a lo reportado en la literatura. (4,5).

El promedio de días de incapacidad utilizado por los pacientes que requirieron de la misma, fue de 21.8 días con excisión y cierre primario, mientras que los operados con excisión y manejo abierto requirieron un promedio de 28.3 días.

Realizando la técnica cerrada no se obtuvo complicaciones transoperatorias y solamente dos dehiscencias de herida quirúrgica en el postoperatorio, contrario a lo informado en la literatura. (6) mientras que en la técnica cerrada se presentaron mayores complicaciones tras y postoperatorias.

CONCLUSIONES.

La técnica de escisión y cierre primario se puede realizar prácticamente en todos los pacientes con enfermedad pilonidal.

Es simple, no requiere de hospitalización y ofrece la ventaja de una recuperación pronta y un rápido retorno a las actividades.

Erradicación total de la enfermedad con mínimos riesgos de recurrencia.

Tiene mínima morbilidad incluyendo poco manejo de la herida quirúrgica.

Se ocupa menor tiempo quirúrgico y requiere de un tiempo más corto de incapacidad en relación al manejo abierto.

Los pacientes sometidos a excisión y cierre primario presentan mínimas molestias postoperatorias, al igual de presentar escaso exudado en relación a la técnica abierta.

Por lo tanto, en virtud de los resultados, se puede deducir que representa menor costo y se obtiene mayor beneficio para el instituto el realizar la excisión y cierre primario para la enfermedad pilonidal.

BIBLIOGRAFIA

1. Abramson, D.J. Outpatient Management Of Pilonidal Sinuses: Excision and Primary Closure. Milit, 1978,143:753-757,
2. Wray CR.: Quiste y seno pilonidal, En principios de cirugía, México, D.F, Interamericana McGraw-Hill, 1989, 1:465-466.
3. Gaston, E. A., y Wilde W.L. Epidermoids Carcinoma Arising In a Pilonidal Sinus. Dis. Colon Rectum,1962, 8:343.344.
4. Hodgeson, W.J. B. Pilonidal Sinus and Cyst in Cameron J.C. (ED): Current Surgical Therapy-2. Philadelphia, B.C. Decker 1986, pp 150-152.
5. Frankowiak, J.J.: and Jackman, R.J.: The Etiology Of Pilonidal Sinus. Dis. Colon Rectum, 1962,5,,: 28-29.
6. Stanley M.G. Philip H Gordon; Santhat Nivatvongs.: Sinus Pilonidal.Essentials of anarrectal surgery, 1990, pp 169-174.
7. Sondenaar, K., Andersen, E. Morbidity on Short term results in a Randomized trial of Open Compared With Closed Treatment Of Cronic Pilonidal Sinus. Eur-J-Surg:1992,158: 351-355,
8. Jones D.J.:pilonidal Sinus. ABC Of Colorectal Diseases, British Medical Journal 1992, : 15: 410-412.
9. Foss M:V, Pilonidal Sinus: Excisión and closure. Proc R Soc Med, 1970; 63:752-8.
10. Kleckner MS: Pilonidal Sinus: its surgical management. Trans Am Proctol Soc 1936; 37:166-73.
11. Weinstein M A, Rubin RJ, Salvati EP. The dilemma of pilonidal disease: pilonidal Cystotomy, reappraisal of an old technique. Dis Colon Rectum 1977; 20:287-9.
12. Steven D:W and David GJ: Enfermedad Pilonidal, Shackelfords Surgery of the alimentary tract, Philadelphia. PA 1991, 4:477-497.
13. Abramson, D:J: Outpatient management of pilonidal sinuses: Excisión and primary closure. Milit Med; 143:753-757, 1978.