



101
24 11209

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

**TRATAMIENTO QUIRURGICO
DEL QUISTE PILONIDAL:**

EXPERIENCIA DE CINCO AÑOS EN EL HOSPITAL
CENTRAL SUR DE CONCENTRACION NACIONAL.
SERVICIOS MEDICOS DE PEMEX.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A
DR. JAVIER VILCHIS LICON

FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1990



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE

	Pags.
OBJETIVOS	5
QUISTE PILONIDAL. HISTORIA	7
I ETIOLOGIA	10
II INCIDENCIA	16
III PATOLOGIA QUIRURGICA	18
IV CUADRO CLINICO	21
V DIAGNOSTICO	23
VI TRATAMIENTO	26
I Incisión y drenaje	26
II Marsupialización	29
III Excisión total en bloque	31
METODO ABIERTO	32
METODO SEMI ABIERTO	34
METODO CERRADO	35
VII MATERIAL Y METODOS	41
VIII RESULTADOS	43
IX CONCLUSIONES	50
X REFERENCIAS	52

OBJETIVOS

OBJETIVOS:

1. Conocer las características de los pacientes portadores de Quiste Pilonidal en cuanto a edad, sexo, antecedentes, forma de presentación clínica, tiempo de evolución, tratamientos previos, así como sus complicaciones.
2. Conocer, comparar y evaluar las diferentes formas de tratamiento para el Quiste Pilonidal empleados por los cirujanos del Hospital Central -- Sur de Concentración Nacional de PEMEX, así como la evolución post operatoria de los pacientes tratados, tomando como base la intensidad del dolor y el tiempo en que este se presenta; la signo-sintomatología acompañante, las complicaciones que del procedimiento se derivan, los días de estancia e incapacidad, y la recurrencia de la enfermedad dependiendo el tipo de tratamiento.
3. Dar a conocer los resultados de este estudio a la comunidad médica y - presentar una alternativa más, para que en base a éstos, elijan el tratamiento más indicado dependiendo de las características de sus pacientes.
4. Comparar los resultados de éste estudio con los reportes de la literatura.
5. Sentar las bases para estudios posteriores.

HISTORIA

QUISTE PILONIDAL

HISTORIA

La primera referencia que se tiene de un Quiste Pilonidal es de A.W.-Anderson (1) quien describe en 1847 el tratamiento por simple incisión y extracción de pelos de un seno post anal infectado. En 1854, Jonathan -- Warren describe un absceso del surco interglúteo conteniendo pelos en su interior (4). Hodges (1) en 1880 acuñó el término de " Quiste Pilonidal " para referirse al seno crónico conteniendo pelo que se localiza entre los glúteos, (pilus=pelo; nidus=nido)(1,2,3,4), y desde esta descripción resumió: Para que se lleve a cabo esta enfermedad, es necesario que se reúnan los siguientes elementos: Presencia de un hoyuelo coccígeo congénito, abundante desarrollo piloso al inicio de la edad adulta casi en su mayoría en pacientes del sexo masculino y una atención insuficiente en la limpieza del area.

En las siguientes décadas, los médicos prestaron muy poca atención -- a esta enfermedad. En 1924 un artículo publicado por Harvey y Stone (3) -- sobre el origen y tratamiento de los casos de Quiste Pilonidal fué tomado con cierto escepticismo por grandes y experimentados cirujanos, quienes admitieron saber poco o nada sobre la enfermedad, salvo lo publicado por -- Hodges. Posterior a Stone, solo algunos autores escribieron acerca del -- Quiste Pilonidal, más que nada basados en el reporte de Hodges, aportando-

poca información.

En 1944, Louis A. Buie (1) en su artículo " Jeep Disease " llama la atención de los cirujanos acerca del hecho que durante la Segunda Guerra Mundial en 1940 en la Armada de los Estados Unidos de América el número de enfermos por Quiste Pilonidal excedía a los enfermos por hernia o sífilis, apareciendo en jóvenes que manejaban este tipo de vehículos, situación -- traumatizante para la región sacro-coccígea. A este hecho se debió que en el periodo comprendido entre 1941 y 1945 se operaran más de 75,000 jóvenes, y en base a la experiencia se decidiera operarlos antes de su incorporación.

I

ETIOLOGIA

ETIOLOGIA

Todavía es muy discutida la etiología del Quiste Pilonidal, aún en nuestros días los autores debaten entre la teoría congénita y la adquirida. Lord (15) desde un punto de vista ecléptico, sostiene que algunos casos -- pueden ser explicados por la teoría del origen congénito, y que la mayoría por la adquirida.

Stone creía en la presencia de la glándula hipopigia (sebácea) en el hombre, glándula de la cola de algunas aves, y hoy esta teoría sólo tiene valor anecdótico.

Un sin número de autores como Nelson (5), y Goodall (6) aseguran que el origen es congénito. Blond Sutton en 1922 y LaneLonge y Fox en 1935, sustentaban la teoría de la invaginación ectodérmica, la cual ocurriría entre el 3o. y 4o. mes de la vida fetal por defecto de coalescencia de las hojas que darían origen al extremo distal del tubo neural.

Mallory en 1892, Rogers en 1933 y Gage en 1935 (4) encontraron tejido nervioso en piezas extirpadas aunado a los reportes de aparición de meningitis después de la extirpación de un Quiste Pilonidal abscedado.

Kooistra (7) sostiene tanto la teoría neural como la de la inclusión-ectodérmica, pues cree que no siempre tiene el mismo origen.

Para algunos autores, la relación hormonal de la pubertad, en la que hace eclosión la enfermedad, momento en que coincide con una sobre estimulación del folículo piloso, apoya la teoría congénita del Quiste Pilonidal.

La teoría adquirida, propuesta por los doctores Patey y Scarff (16) - en 1946, se basó en la doble recidiva de un caso sin pelos ni glándulas, - en la que unicamente encontraron tejido de granulación, insistiendo en -- que jamás fueron encontrados éstos en las paredes del trayecto fistuloso.

Los pelos provienen de la piel vecina, introduciéndose y provocando - un seno. Ratifica este hecho, el hallazgo de senos pilonidales en el pliegue interdígital de peluqueros, en el ombligo y en muñones de amputación.

Posteriormente, los estudios de King (8) muestran que los pelos hallados en los senos, tienen sus raíces muy cercanas a la abertura. A partir de este momento es generalmente aceptada la teoría del origen del Quiste Pilonidal como una enfermedad adquirida. Se ha sugerido que el movimiento rotatorio entre la superficie de los glúteos en la hendidura natal, puede ocasionar que un haz de pelo retorcido perfora y se introduzca oblicuamente a la piel, creciendo y penetrando al tejido subcutáneo, pudiendo con el tiempo desprenderse de la piel que rodea al orificio.

En los pelos que se encuentran en un seno pilonidal, el extremo de -- la raíz parece dirigirse hacia la base del seno. A este respecto hay varios aspectos que no explican adecuadamente la teoría de la enfermedad -- adquirida:

1. A menudo el pelo encontrado dentro del quiste es mucho más largo que -- el de la piel circundante.
2. Se puede producir un quiste en una persona casi lampiña, no obstante -- el hecho de haber reportado quistes en lugares desusados como los descritos por Patey y Scarff.

3. La recurrencia de la enfermedad en un area extirpada adecuadamente, apoyan la teoría de la etiología de que esta enfermedad es adquirida.

John Bascom (9,10) en 1980 propone que el origen del Quiste Piloni -- dal es aún incierto, y aunque siempre se ha considerado al pelo como la -- causa de éste, asegura que el pelo juega un papel secundario y que la cau-- sa más probable yace en los folículos que normalmente se encuentran en la -- línea media del surco glúteo, los cuales se alargan por fuerzas parcialmen -- te entendidas. La infección de éstos folículos alargados lleva por esta-- díos o fases de quistes a senos hasta los que se describen usualmente pos-- terior a la cirugía.

Dos fuerzas alargan aparentemente el folículo normal: La queratina -- acumulada parece que empuja dentro de la pared del folículo con un movi -- miento hacia afuera y después, un vacío jala la pared del folículo. (fig 1)

Una vez que se desarrolla una infección en un folículo, se produce -- edema, cerrando la boca del folículo e impidiendo que el contenido de éste escape. Después, la presión de la pus colectada en el interior empuja ha -- cia la grasa. El vacío provoca que la grasa sea jalada aumentando aún más la presión, y el botón del folículo se abre dejando salir el contenido in -- fectado, resultando así un absceso pilonidal agudo.

El absceso agudo al ser drenado, condiciona que disminuya el edema de la boca del folículo quedando éste abierto. El remanente del folículo -- abierto sufre de manera repetitiva este fenómeno formandose así una cavi-- dad o absceso crónico, la cual es perpetuada por la succión de aire y su -- evacuación. Cuando el paciente se sienta, los tejidos glúteos son empuja -- dos contra el sacro y el aire es " soplado " fuera de la cavidad. Cuando -- el paciente se levanta la gravedad jala al tejido glúteo separándolo del --

Fig No. 1

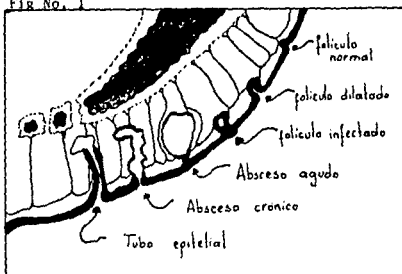


Fig No. 1. Estados de la enfermedad pilonidal. 1: Folículo normal. 2: Folículo dilatado con queratina. 3: Infección y distensión del folículo. El edema cierra la boca. 4: Ruptura del folículo infectado dentro de la grasa. 5: Absceso pilonidal crónico. 6: Se epitelizan las paredes del folículo.

Fig No. 2

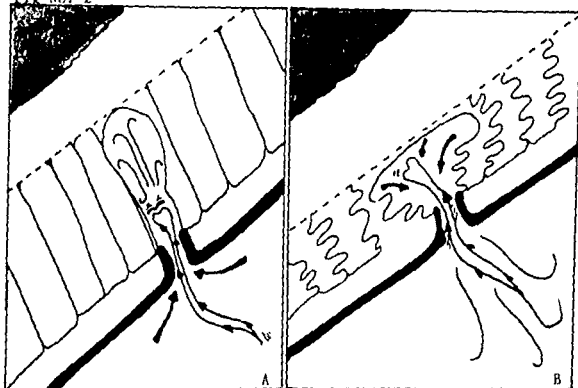


Fig No. 2. Atrapamiento de un pelo en una cavidad de un absceso pilonidal crónico. El pelo es jalado junto con el aire por el vacío. Las escalas de pelo impiden que regrese a su sitio normal. A: De pie. B: Sentado

sacro, formándose un vacío; el aire es succionado a la cavidad, perpetuándose el folículo.

Un tubo con revestimiento epitelial es formado por el epitelio que baja por las paredes del absceso crónico. Estos tubos epiteliales pueden extenderse por varios centímetros dentro de la grasa, formandose así quistes y senos. (fig. No. 2)

En una revisión de la Clínica Mayo entre 1950 y 1957 (4) se trataron 357 casos, concluyéndose que de estos, el 90% correspondían al tipo adquirido y 10% al congénito; estos a su vez se subdividieron en casos de origen ectodérmico y de origen neurogénico, lo que los acerca a la idea de Kooistra (7) expuesta anteriormente.

Culp (4) sostiene que si tuvieran origen congénito, la distribución sería más o menos parecida en ambos sexos y los síntomas aparecerían a la misma edad.

II

INCIDENCIA

II

INCIDENCIA

La enfermedad del seno pilonidal se presenta en una relación de 7:3 - en hombres contra mujeres, afectando principalmente entre la segunda y ter -
cera décadas de la vida, habiendo mayor prevalencia en las personas con --
gran desarrollo piloso y de hábito pícnico. Algunas observaciones indican
cierta tendencia familiar para la enfermedad.

Es frecuente verlo en hombres de raza blanca apareciendo más en more-
nos velludos, y es muy raro en personas de raza negra y en chinos.

Frankowiak y Jackman (3) notaron que la enfermedad es más frecuente-
en personas excedidas de peso y/o con hirsutismo, generalmente son pacien-
tes del sexo masculino, siendo las infecciones raras en menores de 15 años,
alcanzando el máximo entre los 16 y 20 años, permaneciendo hasta los 25, -
para luego declinar rápidamente.

III

PATOLOGIA QUIRURGICA

III

PATOLOGIA QUIRURGICA

La cavidad pilonidal se localiza en la línea media y en la mayoría de los casos tiene dirección longitudinal. La principal característica es el tracto primario que puede estar recubierto por epitelio escamoso.

Este tracto, se extiende al tejido subcutáneo en una distancia variable, generalmente de 2 a 5 cm. Puede haber tractos pequeños con abscesos, o tractos ramificados derivados del tracto primario que se abren. La cavidad con absceso y los tractos secundarios están por lo regular recubiertos de 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 varía en longitud, pudiendo medir de 1 a 15 cm. Las paredes consisten en líneas de tejido de granulación con cambios de inflamación crónica, con tejido extraño, células gigantes y tejido fibroso denso formando el resto (2).

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. Secretan una sustancia seropurulenta y se extienden lateralmente pudiendo ser bilaterales.

También se pueden extender hacia arriba, o en ocasiones, distalmente hacia el ano.

El quiste está constituido por cordones celulares, lisos, brillantes, de grosor semejante al de los tendones flexores de los dedos, y de color blanco parduzco o blanco rosado. Por dilataciones estos cordones pueden originar cavidades alojadas en el tejido celular ambiental. (9,10)

La histología puede mostrar lesiones congénitas y las debidas a procesos inflamatorios. El tubo epitelial está formado por elementos de piel, con la capa de queratina muy delgada y la capa espinocelular. (9,10)

En la luz del tubo epitelial se ven con frecuencia paquetes de pelos epidérmicos, y alrededor, infiltración plasmocitaria y polinuclear. Se han encontrado folículos pilosos y glándulas sudoríparas. En ocasiones, se encuentran células nerviosas. (4)

Se pueden encontrar colonizados comunmente por estafilococo aureus, estreptococo beta hemolítico, anaerobios y bacilos coleriformes en casos excepcionales. Generalmente son resistentes a antibióticos. Ha habido reportes de casos aislados en los que se desarrolla un carcinoma en un Quiste Pilonidal. (11,12)

En el 1.8% de los casos, está presente espina bífida. (4)

IV

CUADRO CLINICO

IV

CUADRO CLINICO

En general, la sintomatología es escasa o nula en los periodos de cro-
nicidad. En cambio resulta molesta o dolorosa y febril en episodios agu--
dos, en los que por obstrucción de la fístula o por infección del quiste -
se produce retención de pus. El dolor se acentúa al sentarse o al dormir-
en decúbito dorsal, pero no con la evacuación intestinal.

La enfermedad pilonidal se puede presentar como un absceso agudo en -
la base de la columna vertebral. Se puede abrir espontáneamente o puede -
requerir que sea abierto por un médico. Este proceso puede tener muchas -
recurrencias. Con el tiempo se desarrolla un quiste crónico, por lo regu-
lar con múltiples aberturas.

Frecuentemente se observa el pelo que sobresale de la abertura. El -
area subyacente a la abertura del quiste se encuentra endurecida y doloro-
sa. El paciente se quejará de dolor agudo e inflamación en la región sacro
coccígea o del manchado crónico de su ropa interior y area ligeramente do-
lorosa en el pliegue interglúteo, pudiendo agravarse y desvanecerse, lo --
que conduce a sospechar un Quiste Pilonidal.

La malignización es rara como se ha comentado anteriormente (11,12),
siendo en la mayoría de los casos carcinoma de células escamosas, y el tra-
tamiento es similar al del carcinoma cutáneo de cualquier parte del cuerpo.

v

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO

La historia clínica del paciente indica cual es el problema. La manifestación más común de un proceso agudo es una masa dolorosa y fluctuante.

En la primera etapa puede encontrarse unicamente celulitis. En el estado crónico se confirma por la abertura del quiste en el pliegue interglúteo.

Es aconsejable primero un exámen en decúbito ventral con el fin de observar si algún pelo se asoma por un orificio fistuloso que certifique el diagnóstico y cicatrices de procesos agudos anteriores. A continuación, - deberá realizarse una exploración digital del surco interglúteo y sus partes laterales, al igual que de la vecindad de todos y cada uno de los orificios fistulosos. Esto da una idea cabal de la extensión del proceso inflamatorio, dureza y naturaleza de la secreción expedida por la simple presión o fortuitamente el asomo de un pelo. Es muy importante la palpación en la vecindad de los orificios perianales.

El trayecto quístico generalmente va hacia arriba, pero en ocasiones puede extenderse hacia abajo y confundirse con una fistula anal o con hidradenitis supurativa.

La cateterización del quiste no siempre es posible por la obstrucción del túnel. Se aconseja efectuar la cateterización con un gancho de tejefino y estéril que pueda arrastrar al retirarlo algún pelo.

Se recomienda como complemento diagnóstico, un exámen rectal mediante

tacto, anoscopia y/o rectosigmoidoscopia. El tacto puede descartar tumores presacros y procesos flegmonosos que se acompañan de fístulas perianales de origen pilonidal, pudiendo posteriormente " enganchar " pelos que con certeza confirman el diagnóstico.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con fístulas perianales, granulomas específicos como el sifilítico o tuberculoso, cualquier tipo de forúnculo, y osteomielitis con quistes múltiples que drenan a piel.

VI

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO

Desde que Anderson reportó por primera vez la enfermedad pilonidal -- hace más de 130 años, muchos procedimientos se han descrito, cada uno con ventajas y desventajas. Ningún procedimiento es aplicable para todas las variedades de quistes pilonidales.

I Incisión y drenaje.

El mejor tratamiento para los pacientes que tienen un absceso pilonidal es la incisión y drenaje bajo anestesia. La incisión y drenaje sencillos se prefieren al tratamiento definitivo, debido a la presencia de infección y a la marcada hiperemia de los tejidos adyacentes.

Con el paciente en posición de " Navaja Sevillana " y previa anestesia con Xilocaína con epinefrina o Bupivacaína con adrenalina, se realiza una incisión en cruz sobre el área más sensible o fluctuante; este corte en cruz favorece el drenaje, debiéndose tomar muestras para cultivo. La hemostasia se hace mediante electro-coagulación en caso de ser necesario o mediante compresión; Se cubre la herida con gasa estéril y se dan indicaciones al paciente acerca del cuidado que debe tener, sobre la técnica apropiada para baños de agua tibia y se programa un plan de visitas subsiguientes para el seguimiento.

Los abscesos pilonidales deben drenarse tan pronto como sean diagnosticados. Es importante recalcar que los antibióticos no sustituyen al drenaje quirúrgico, pudiendo estar indicados para tratar la celulitis y otras condiciones especiales en pacientes seleccionados (diabetes, valvulopatía,

cardiaca e inmunosupresión).

El dolor remite casi inmediatamente y los pacientes regresan a su tra bajo tan pronto como se sienten cómodos. Si por determinadas circunstan- cias no puede drenarse adecuadamente el absceso, el paciente puede ser lle- vado a quirófano para que bajo anestesia regional o general se realice la marsupialización del absceso.

Los cuidados posteriores consisten en un exámen periódico cada dos -- semanas, aseo diario, rasurado y frote con fuerza con una toalla en la le- sión, y una vez que el area se encuentre granulando y menos sensible en ca- so de requerirse, el cirujano puede realizar curetaje del tejido de granu- lación excesivo que se haya formado.

Jensen y Harling en 1988 (13) en un estudio prospectivo de 73 pacien- tes, tratados mediante incisión en cruz y drenaje, obtuvieron una curación del 58% con un seguimiento a 5 años habiendose formado unicamente en 9 ca- sos, un quiste pilonidal crónico. La media en días de hospitalización fué de dos, y el promedio de semanas que tardó en sanar por completo fué de 5.

Calzaretto (4) recomienda la utilización de Líquido de " Carnoy " pa- ra el tratamiento de casos agudos por abscedación o de quistes abscedados. Esta tintura se compone de ácido acético glacial 1 gr. cloruro féñico 1 gr. cloroformo 3 gr. y alcohol al 96% 6 gr. Por ser irritante para la piel, - ésta debe cubrirse con pasta de Iassar y aplicarla en el fondo o lecho del seno con un isopo o jeringa una vez por semana, para así obtener una granu- lación y cicatrización progresiva.

Inyección con fenol:

Shorey (28) en 1975 reporta como alternativa en el tratamiento del -- Quista Pilonidal la inyección del seno con fenol, obteniendo magníficos resultados y con unicamente 2 recidivas de 23 pacientes tratados. La ventaja de este procedimiento es que se utiliza con el paciente anestesiado regionalmente, en la sala de cirugía ambulatoria, pudiendo egresarse tan pronto pasa el efecto del bloqueo.

El procedimiento se puede realizar dos a tres veces con intervalo de una semana. El paciente no se quejará de malestar alguno.

Lee (29) reporta incidencia similar utilizando nitrato de plata y -- zinc.

Las indicaciones para la cirugía definitiva ocupan un papel preponderante en el hecho de que no se encuentre la enfermedad en un episodio agudo. Kronborg (14) recomienda dejar pasar 4 semanas cuando menos para la realización de la cirugía. Muchos de estos abscesos pueden no requerir una cirugía de esta naturaleza, ya que cicatrizarán por primera intención. La necesidad de una cirugía definitiva se puede determinar en un periodo de uno o dos meses.

El tratamiento de los casos crónicos es tan controversial como el -- origen de la enfermedad. Ningún método de tratamiento ha demostrado ser totalmente satisfactorio.

II Marsupialización

La Marsupialización descrita por Buie (1) en 1944 es de preferencia para casos simples en que las fístulas y los quistes sean lo más delimitados posible. Debido a su sencillez y a que es igualmente efectivo que los demás, es considerado como el preferido por la mayoría de los cirujanos. La operación consiste en esencia en la perfecta localización del o de los orificios fistulosos y la canalización con una sonda acanalada o estilete y sección sobre ellos.

Se hace un destechamiento de las cavidades quísticas por resección de un centímetro cuadrado de piel, al igual que de sus paredes laterales, las que se harán en forma bicelada. Se deben limpiar con gasa las paredes, y curetar los tejidos de granulación. Se procede a la búsqueda cuidadosa de túneles secundarios y a su correspondiente apertura. Los trayectos laterales se siguen hasta donde se terminan. Se efectúa la sutura con catgut crómico, con dexton o vicryl, utilizando un surjete continuo anclado o puntos simples, uniendo la piel a la cara posterior quística. (Fig. 3 a 7)

Este procedimiento se ha justificado debido a la observación de que el recubrimiento remanente de la pared del quiste sufre una reepitelización y pronto adquiere las características del epitelio cutáneo adyacente.

Los mejores resultados se obtienen cuando las fístulizaciones primarias o secundarias son de trayecto corto. Las de mayor complejidad, aún con todas las precauciones para hallar y tratar todos los trayectos secundarios, exponen a recidivas.

Múltiples autores afirman que con este método, la cicatrización se ob

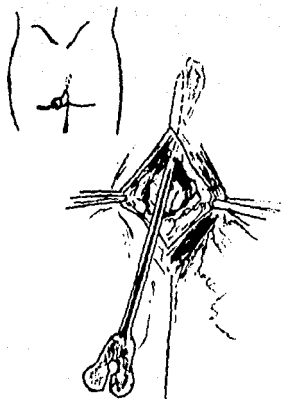


Fig. No. 3 Método para abrir el quiste.

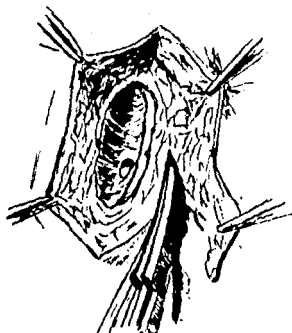


Fig. No. 4 Se abre el quiste observándose el quiste secundario, se retira la porción externa de las paredes del quiste.

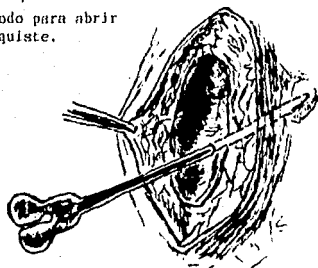


Fig No. 5 La cánula acanalada indica la dirección del tracto secundario.



Fig No. 6 El quiste y el tracto secundario se han abierto.

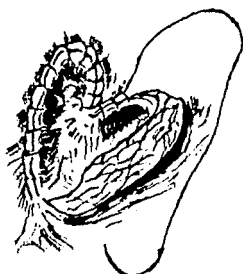


Fig. No. 7 Se sutura el borde de la piel al piso del quiste.

tiene a los 20 ó 30 días. Consideran que es necesario poner especial interés en la vigilancia post operatoria para evitar cierres en falso y que -- las recidivas alcanzan un 7%.

Mientras que se discute acerca de cual material de sutura es el mejor, todos los autores concuerdan en los siguientes 4 puntos:

1. Excisión completa del tejido enfermo.
2. Movilización del tejido adyacente hacia el surco (línea media) para evitar la tensión.
3. Hemostasia total.
4. Cierre del espacio muerto.

La estancia del paciente en el hospital es de uno a dos días, pudiendo realizarse como cirugía ambulatoria. Las ventajas de éste método son - que evita una herida muy extensa, reduce el periodo de convalecencia y la recurrencia. (3)

III Excisión total en bloque.

Estos métodos se caracterizan por la extirpación total " en bloque " del seno(s) o quiste(s) pilonidal y sólo se diferencian por la conducta a seguir que se adopta con respecto a la herida resultante. De ahí proviene la clásica denominación de método abierto, semi abierto y cerrado.

Es importante recalcar que todos los métodos pretenden en base al conocimiento real de la enfermedad, superar los siguientes escollos:

1. Presencia de infección.
2. Posibilidad de obtener una extirpación completa y adecuada de todas las lesiones.

3. Cierre de espacios muertos.
4. Extremada atención a la hemostasia.
5. Poder obtener cierres totales de la herida en un tiempo semejante al de cualquier otra herida.

METODO ABIERTO:

Mientras que algunos autores lo consideran primitivo y anacrónico (4) otros muchos como J.Marks (17) ,M.H.Edwards (18), Goodal (19) y otros, lo consideran como la mejor opción reportando menor recurrencia y dolor postoperatorio.

Basicamente esta técnica consiste en una incisión elíptica amplia, rodeando el trayecto quístico y todas sus ramificaciones, con disección cortante por medio de bisturí, tijeras o electro-coagulación hasta la aponeurosis presacra. (fig No. 8) Una modificación común, consiste en la canalización de los trayectos con una sonda acanalada y/o estilete del quiste principal y de sus ramificaciones para posteriormente separarlo del tejido circundante. De igual manera, mediante la utilización de azul de metileno se tiñen los trayectos. Se corta todo el tejido enfermo separándolo del tejido circundante, dejando un colgajo de 0.5 a 1 cm. de tejido normal en los trayectos del quiste. Una vez resucados todos los trayectos y habiéndose cerciorado de que no quede material fibroso, se realiza una minuciosa hemostasia mediante electro-coagulación o transicciones con catgut crómico, se lava con solución fisiológica de manera exhaustiva el lecho, y se cubre con gasas estériles.

La cirugía puede realizarse con anestesia general o regional; Se recomienda al paciente permanecer en decúbito lateral o prono las primeras -

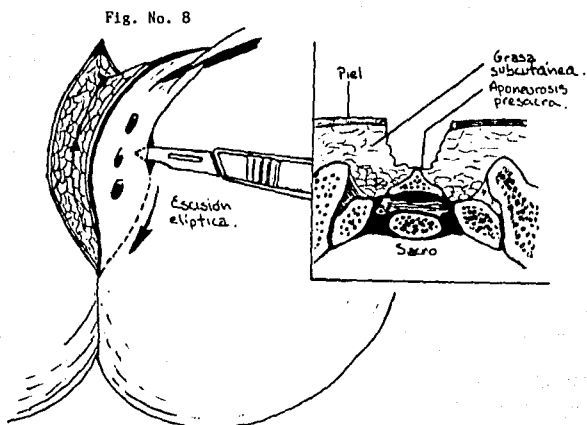


Fig. No. 8 Incisión elíptica rodeando al quiste y trayectos, disección cortante hasta la aponevrosis presacra.

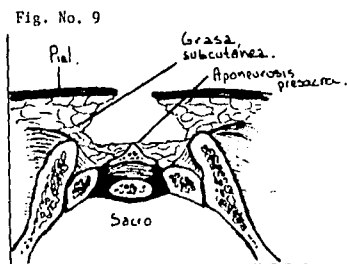


Fig. No. 9 Las paredes se cortan en sentido oblicuo para evitar espacios-muertos al suturar la piel con la aponeurosis presacra.

12 horas, el paciente puede egresarse a las 24 hs., debiendo insistírsele en los cuidados de la herida, deberá diariamente asearla con agua y jabón, permanentemente rasurará el area, y deberá acudir a control en un principio semanalmente y posteriormente cada 15 días. La herida tarda en sanar por granulación aproximadamente de 6 a 8 semanas.

Marks y cols (17) y Kronborg (14) comparan este procedimiento de la técnica abierta con otro grupo al que además indican antibióticos, concluyendo que la utilización de metronidazol (17) y clindamicina (14) pueden ser de utilidad en algunas ocasiones, recomendando una cuidadosa selección de los pacientes.

METODO SEMI ABIERTO:

Como previamente se dijo, la excisión es la misma que para el método abierto, debiendo researse en su totalidad los trayectos fistulosos, limpiando bien la aponeurosis presacra. Aquí es importante el corte de las paredes debiendo quedar anguladas para favorecer el cierre. (Fig. No. 9) Con daxon o vicryl se cierra mediante surjete contínuo anclado tomando la piel a la aponeurosis presacra, observando que queden bien unidas entre sí y evitando al máximo la formación de espacios muertos. Es importante recalcar la importancia de la hemostasia.

El paciente puede ser manejado con anestesia general o regional o local, internado o como cirugía ambulatoria.

Las indicaciones del post operatorio son las mismas que para la técnica abierta. Se indican analgésicos con horario pues el dolor suele ser de mayor intensidad durante los primeros días.

METODO CERRADO:

Para la excisión del quiste, se coloca al paciente en decúbito prono, bajo anestesia regional o local, se incide en forma elíptica hasta la aponeurosis presacra, abarcándose toda la lesión, extrayéndose toda la pieza en bloque por disección cortante hasta el plano situado justamente por encima de dicha aponeurosis, cuidando bien los bordes para no dejar algún fragmento de un seno de estos.

Después de revisar con cuidado la herida, y habiendo hecho una total-hemostasia, se corta la grasa subcutánea en su unión con la aponeurosis subyacente, sólo lo suficiente para permitir el cierre de los bordes sin tensión. (Fig. No. 10) Una vez controlada la hemorragia deberá lavarse bien la herida con solución fisiológica. Si se encuentra una infección que no fuera sospechada deberá dejarse abierta la herida.

En senos no complicados la herida se cierra una vez cerciorados que no haya más vasos sangrantes. Más que colocar puntos ocultos, la piel deberá cerrarse con la eliminación de espacios muertos mediante puntos separados de Sarnoff con acero inoxidable o nylon monofilamento. (Fig No. 11) La sutura debe incluir todo el tejido cutáneo y subcutáneo movilizado. Un segundo plano incluye la aponeurosis presacra en el fondo de la herida, continuándose la sutura hacia el colgajo opuesto. Se dirige después hacia el lado original y nuevamente através de los bordes cutáneos. (Fig No. 12) Cuando se anuda, el espacio muerto se cierra y une adecuadamente los bordes cutáneos. (Fig No. 13). Los puntos deben colocarse a intervalos no mayores de 1 cm. Se aplica una curación compresiva y se dejan los puntos de 10 a 14 días.

Fig. No. 10

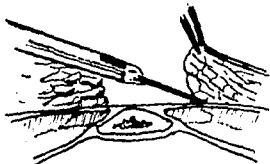


Fig. No. 10 El corte se extiende solo lo suficiente para permitir la unión de los bordes sin tensión.

Fig. No. 11

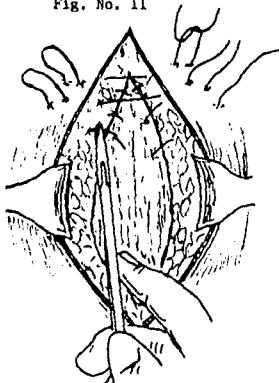


Fig. No. 11 La sutura incluye todo el grosor del colgajo, incluyendo la aponeurosis presaca.

Fig. No. 12

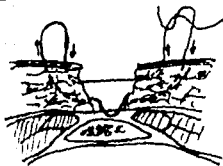


Fig. No. 13



Figs. 12 y 13 Cuando se anuda, cierra el espacio muerto, y une adecuadamente los bordes cutáneos.

Son esenciales la inmovilización completa del area y la protección -- contra la contaminación. No se aconseja la deambulaci3n temprana. Se conserva al paciente en dec3bito prono o supino. Se restringe la dieta a l3quidos durante varios d3as, para despu3s intitufr una de bajo residuo con objeto de disminuir la contaminaci3n por defecaci3n. Se indican curaciones frecuentes para prevenir las alteraciones cut3neas con recidivas y malestar prolongado, as3 como la incapacidad. Es enorme la importancia de -- conservar todo el pelo extirpado del pliegue intergl3teo hasta que la cicatrizaci3n sea completa, pudiendo utilizarse sustancias depilantes varias veces al mes.

Existen otras alternativas con el m3todo cerrado como el que preconiza Karydakis (21) en que por medio de una incisi3n paramedia de 3 cm del -- surco intergl3teo y diseccionando el tejido subcut3neo, reseca el quiste y al cerrar queda la cicatriz fuera del sitio de presi3n evitando de esta manera las recidivas.

Bascom (22) reseca todo el quiste en la l3nea media, pero desplaza un colgajo lateral.

Una t3cnica que cada d3a gana m3s adeptos es la resecci3n total cerrando mediante rotaci3n de colgajos en "Z" 3 Zplast3a, que fuera descrita inicialmente por Monro y McDermot (20) (Fig. No. 14) y posteriormente modificada por Toubanakis (23) y Bose y Candy (24) y otros (25,26) y finalmente la rotaci3n de un colgajo miocut3neo para tratamiento de un Quiste -- Pilonidal recidivante descrita por P3rez-Gurri. (27)

Fig. No. 14

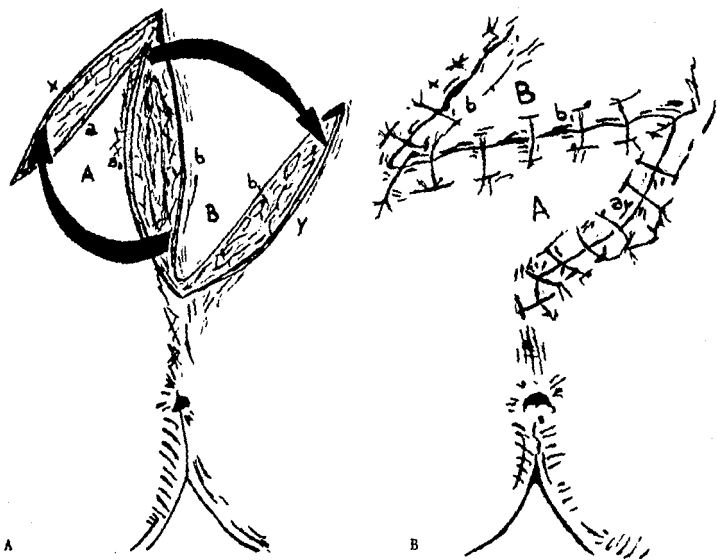


Fig. No. 14. A: Excisión del seno pilonidal y primer paso de la Z-plastia.
B: Rotación de colgajos después de la excisión de un seno pilonidal.

El tratamiento de la enfermedad pilonidal recidivante o recurrente debe ser similar al de la enfermedad primaria; Es decir mediante excisión y cierre primario, marsupialización o mediante técnica abierta, etc. esperando que la evolución sea tan eficaz como en cualquier otro tratamiento.

VII

MATERIAL Y METODOS

VII

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los expedientes clínicos de todos los pacientes con diagnóstico de Quiste Pilopnidal (20 pacientes) tratados en el Hospital-Central Sur de Concentración Nacional de los Servicios Médicos de Petroleos Mexicanos (HCSCN)en el periodo comprendido entre Junio de 1984 y Junio de 1989, analizando las variables de edad, sexo, antecedentes y características personales, características de la enfermedad, tratamientos previos y sus complicaciones, tratamiento en esta unidad y su evolución post operatoria, analizando la intensidad y el tiempo en que se presentó el dolor, la signo-sintomatología acompañante, complicaciones, tiempo en días de incapacidad física y laboral, y las recidivas de la enfermedad.

Se eliminaron de este estudio los expedientes en los que patología hubiera emitido cualquier diagnóstico diferente al de Quiste Pilopnidal.

El análisis estadístico se realizó mediante la prueba de χ^2 (Chi cuadrada) con corrección de Fisher.

VIII

RESULTADOS

VIII

RESULTADOS

En el periodo comprendido entre Junio de 1984 y Junio de 1989 se realizaron 23 cirugías en 20 pacientes con Quiste Pilonidal, de los cuales 6 correspondieron al sexo masculino y 14 al femenino (Gráfica No. 1); La edad promedio fué de 27.1 años para los hombres con rango de 15 a 32 años y de 24.2 años en las mujeres con rango entre 14 y 40. (Gráfica No. 2).

De las 23 cirugías, 7 fueron realizadas en hombres y 16 en mujeres. La técnica cerrada se utilizó en una ocasión en un paciente varón y 3 en mujeres. La técnica abierta en 4 y 7; y la marsupialización en 2 y 6 respectivamente. (Gráfica No. 3)

Por recidivas se realizaron 3 cirugías, habiéndose presentado en dos ocasiones en pacientes a los que se les había intervenido con la técnica cerrada (un hombre y una mujer) y una con técnica de marsupialización (una mujer) . (Gráfica No. 4)

En ninguno de los 20 pacientes se encontraron antecedentes de Quiste Pilonidal en familiares, y así mismo, en ninguno se pudo correlacionar la patología con su actividad.

Los 20 pacientes sin poder ser considerados como hirsutos, presentaron abundante cantidad de vello en la zona.

En 18 de los 20 pacientes se habían presentado cuando menos 2 episodios agudos, habiendo recibido analgésicos y antibióticos en 11 casos, 3 debridación y drenaje, y 3 resección quirúrgica. (Gráfica No. 5)

La evolución del padecimiento fué en promedio de 54.8 meses (4.5 años) para pacientes del sexo masculino y 50.3 meses (4.1 años) para el sexo femenino.

El promedio de días estancia para los pacientes tratados con la técnica abierta fué de 4.1; con la técnica cerrada de 4, y con la marsupialización de 3.8 (Gráfica No. 6)

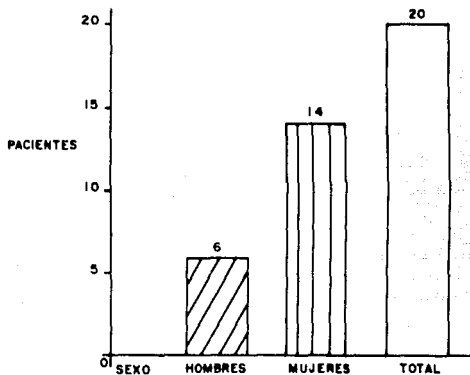
El promedio de días de incapacidad fué de 43.1 40 y 48.3 para las técnicas abierta, cerrada y marsupialización respectivamente. Así mismo el promedio de días para egresarse del servicio fué de 45.1, 50.7 y 40.1 . (Gráfica No. 7)

En cuanto a la evolución post operatoria, el unico dato consignado en los expedientes que pudo ser analizado fué el dolor, clasificándose como de intensidad mínima, moderada y severa, reportándose en la técnica abierta como mínimo en 10 y moderado en 1; en la cerrada 2 de moderado y 2 severo, y en la marsupialización 2 con mínimo, 6 moderado y ninguno severo. (Gráfica No. 8)

El seguimiento fué en promedio de 32.1 meses posteriores a la cirugía.

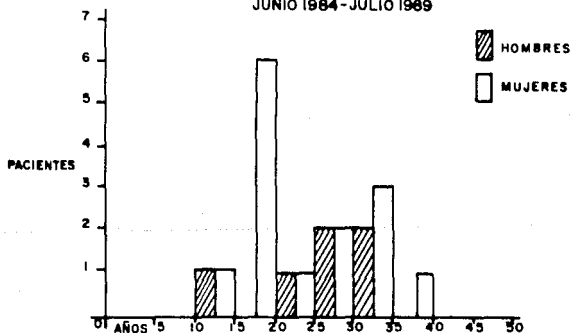
PACIENTES OPERADOS POR QUISTE PILONIDAL
H.C.S.C.N.
JUNIO-1984 JUNIO-1989

GRAFICA-1



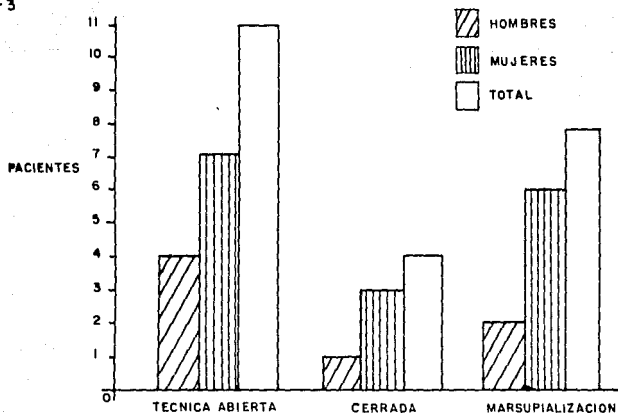
PACIENTES OPERADOS POR QUISTE PILONIDAL
POR EDAD Y SEXO
H.C.S.C.N.
JUNIO 1984 - JULIO 1989

GRAFICA-2



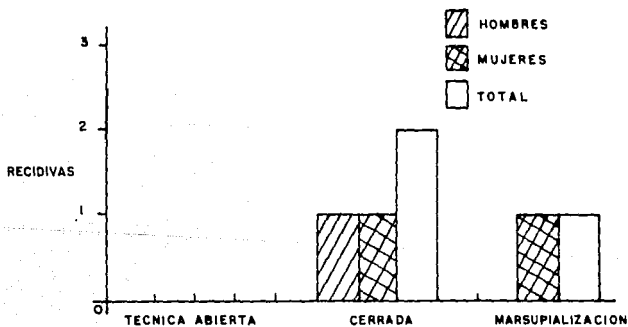
NUMERO DE CIRUGIAS SEGUN TECNICA POR SEXO
H. C. S. C. N.
JUNIO 1984 - JUNIO 1989

GRAFICA-3

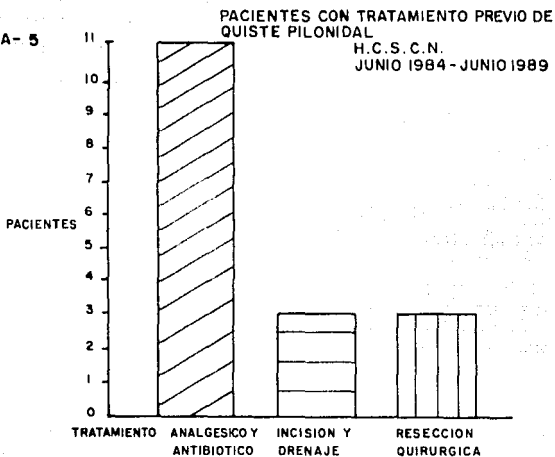


NUMERO DE RECIDIVAS POR TECNICA Y SEXO
H. C. S. C. N.
JUNIO 1984 - JUNIO 1989

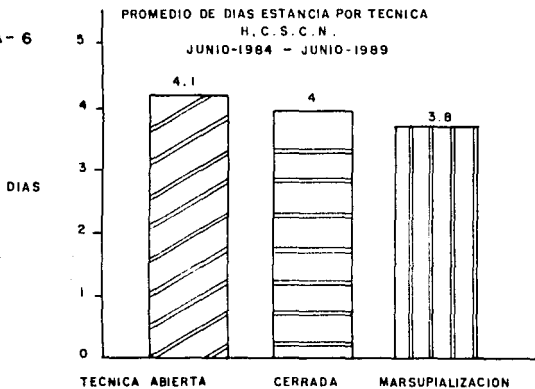
GRAFICA-4



GRAFICA- 5

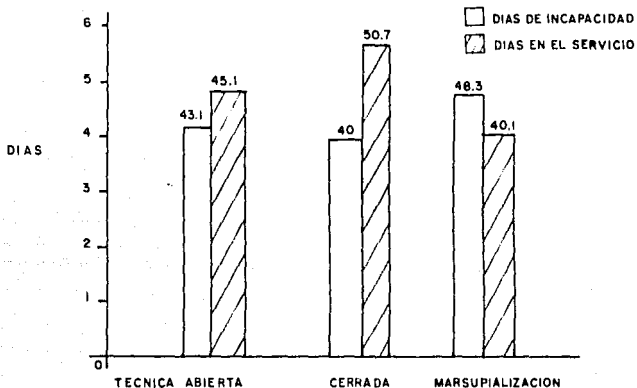


GRAFICA- 6



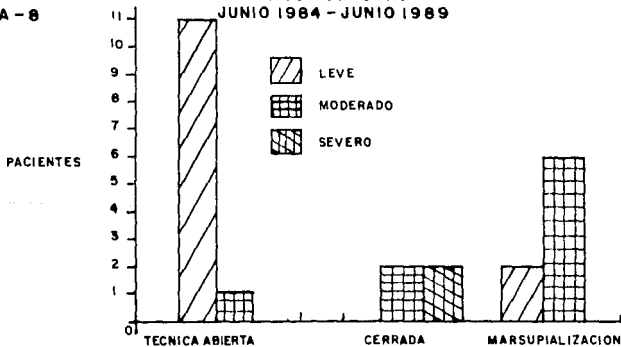
GRAFICA - 7

PROMEDIO DE DIAS DE INCAPACIDAD Y EN EL SERVICIO POR
TECNICA QUIRURGICA — H. C. S. C. N.
JUNIO 1984 — JUNIO 1989



GRAFICA - 8

INTENSIDAD DEL DOLOR SEGUN TECNICA
H. C. S. C. N.
JUNIO 1984 — JUNIO 1989



IX

CONCLUSIONES

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

IX

CONCLUSIONES

1. La enfermedad pilonidal se presentó en una relación de 1:2,3 en hombres contra mujeres, situación inversa a la reportada en la literatura.
2. No se encontraron antecedentes de importancia para la presentación del Quiste Pilonidal salvo la presencia de abundante vello en la región sacro-coccígea.
3. El tratamiento del Quiste Pilonidal con la técnica abierta resultó ser la mejor opción, ya que presentó menor índice de recidiva que las técnicas cerrada y de marsupialización con una significancia estadística de $p < 0.05$ siendo el dolor de menor intensidad con una significancia de $p < 0.02$.
4. El número de días estancia y de incapacidad no fué estadísticamente significativo con las técnicas abierta, cerrada y de marsupialización, por lo que este factor no debe tomarse en cuenta para la elección del procedimiento a seguir.

REFERENCIAS

X

REFERENCIAS

1. Buie L.A. Jeep Disease (pilonidal disease of mechanized warfare)
South Med J 1944; 103:90
2. Notaras M.J. A review of the three popular methods of treatment of postanal
(pilonidal)sinus disease. Brit J Surg 1970; 57:12; 886-90
3. Goldberg S.M. Fundamentos de Cirugía Anorectal. El Limusa. 1986. pp169-74
4. Calzaretto. Coloproctología práctica. E. Panamericana 1990. pp 263-92
5. Nelson W.E. Tratado de pediatría. E. Salvat 1980. pp 902
6. Goodal P. The etiology and treatment of pilonidal sinus: A review of 163
patients. Br J Surg 1961; 49:212-18
7. Kooistra H.P. Pilonidal sinuses, review of literature and report of 350
cases. Am J Surg 55; 3-17
8. King E.S.J. The nature of the pilonidal sinus. Aus Nz J Surg 1946;16:182-192
9. Bascom J. Pilonidal disease: Origin from follicles of hairs and results of
follicle removal as treatment. Surgery 1980; 87: 567-72
10. Bascom J. Pilonidal Disease: Long term results of Follicle removal.
Dis Colon Rectum 1983; 26: 800-807
11. Gaston E.A. and Wilde W.L. Epidermoid Carcinoma arising in a pilonidal sinus.
Dis Colon Rectum 1965; 8:343
12. Pucket C.L. and Silver D. Carcinoma developing in pilonidal sinus. Report of
two cases and review of the literature. Amer Surg 1973; 39:151
13. Jensen S.L. and Harling H. Prognosis after simple incision and drainage for a
first episode acute pilonidal abscess. Br J Surg 1988; 75: 60-61
14. Kronborg O. Christensen K. and Zimmerman-Nielsen C. Chronic pilonidal disease:
a randomized trial with a complete 3 year follow up.

15. Lord P.H. Anorrectal problems: Etiology of pilonidal sinus.
Dis Colon Rectum 1975; 661:4
16. Pathey D.H. and Scarff R.W. Pathology of postanal (pilonidal) sinus:
its bearing on treatment. Lancet 1946; 2:484-86
17. Marks, J. Harding K.G. Hughes L.E. and Riobeiro C.D. Pilonidal sinus excision-
healing by open granulation. Br J Surg 1985; 72:637-640
18. Edwards M.H. Pilonidal sinus: a 5 year appraisal of the Millar-Lord treatment.
Br J Surg 1977; 64:867-68
19. Goodal P. Management of pilonidal sinus. Proc R Soc Med 68; 675, 1975
20. Monro, R.S. and Mc Dermott. The elimination of causal factors in pilonidal
sinus treated by z-plasty. Br J Surg 1965; 52:177-81
21. Karydakis G.E. New approach to the problem of pilonidal sinus. The Lancet
Dec 22-1973
22. Bascom J.U. Repeat Pilonidal Operations. Am J. Surg 1987; 154:116-22
23. Tourbanakis G. Treatment of Pilonidal Sinus Disease with the Z-Pasty Procedure
(Modified). The Am Surg 1986;52:611-612
24. Boose B and Candy J. Radical cure of Pilonidal sinus by Z-plasty. The Am Jr
Surg 1970; 120:783-786
25. Hodgson W.J. and Greenstein R.J. A comparative study between Z-plasty and
incision and drainage or excision with marsupialization for pilonidal sinuses.
Surg Gynecol and Obstetrics 1983; 153:842-44
26. Guyuron B, Dinner M.J. and Dowden R.V. Excision and Grafting in treatment
of recurrent pilonidal sinuses disease. Surg Gynecol and Obstetrics 1983;156:
201-204
27. Perez-Curri y cols. Gluteus Maximus Myocutaneous flap for the treatment of
Recalcitrant Pilonidal Disease. Dis Colon Rectum 1984; 27:262-264
28. Shorey B.A. Pilonidal sinus trated by phenol injection.Br J Surg 1975;62:
407-408

29. Lee P.W. Zinc and wound healing. *Surg Gynecol and Obstetrics*. 1976; 14:549
30. Zimmerman C.E. Outpatient excision and primary closure of Pilonidal Cyst and Sinuses. Long term follow-up. *The Am J. Surg* 1984; 148:658-659
31. Zollinger R.M. *Atlas de cirugía*. E. Interamericana 1985. pp 422-423
32. Davies J.E. *Clin Quir. de N.Am.* 1987; 4: 739-796