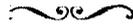


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

REPUBLICA DE GUATEMALA, CENTRO AMERICA



# ENFERMEDAD PILONIDAL

*Tesis*

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA,

POR

*Héctor Elías Orozco Barrios*

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE:

**MEDICO Y CIRUJANO**

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1963



## PLAN DE TESIS

- I INTRODUCCION
- II CONSIDERACIONES GENERALES
- III DEFINICION
- IV ETIOLOGIA
- V ANATOMIA PATOLOGICA
- VI CUADRO CLINICO
- VII DIAGNOSTICO
- VIII DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
- IX TRATAMIENTO
- X MATERIAL REVISADO
- XI CONCLUSIONES
- XII BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION:

Actualmente la enfermedad pilonidal no es una condición quirúrgica rara, ya que el aumento de los casos publicados en la literatura extranjera, son numerosos.

Aunque es de hacer notar que en nuestro medio no podemos decir exactamente igual, debido quizás a la poca atención, con que se ha tratado este problema.

Este trabajo fue emprendido con el objeto de divulgar la enfermedad en todos sus aspectos, enfatizando en las formas en que se presenta, edad más frecuentes y sintomatología, etc., y de esta manera ampliar los conocimientos para que se conozca mejor y poder diagnosticarse más frecuentemente.

Históricamente la mayoría de los autores dan crédito al artículo A. W. Anderson publicado en 1847, como la primera descripción a este respecto, sin embargo 14 años antes de esta fecha, Herbert Mayo describió un caso de una señorita que consultó para tratamiento de un quiste que se abría a una pulgada atrás del ano y ascendía por el sacro, sin tener comunicación con el recto. Posteriormente fue considerado como un quiste pilonidal y debe ser aceptado como la primera descripción de esta enfermedad. En 1854 J. M. Warren fue el siguiente autor que describió esta condición, y en el año de 1877 publicó un nuevo caso y pre-

sentó una teoría para tratar de explicar su origen, describiéndola con el nombre de quiste piloso. En el año de 1880 Hodges introdujo el término de seno pilonidal para la condición descrita por Warren.

Y desde esa fecha muchos cientos de casos han sido reportados y muchos autores han contribuido al conocimiento de esta enfermedad.

### CONSIDERACIONES GENERALES

La enfermedad pilonidal es una condición patológica localizada en la región sacrococcigea principalmente, aunque pueden encontrarse otras localizaciones, sobre todo en regiones hirsutas. La forma de la lesión varía según la etapa en que se encuentre, desde una masa simple generalmente pequeña sin producir molestia alguna más que su presencia, hasta llegar a los diversos grados de infección, tanto aguda como crónica.

Tiene predilección por presentarse en la raza caucásica, siendo desconocida en la gente oriental. En la raza blanca alcanza hasta un 5%.

El primer caso reportado en la raza negra fue en el año de 1929 por Isberg. Actualmente hay menos de cien casos citados en la literatura. Sin embargo, J. J. Franckowiak y R. J. Jackman, en un estudio reciente de 354 casos, reportan cuatro pacientes de color, dos hombres y dos mujeres, lo que hace el 1% de incidencia; el resto de sus pacientes eran de origen caucásico.

Generalmente los hombres tienen mayor tendencia sobre las mujeres a padecer la enfermedad, según pudimos observar en un gran número de estudios revisados en la literatura, la relación es de 3-4 a 1.

Aunque esté presente desde el nacimiento según la teoría congénita, la lesión se manifiesta al final de la segunda o principio de la tercera década de la vida, coincidiendo de esta manera con el desarrollo y aumento del cabello y ac-

tividad de las glándulas sebáceas, que ocurre durante la pubertad. Ha sido observado por muchos autores que los síntomas se presentan entre los 20 y 25 años generalmente. //

Oldehen revisó la literatura a este respecto, y encontró una edad promedio de 22.5 años.

Davage y Kooistra indicaron que cuando la enfermedad se presenta en las mujeres, ocurre a una edad más temprana y en sus series, 40% fueron menores de 20 años, comparados únicamente con el 19% de los hombres.

El resultado del estudio hecho por estos autores, indica que la enfermedad pilonidal raramente ocurre antes de los 15 años y después de los 35 años de edad, la incidencia mayor se observa entre 20 y 25 años.

Debido esencialmente a su porcentaje elevado en adultos, jóvenes, la enfermedad pilonidal ha sido y sigue siendo un problema serio en la medicina militar. Como ejemplo citaremos el reporte de Casberg de 78,924 admisiones por enfermedad pilonidal, efectuadas en hospitales de la armada; durante el período de 1941-45 inclusive. Así también la armada U.S.A. comunica 7.409 operaciones efectuadas durante el período de 1947-50.

La hipertriosis es un hallazgo concomitante con esta enfermedad, y es una de las causas precipitantes que influyen al progreso clínico de la enfermedad juntamente con la hiperactividad de las glándulas sebáceas de la región.

Los senos pilonidales en el 55 al 60% son localizados en la región sacrococcigea, más sobre la articulación, aunque un pequeño número se observa en la parte superior del sacro o vértice del cóxis.

Un 17 a 20% se encuentra localizado en el perineo, las nalgas o el escroto.

Localizaciones más raras pero reportadas en la literatura son el pliegue interdigital de los dedos de las manos, el ombligo, pared abdominal, región lumbar, dorso del pie y la barba.

Todos los autores concuerdan en que no existe ninguna tendencia familiar hereditaria a padecer la enfermedad.

Aunque la enfermedad es rarísima en niños, en la actualidad existen dos informes de infantes, uno de 5 meses de edad, publicado por Kleshner y otro de 17 meses por Muller. El paciente más joven en la serie Davage fue de 11 años y el más viejo de 64 años.

#### DEFINICION

*Pilos — Pelo      Nidus — Nido*

Una definición exacta con respecto a esta enfermedad, es difícil, dadas las diferentes formas en que puede presentarse. Pero la definición más aceptada es la siguiente: el seno pilonidal es un conducto de profundidad variable tapizado por epitelio o tejido de granulación, que puede conducir a una cavidad, que frecuentemente contiene pelo y es capaz de formar absceso y fístulas secundarias. Si la cavidad se encuentra presente se trata con el nombre de quiste pilonidal, sin embargo como en el 90% de los casos se trata de un seno o bien de la asociación de quiste y seno. La lesión generalmente se ha acostumbrado llamarla seno pilonidal por lo anteriormente descrito. El quiste solitario se observa únicamente en un 10%.

Ahora bien, cuando este seno o quiste sufre el efecto de la infección se conoce con el nombre de ENFERMEDAD PILONIDAL.

Al tratarse de un tracto sinuoso puede presentar una o varias aberturas en la piel.

Generalmente el seno o quiste en su mayoría contiene un líquido de color café y maloliente, cabellos, que pueden emerger a través de las aberturas sinuosas de la piel juntamente con otros detritus. El hallazgo de pelo es patognomónico de la enfermedad y esencialmente responsable del nombre.

#### ETIOLOGIA

La causa de la enfermedad pilonidal ha sido y sigue siendo objeto de extensas especulaciones, sin poderse encontrar hasta la fecha una respuesta satisfactoria. Se conocen varias teorías etiológicas que tratan de explicar el origen.

##### Teorías:

- 1.—Que se origina de un remanente del canal medular. (teoría neurogénica).
- 2.—Que se desarrolla de inclusiones dérmicas en la región sacrococcigea, debido a una falta de cierre del rafe mediano. (teoría cutánea o ectodérmica).
- 3.—Que esta representa una glándula sexual vestigial o una estructura homóloga, con glándulas de los pájaros. (teoría de la glándula vestigial).

Aunque las teorías enunciadas anteriormente indican un origen congénito. Surge actualmente la pregunta ¿Son los senos pilonidales de origen congénito o son adquiridos? Esta pregunta ha sido sometida a debate en estos últimos años.

Los primeros autores que describieron la enfermedad la consideraron de tipo congénito, entre ellos tenemos a Hodges, quien en 1880 dijo que era producida por un retardo o falta de cierre del canal neural y la piel, y que alguna pequeña parte epitelial era encerrada bajo la superficie, desarrollando más tarde un quiste de secuestación.

Tourneaux y Hermann en 1887 estudiaron secciones seriadas de embrión humano y describieron los vestigios medulares coccigeos del canal medular localizados en los tejidos subcutáneos, sobre la parte enferma del sacro y el coxis, los cuales fueron encontrados como precursores de la enfermedad pilonidal.

Mallory en 1892 confirmó estos hallazgos.

Más tarde, Walker y Bucy llevaron esta teoría a su condición lógica reportando siete casos, en la cual un tubo con luz permeable, existió entre la piel y el canal espinal. Estos autores estuvieron de acuerdo en que el origen de esta clase de defecto, fue ocasionado por una segmentación incompleta entre el ectodermo cutáneo epitelial y el ectodermo neuro epitelial durante el primer mes de la vida embrionaria. Dicho tubo neural llevó hacia abajo una invaginación estrecha de la piel, uniéndola con una envoltura mesodérmica con su propio tejido conectivo las meninges.

Stone en 1924 publicó una comunicación especial de Streeter, este autor notó que el vestigio medular coccigio no tiene comunicación abierta con la piel.

Este vestigio está formado por células diferenciadas, las cuales no pueden dar origen a piel. De esta manera Streeter y Stone creyeron que la enfermedad pilonidal era debida a un crecimiento hacia abajo del epitelio originado de la piel verdadera, y no del canal medular.

Lannelongue en 1872 propuso una teoría la cual fue rápidamente aprobada por Heurtaux, la cual presupuso una conexión firme fibrosa, entre la piel y el hueso en la región sacrococcigia.

Más tarde cuando los tejidos mesodérmicos crecían desde los lados elevando la piel alrededor de estos sitios, hendiduras y aún quistes eran formados, cubiertos con elementos dérmicos.

Wendelstadt en 1885 estuvo de acuerdo con esta teoría pero agregó que la conexión entre la piel y el hueso posiblemente era un resto de la extremidad de la cuerda espinal. Produciendo de esta manera un quiste dermoide por tracción.

Fox en 1935 creyó que el crecimiento ectodérmico desarrollado durante el tercer y cuarto mes de la vida fetal era probablemente un apéndice cutáneo que se desarrollaba a la madurez en la pubertad.

Como se puede observar por lo anteriormente descrito, la casi totalidad de autores antiguos estaban convencidos con el origen congénito y específicamente un mal desarrollo ectodérmico durante la vida embrionaria.

Actualmente R. A. Hopkin está inclinado a creer que la enfermedad pilonidal verdadera, es un defecto cutáneo embriológico y como tal debe ser clasificado como el labio leporino, como una simple detención en el desarrollo normal.

Ahora bien desde el punto de vista práctico la comunicación con el canal espinal mencionado por Walker y Bucy es raramente observada. En la experiencia personal de los autores modernos M. J. Healy y P. W. Hoffert en su serie de más de 900 casos, el tracto fue observado que penetraba en la articulación sacrococcigia en tres casos únicamente. En cada uno de ellos el cóxis fuere movido para evidenciar la anomalía, pero ninguna comunicación con el canal espinal fue demostrado.

Actualmente el origen congénito de los senos y quiste pilonidales ha sido puesto en duda, sugiriendo que todas estas lesiones son adquiridas y que se deben a reacciones granulomatosas, cuerpos extraños. Así Breadler postula que el seno se inicia principalmente por los pelos que rodean la piel de la región, los cuales forman un tracto corto y en un momento dado, ya sea por un trauma o sin él se profundizan haciéndolo más grande.

Ya en 1946 Patey y Scarff habían sugerido que la cavidad pilonidal era un granuloma a cuerpo extraño como más fueron los primeros en reconocer la significación de la lesión interdigital de las manos de los barberos, condición que siendo adquirida era clínica y patológicamente idéntica con el seno pilonidal post-anal. Ellos por consiguiente sostienen un origen adquirido de la enfermedad.

King en 1947 estuvo de acuerdo con el pronunciamiento de Patey. Es de hacer notar que Hodges en 1880 puso su atención en las lesiones que aparecían en el pliegue inter-

digital de los dedos de los cortadores de pelo, y notó asimismo la similitud con la enfermedad post-anal; según consta en la literatura.

R. J. Jackman recientemente en 1962, dió una nueva clasificación con respecto al seno pilonidal, basado en la etiología.

- 1.—Congénitos
- 2.—Adquiridos.

Los cuales se dividen en:

- 1.—Neurogénicos o Ectodermales.
- 2.—Adquiridos en forma post-traumática y post-quirúrgica.

Según Jackman, el seno pilonidal Neurogénico y Exto-resultado de la penetración de pelo dentro de la piel. Adermal son relativamente poco comunes, probablemente menos del 10% del total, mientras que la variedad adquirida, tanto post-traumática y post-quirúrgica constituye el 90% de los casos.

Como se puede observar por lo anteriormente descrito, existe cierta duda sobre el origen de los senos pilonidales. Sin embargo entre la mayoría de los autores modernos, la tendencia a la teoría adquirida tiene supremacía.

#### ANATOMIA PATOLOGICA

El tracto sinusal se encuentra recubierto por un epitelio escamoso estratificado, con ligera cornificación. Aunque existe un porcentaje que no presenta ningún epitelio, o bien únicamente parte del tracto está recubierto.

Los quistes pilonidales se encuentran recubiertos por epitelio cuboideo estratificado, conteniendo pelos y detritus en su interior. La cubierta epitelial del seno es continua con la piel normal, en las aberturas. Para algunos autores, los folículos pilosos pueden desarrollarse a partir de la cubierta epitelial, para los autores modernos esto no es posible.

Los tejidos adyacentes muestran variados grados de inflamación, tanto aguda como crónica y caracterizada por

infiltración de leucocitos, linfocitos y células plasmáticas con células gigantes ocasionales.

El tejido conectivo que rodea a la lesión revela fibrosis secundaria a la misma infección crónica.

El estudio de Jackman encontró 2 clases de tejido cobertor:

- 1.—De tipo grueso y queratinizado.
- 2.—Angosto pálido.

El segundo tipo, predominaba en los senos infectados, en donde el epitelio no cubría el tracto completamente y secundariamente se extendía desde los islotes de epitelio original grueso, en donde la inflamación había persistido.

#### CUADRO CLINICO

Clínicamente la lesión es asintomática hasta que se produce la infección.

Los síntomas de la enfermedad aguda son idénticos a cualquier absceso agudo localizado en cualquier parte del cuerpo.

Si la condición es severa, se presenta dolor local y molestias que se intensifican al acostarse, sentarse o ejecutar cualquier movimiento.

Cefalea, fiebre y malestares genrales presentan y desaparecen gradualmente con la resolución del proceso inflamatorio. Pero más frecuentemente progresan hasta que el alivio se presenta con la ruptura o el drenaje quirúrgico del contenido infectado.

Luego que se ha practicado el drenaje, la descarga purulenta puede disminuir rápidamente y cesar por completo, por un período de tiempo o bien permanecer drenando. Lo más frecuente es que una cantidad pequeña de secreción se observe ya sea en forma continua o intermitente.

Durante los períodos en que no se produce drenaje, el área sinuosa se vuelve tensa y dolorosa, conforme la secreción se va acumulando por debajo de la piel.

Aunque muchos pacientes experimentan 1 o 2 episodios inflamatorio y luego permanecen asintomáticos, lo más usual será que ocurran ataques recurrentes con mayor frecuencia y mayor severidad hasta que se efectúe la remoción del seno.

### DIAGNOSTICO

Durante la fase latente, el diagnóstico puede ser hecho por el hallazgo de una o varias aberturas, localizadas en la línea media, o bien hacia un lado en la piel de la región sacrococcigia.

Estas aberturas varían en tamaño, desde un simple punto, hasta varios milímetros de diámetro.

Frecuentemente uno o varios cabellos pueden ser vistos saliendo a través de las aberturas.

Diferentes grados de induración o engrosamiento de los tejidos subyacentes, dan evidencia de la extensión y severidad del seno o quiste, o bien una sonda introducida en una de las aberturas en la piel, o al efectuar presión manual sobre el tracto o quiste se produce salida de un flujo maloliente.

Durante la fase sub-aguda la induración es más marcada, el drenaje más profuso y purulento en naturaleza.

Durante la fase aguda, los hallazgos son de una celulitis localizada con formación de tumefacción y absceso con enrojecimiento, dolor y calor local.

Puede demostrarse, fluctuación de la lesión, si ésta es superficial, pero a menudo no se logra si el absceso está profundamente situado. Durante esta fase, la abertura, puede o no ser demostrada, pero si está presente, da lugar a un drenaje inadecuado.

P. H. Sebrechts, de Illinois, en sus series encontró frecuentemente un signo que según él, puede ayudar en el diagnóstico de la enfermedad. El encontró que individuos con pelo excesivo en la glabella pueden padecer la enfermedad. Revisó un total de 5,477 pacientes, y de ellos el 46.6% tenían positivo el signo y de éstos uno de cada seis padecían la enfermedad. Encontró que de todos los individuos con enfermedad pilonidal, 93.3% eran positivos al signo.

### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Forúnculo y Carbúnculo: Este ocurre en el área sacra, como en cualquier otra área del cuerpo, se caracteriza por la aparición simultánea en otras partes de la piel. Su apariencia elevada, presentando un centro amarillo blanquecino o cabeza, se diferencia del quiste pilonidal infectado en donde la tumefacción es más grande, aplanada y dolorosa.

En lo que respecta al carbúnculo, el diagnóstico diferencial puede ser más difícil, debido a que presenta múltiples aberturas en la piel de color blanco amarillentas, pero generalmente presenta un cráter sumamente adherente, que no se observa en la enfermedad pilonidal.

Fístula Anal: las aberturas cutáneas más cercanas al ano, que a la pardistal del cóxis, hacen pensar en fístula anal. Sobre todo si se encuentran en la dirección del canal anal. Una investigación cuidadosa, demostrará en su mayoría la abertura interna en la línea anorrectal.

Descarga fecal, posición lateral o excéntrica de la abertura con historia de antecedentes de absceso rectal son características que sirven para diferenciar una fístula anal de la enfermedad pilonidal.

Gramulomas Específicos: En contadas ocasiones, la región sacra puede ser el asiento de una osteomielitis ya sea de origen tuberculoso o sifilítico, con presencia de varios tractos sinuosos drenando por la piel.

Se puede demostrar que la lesión invade el sacro por

medio de los rayos X. La tuberculosis debe ser sospechada, cuando existen otros focos probados en otra parte del cuerpo, o bien una tuberculina fuertemente positiva. Pruebas de diagnóstico se pueden obtener por medio del frote o cultivo.

La sífilis debe de ser considerada con una serología positiva o bien manifestaciones en otros sitios.

La actinomicosis ha sido descrita en el área sacra, aunque en forma rarísima. Cuando se presenta es prácticamente indistinguible de la enfermedad pilonidal. Para diferenciarla debe efectuarse el hallazgo del hongo en frotos, o bien identificarlo por medio del cultivo.

#### *Hidraadenitis Supurativa:*

Es una inflamación de las glándulas apócrinas principalmente de axila, ingle y región perineal. Estas glándulas permanecen inactivas hasta la pubertad.

En la región anal se presenta en forma de abscesos pequeños, y su diseminación es, ya sea en forma directa o bien por los linfáticos subcutáneos, hasta que el área perineal en tera se afecte.

La coloración de la lesión es café con engrosamientos irregulares de la piel, observándose en la superficie, senos, fístulas y abscesos.

Esta afección es difícil diferenciarla en la mayoría de los casos, del seno pilonidal. Teniendo como características principales que es menos dolorosa que la enfermedad pilonidal, y al igual que ella las recurrencias son abundantes, la curación es retardada y la infección fácilmente progresa.

#### COMPLICACIONES:

La enfermedad pilonidal es crónica, recurrente y frecuentemente progresiva en esta área de envoltura inflamatoria, extendiéndose con cada apareamiento y la particular infección virulenta, produce una peligrosa celulitis.

La osteomielitis del sacro observada, aunque en forma rara, es después de la celulitis la complicación más frecuente. La fascia liviana que existe sobre la vértebra, es aparentemente, muy resistente a la infección.

Aunque realmente no se sabe el origen, mencionaremos entre las complicaciones, la asociación de enfermedad pilonidal con carcinoma.

Pocos casos que no exceden de 15 en total, han sido reportados en la literatura hasta el momento, y entre éstos, se han descrito: epiteloma de células basales, carcinoma de células escamosa y carcinoma epidermoide. Estos casos se han presentado en pacientes en los cuales se observan recurrencias frecuentes, que no muestran mejoría con la terapéutica empleada y larga evolución.

La irritación crónica constante, es uno de los factores que los autores moderno sindician como responsable o coadyuvante en su aparición.

#### TRATAMIENTO:

Antes de entrar directamente sobre las técnicas quirúrgicas empleadas, se mencionará la radioterapia depilatoria, como tratamiento combinado en la enfermedad pilonidal.

Este tratamiento previo, fue basado en el hecho de que las heridas o fisuras en el área sacra, al estar libres de cabello, de infección o de excesiva granulación crónica, podían cicatrizar rápidamente y probablemente curar definitivamente.

La radioterapia depilatoria previa a tratamiento quirúrgico no ha tenido todos los buenos resultados que de ella se esperaba. N. W. Swinton y R. E. Wise, observaron que generalmente las recurrencias se presentan por postoperatorios mal cuidados, falta de limpieza frecuente en la herida y principalmente por la inclusión de cabello, que constituye un cuerpo extraño a las heridas, esto último a juicio

de ellos, es la razón más importante de recurrencia o fracaso de la cicatrización subsiguiente.

Goldman en sus series administró una dosis depilatoria con rayos X por un promedio de 4 días antes de la operación. La dosis empleada fue de 90 K.v.P. a una distancia de 17 cms., y con un margen de 5 a 7 milímetros de lesión.

Es de hacer notar que las irregularidades de los contornos de la lesión, es una de las causas, de que sean necesarias más dosis, para obtener resultados favorables.

Los resultados obtenidos por Swinton, Wise y Goldman, con las dosis anteriormente anotadas y en pacientes que presentaban lesiones sin contornos irregulares, la cicatrización post-operatoria fue magnífica. Pero estos casos fueron la minoría comparado con el porcentaje elevado que presentó los efectos secundarios de la radiación.

La radioterapia en esta región, si se aplica, debe ser en dosis pequeñas para producir los efectos deseados; el ano debe ser cuidadosamente protegido.

Es evidente que la dermatitis por irradiación es la más desagradable secuela de este método combinado de tratamiento, y es la razón fundamental de la disminución del uso o empleo de la radioterapia.

Warren sugiere que debe de haber otros agentes depilatorios, tales como preparaciones sulfuradas o cosméticas que produzcan una adecuada depilación sin el daño potencial que la radioterapia produce. En sí el tratamiento de la enfermedad pilonidal se divide en dos partes:

La de la fase aguda que es temporal, y el de la fase crónica que puede ser paliativo o definitivo.

Fase Aguda: Consiste en una inflamación aguda con celulitis o formación de absceso en los tejidos blandos, con ciertas modificaciones, debida a la anatomía y fisiología peculiares a la región sacral.

Debe de especificarse que la piel y el tejido celular subcutáneo de esta región, son más gruesos y algo más rí-

gidos que cualquier otra parte del cuerpo. Así es que los signos clásicos del absceso pueden presentarse hasta que la infección esté bastante avanzada.

El retardo en la evacuación de la cavidad del absceso, hasta que los signos clásicos de fluctuación se presenten, resultan favorables en progreso al proceso de inflamación, retardo en la resolución e invalidismo prolongado del paciente.

### TRATAMIENTO CONSERVADOR

El tratamiento expectante o conservador, incluye baños de asiento, compresas calientes y antibióticos. Debe ser usado en aquellos casos que presente:

- a) Celulitis sin formación de absceso;
- b) Para aquellos, en los cuales el drenaje espontáneo se ha presentado;
- c) Para una preparación breve, cuando se ha planeado la incisión y drenaje.

La aplicación de calor húmedo es considerado bastante efectivo. Los baños de asiento, a intervalos durante el día, es un método satisfactorio que puede hacerse en casa.

Para el paciente hospitalario, la aplicación de compresas calientes es un método mucho más efectivo.

Si el drenaje ya se presentó, una o varias compresas calientes se colocan en el área pilonidal. Dos toallas grandes deben ser empapadas en agua caliente y colocarlas sobre el área sacra, con el paciente en posición prona. Una a dos bolsas de agua caliente, se aplican por fuera de las toallas; en seguida desde el ombligo hasta la parte superior de los muslos se envuelve en plástico para mantener las toallas en su posición. De esta forma, se mantendrá el calor durante 4 a 8 horas, luego de lo cual debe ser cambiadas las compresas.

El uso de antibióticos cuando ya existe celulitis, puede resultar en resolución para algunos casos, que de otra manera progresarían a la formación de absceso.

La falta de resolución del proceso, después de un período corto de 1 a 2 días de tratamiento conservador, generalmente indica que hay formación de absceso que requiere incisión y drenaje.

La mayoría de los cirujanos han usado penicilina y streptomina a la dosis de 1-2 millones y un gramo, respectivamente, en dosis fraccionadas durante 24 horas, con efectos aceptables.

Los antibióticos de amplio espectro, últimamente han tomado auge en el tratamiento conservador de esta enfermedad, las tetraciclinas, principalmente el cloranfenicol, bacitracina y novobiocina, a las dosis de un gramo diario fraccionado por vía oral, han sido usados con buenos resultados.

### INCISION Y DRENAJE

La anestesia espinal en silla de montar es preferida aunque la general es bastante satisfactoria. Con el paciente en posición prona se retrae las nalgas con cintas de espadrapo, para presentar exposición clara de la región.

La anestesia local no se usa debido a la dificultad de que se observa en la abertura adecuada de toda la cavidad del absceso sin producir molestia al paciente.

La incisión del área se efectúa sobre el centro de la fluctuación o bien en el punto donde la lesión sea más marcada. Siempre que sea posible la incisión se efectúa paralela a la línea media y cerca de ésta. Incisiones en cruz o radiadas, pueden ser practicadas para aquellas cavidades que son muy grandes e irregulares, que no pueden ser drenadas en forma adecuada, por la simple incisión vertical.

Los abscesos cercanos a la piel, deben ser abiertos en el punto de mayor fluctuación, con la punta del dedo, la

extensión completa del absceso es explorada y cualquier formación cercana se rompe para convertir todo en una sola cavidad.

Los bordes de la piel, tejido celular subcutáneo y porciones más superficiales del absceso se cortan, con el objeto de que la abertura sea más ancha.

La herida debe ser empacada en forma extensa pero no apretada, con cualquier absorbente, que no sea irritante; gasas yodoformadas no se usan por sus propiedades irritantes.

La gasa simple es satisfactoria pero se adhiere al tejido de granulación, resultando el dolor y sangramiento al momento de su remoción.

Las gasas vaselinadas producen empaque excelente, pero deben ser empleadas en abscesos pequeños, debido que el drenaje de las profundidades puede ocurrir alrededor de ellas, más que a través del empaque.

Buenos resultados se han descrito, con el uso de una curación simple de nylon, que se hunde en la cavidad del absceso y luego se empaca con gasa simple, con el objeto de guardar los bordes de la herida. Este sistema permite la absorción del exudado de la herida, dentro del empaque y curación simple. La remoción y reempaque del área será menos dolorosa para el paciente, hasta que la curación de nylon se remueve o se sale de las profundidades de la herida.

### POST-OPERATORIO

Exceptuando la infección más severa, los antibióticos no están indicados.

Al paciente se le permite levantarse tan pronto se sienta bien, usualmente 24 horas después de la intervención.

Compresas calientes se aplican si la infección se va que no mejora.



Baños de asiento se aplican 3 o 4 veces al día, con el empaque en su lugar, cada vez que se efectúe un baño, una curación seca se coloca por fuera, sostenida por espadadrapo.

El empaque no absorbible se va moviendo gradualmente para invitar a la aproximación temprana de las porciones superiores de la herida.

Si se contempla el tratamiento definitivo, durante el período hospitalario, esta precaución no es de importancia.

Si hay tejido adherente, irrigaciones con solución salina diariamente entre los empaques, dará un tejido de granulación limpio.

Es en este momento en el cual una escisión definitiva debe ser efectuada, si se difiere empaques y reempaques, deben efectuarse hasta que la curación sea casi completa.

### FASE CRONICA

En esta fase la enfermedad pilonidal en la mayor parte de los casos requiere tratamiento definitivo, que siempre es quirúrgico. Este debe ser considerado en todos los pacientes que presenten dolor local o drenaje.

Se justifica tener conducta expectante, en adultos cuyos síntomas sean mínimos, y la ocupación de los mismos no expongan al trauma la región sacra.

La intervención quirúrgica está indicada en todos los adultos que han padecido cuando menos un episodio de inflamación aguda o aquellos que padecen de un drenaje intermitente y continuo durante varias semanas.

Debido a que la enfermedad raramente se presenta en pacientes viejos, contra indicaciones prácticamente no existen.

### TRATAMIENTO PALIATIVO

Este incluye métodos que intentan aliviar la enfermedad pilonidal. Y entre estos tenemos:

- a) Rayos X.
- b) Inyecciones de agentes esclerosantes.
- c) Marzupialización.
- d) Saucerización.

Cada método tiene ciertas indicaciones y limitaciones, que deben considerarse antes de emplearse, como sustitutos de la cirugía.

**RAYOS X:** Bastantes beneficios se han reportado con el uso de pequeñas y moderadas dosis en el área sacra, principalmente para senos recurrentes.

Regresión de la reacción inflamatoria puede obtenerse. Dosis grandes para garantizar la destrucción del tejido pilonidal, están cercanas a las que producen daño a la piel vecina o bien osteonecrosis del sacro.

La radiación no está indicada en lesiones primarias.

**ESCLEROTERAPIA:** Buenos resultados han sido reportados después de la inyección de una variedad de agentes esclerosantes.

Este tratamiento ha sido recomendado para senos recurrentes. La cantidad de solución y el número de inyecciones, varían con el tamaño de la lesión.

El objeto de usar esclerosantes es producir la destrucción de la cubierta epitelial del seno o quiste; observar la acción química del agente produciendo obliteración.

Las soluciones recomendadas incluyen morroato y sulfato de sodio. Para muchos cirujanos, el método, es inefectivo y hasta cierto punto peligroso. Ya que es difícil asegurar la difusión completa del agente, dentro de todas las ramificaciones del seno. Además la solución puede escapar hacia los tejidos blandos vecinos, produciendo reacciones violentas.

No está indicada para lesiones primarias.

**MARZUPIALISACION:** Es un método quirúrgico intro-

ducido por Buie, y consiste esencialmente en reseca la parte anterior de la pared del quiste, juntamente un fragmento de piel vecina, suturándose más tarde los bordes cortados del quiste remanente, a los bordes de la piel vecina.

Se mencionará únicamente la Saucerización como otro método de tratamiento empleado antiguamente.

### TRATAMIENTO DEFINITIVO

Este debe ser esencialmente quirúrgico, con excisión del área pilonidal. Esta extirpación debe ser completa pero a la vez, sin sacrificar tejido normal. Si se deja un remanente de tejido pilonidal, la reaparición de la enfermedad se observará más adelante.

La mayoría de los autores están de acuerdo de que la excisión en bloque es la que mejores resultados ofrece y garantiza la remoción total del tejido enfermo.

Hay varios métodos para tratar de reconocer todo el tejido enfermo y que puede ser usado por los cirujanos en el momento de la operación, la mayoría son colorantes y entre ellos el azul de metileno. Pero el uso de ellos tiene sus pros y contras.

Lo esencial es que el cirujano debe aprender a reconocer el tejido pilonidal sin el uso de ningún colorante, y garantizar la total remoción de dicho tejido sin el sacrificio innecesario de piel y tejidos blandos vecinos.

### TECNICAS OPERATORIAS

- a) Excisión con empaque abierto.
- b) Excisión con cierre primario.
- c) Excisión con cierre parcial de la herida.

**EXCISION CON EMPAQUE ABIERTO:** Es una técnica conocida y usada desde hace muchos años, efectiva y en el cual la excisión amplia del área pilonidal se acompañará con el empaque de la herida. Debe ser sumamente amplia

para asegurar sin ningún contratiempo el cierre de la misma por segunda intención.

El paciente se anestesia ya con bloqueo espinal en silla de montar o anestesia general. Y se coloca en posición prona. Las nalgas se retraen con cinta adhesiva para exponer el campo operatorio.

Una incisión elíptica se efectúa, de suficiente longitud y anchura, para comprender todos los senos presentes y tejido pilonidal visible o palpable.

La incisión debe hacerse, de modo que la herida se vuelva más estrecha mientras más se profundiza. Dicha profundidad debe de tener como límite la fascia sacra.

Durante el curso de la operación los tejidos deben de ser retraídos discretamente con pinsas puntiformes y el campo mantenerse seco para que el cirujano inspeccione cada parte de tejido conforme va efectuando la incisión.

Pocos vasos sangrantes a nivel de la fascia sacra así como también del borde del muslo glúteo, pueden requerir ligaduras por transfixión.

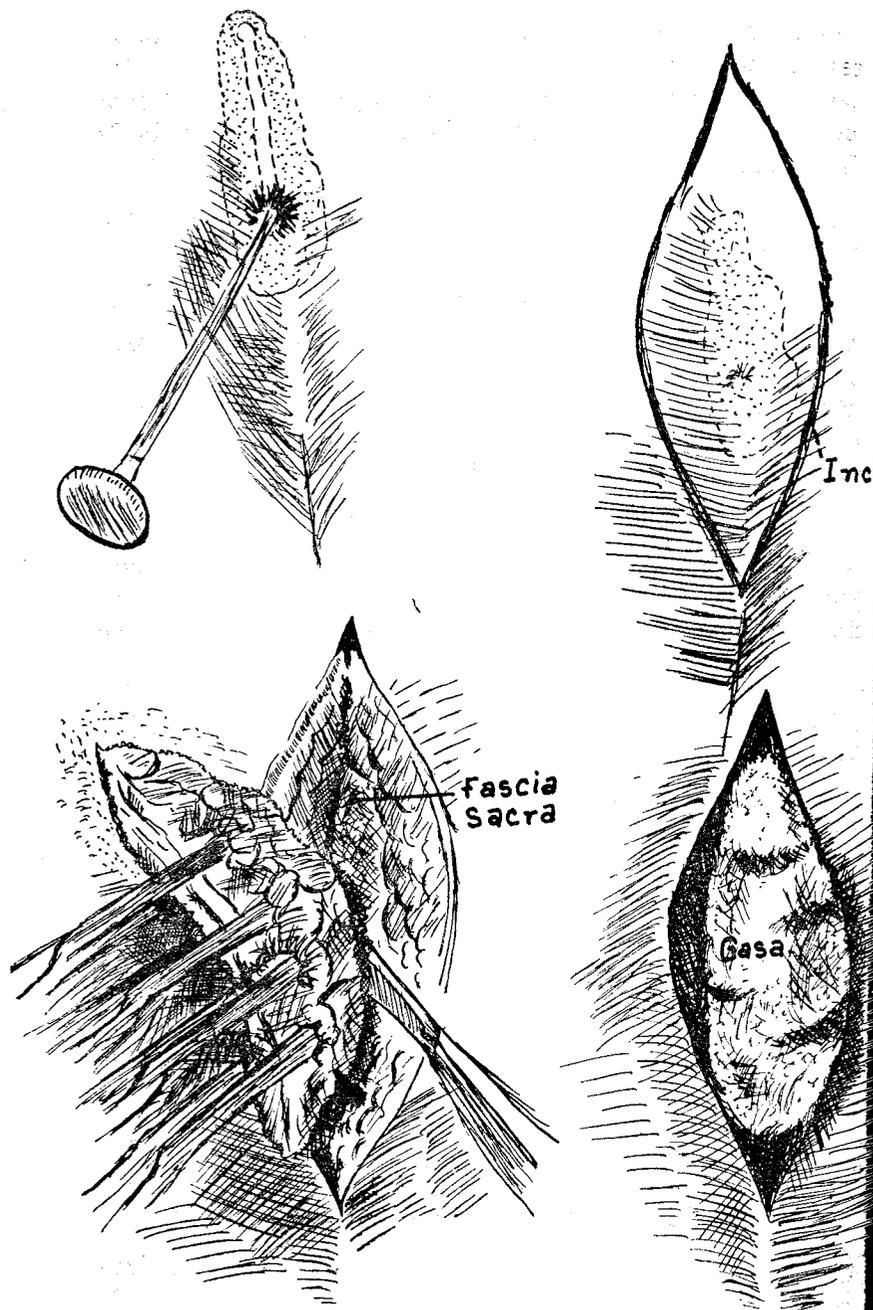
Después del control de hemorragia, la herida se irriga cuidadosamente con solución salina normal, para remover todo coágulo o grasa remanente. Colocándose después cuadrados de 12 por 12 pulgadas de nylon en forma firme pero no apretada, completándose con empaque de gasa simple o gasa aldonada. Y por último se coloca tela adhesiva que efectúe buena presión sobre las nalgas.

### POST-OPERATORIO

Antibióticos no están indicados a menos que exista infección activa.

Las curaciones no deben ser tocadas cuando menos los dos primeros días, después de este tiempo se permite la marcha limitada del paciente y las curaciones externas se cambian conforme se vayan necesitando.

El empaque debe ser cambiado al cuarto o sexto día, momento en el cual el tejido de granulación ha empezado a formarse.



Excisión con empaque abierto.

El empaque debe de ser cambiado a intervalos frecuentes, prestando mayor atención a que las porciones superiores de la herida se dejen separadas, para que de esta manera, se permita el llenado con tejido de granulación desde la profundidad.

Durante este tiempo, el paciente debe efectuarse los baños de asiento a intervalos frecuentes.

El tiempo que se requiere para una buena cicatrización, es decir para que el tejido de granulación se vuelva pálido y se recubra de epitelio, es aproximadamente de un número variable de semanas o bien hasta seis meses, momento en el cual la cicatriz puede resistir traumas moderados.

Durante todo este tiempo, requiere atención frecuente de la herida. La excisión con empaque abierto, tiene su mayor indicación, en los senos pilonidales pequeños o de tamaño mediano, con aberturas en la línea media o excéntricas.

También es el método de elección para aquellos cirujanos que efectúan en forma ocasional cirugía pilonidal, aplicando la técnica descrita en los métodos anteriores.

Con esta técnica, los resultados funcionales son suficientemente buenos y las recurrencias sumamente infrecuentes.

**EXCISION CON OCLUCION PRIMARIA:** Esta técnica tiene como objetivo la remoción total del área pilonidal y reproximación adecuada de los tejidos blandos, para asegurar una curación primaria de la herida.

El pre-operatorio incluye, afeitado cuidadoso del área sacra.

Las nalgas deben de ser retraídas y debe cuidarse que el orificio anal se encuentre fuera del campo operatorio, con el objeto de evitar una contaminación.

Una incisión elíptica se efectúa, el tamaño de la misma debe ser lo más pequeña posible, pero que comprenda la

mayor parte de orificios de los senos.

El plano de disección sobre tejidos sanos, debe efectuarse lo más cerca posible del tejido pilonidal.

Con disección aguda asistida por retracción de los bordes cutáneos, se llega hasta la fascia sacra, en un solo lado, iniciamos posteroirmente la disección del lado opuesto. Esta precaución tiene por objeto dar mayor visibilidad, y asegurarse de no dejar tejido pilonidal, el cual puede ser fácilmente reconocido por su tejido de granulación gris café.

Todos los puntos sangrantes, con excepción de los más importantes deben ser olvidados, hasta que la incisión sea completada, y entonces aquellos que persisten después del empaque con grasas impregnadas con solución salina tibia, se aseguran con puntos por transfixión.

Luego de la excisión en bloque que tiene como límite profundo la fascia sacra, la cinta de espadadrapo, colocadas al inicio de la intervención se retiran.

La pérdida de tejido adiposo en ciertos casos es suficientemente grande como para que la reaproximación de los tejidos, no pueda ser llevada a cabo sin la producción de un espacio muerto.

Para corregir lo anterior una incisión se hace a lo largo del margen lateral del sacro, a través de la fascia que se extiende hasta descubrir el músculo glúteo en ambas partes. La incisión se profundiza y se lateraliza hasta una distancia de 5 a 6 cms., forma suficiente que permite la movilización y aproximación de los dos tabiques musculares sin tensión exagerada.

Los bordes de la herida se adaptan, con una serie de suturas interrumpidas de catgut crómico 2 ceros, esto tiene como resultado la aproximación de tejidos subcutáneos.

La herida se cierra cuidadosamente, con una serie de suturas interrumpidas con seda fina o bien sutura de alambre, que se retira al final del período de cicatrización.

La colocación de tubos de drenaje en la herida puede resultar en una infección, por lo que no se recomienda.

Debido a que la cicatrización de la herida con esta técnica, requiere de todas las situaciones favorables, se recomienda el uso de suturas con alambre N° 30, que dirige los bordes fasciales hacia la línea media, los cuales son anudados sobre botones que reciben la mayor parte de la tensión. Estos puntos son retirados al octavo o décimo día post-operatorio por medio de un quita alambre.

Antes de que la herida sea ocluida completamente, se efectúa una irrigación con solución salina normal, con el objeto de renovar cualquier coágulo o fragmento de grasa desvitalizada que interfiera con la cicatrización de la herida.

Por último se coloca una simple curación seca a presión, fijada con espadadrapo.

## POST-OPERATORIO

La cicatrización de esta área, no es satisfactoria, si el paciente se levanta precozmente, debido a que los músculos se colocan en tensión.

La dieta del paciente debe de ser líquida y administrarse antiespasmódico, de tipo elixir paregórico. La curación no debe ser retirada o cambiada, antes del quinto o sexto día post-operatorio, a menos que exista elevación febril.

El descanso en cama debe mantenerse por 5 a 6 días, momento en que se cambia la curación, se remueven las suturas y si la herida va en vías de cicatrización satisfactoria, se permite parcialmente la ambulación. Se ordena al paciente que no ejecute movimientos bruscos, tales como sentarse o bien situaciones que produzcan tensión de la línea de sutura. Estas precauciones se mantienen por 2 a 3 semanas cuando menos.

Si no observan los requisitos anteriores, puede presentarse la formación de una colección líquida, o bien dehiscencia en la herida.

Después de estas 3 semanas se permite al paciente más libertad, se deja sentarse al paciente con un protector de hule o almohada, prohibiéndole efectuar viajes largos en automóvil o sentarse en superficies duras hasta que no hayan transcurrido cuando menos 6 meses. Posteriormente el paciente debe evitar en lo sucesivo traumas innecesarios a la región sacra.

La herida debe de ser controlada a los 6 y 12 meses, respectivamente, para cerciorarse de que no haya una complicación, debida a las causas anteriormente mencionadas.

**EXCISION CON OCLUSION PARCIAL:** Esta técnica operatoria es generalmente la forma intermedia entre el método de empaque abierto y el de oclusión primaria.

Una incisión elíptica se efectúa, que incluye todas las aberturas de los senos y cualquier infiltración de tejido pilonidal, en el tejido subcutáneo.

El tejido celular subcutáneo se corta en ángulo de 45° de arriba hacia abajo, hasta la fascia que cubre los músculos glúteos.

La retracción de los bordes de la herida, traerá todos los tejidos en tensión, permitiendo el corte bajo visión directa.

Se corta todo el tejido pilonidal, cuidadosamente, hasta encontrar tejido normal.

El borde superior del espécimen, se toma con una pinza y se retrae hacia abajo, al mismo tiempo los bordes de la piel se separan lateralmente.

Unos pocos puntos sangrantes pueden necesitar ligadura, la mayor parte se detienen aplicando compresas empapadas con sueros salino normal tibio.

Luego que la disección ha alcanzado el nivel del cóxis, debe cuidarse de no dejar ejercer demasiada tracción en el espécimen, debido a que el recto puede peligrar.

La línea de clivaje sigue ahora los músculos anococci- gios los cuales deben protegerse.

Las cintas adhesivas que retraen las nalgas, en este instante se retiran.

Queda en este momento una herida con una base amplia, cuyos bordes deben estar protegidos para su afrontación hacia la fascia sacra y de esta manera reducir o eliminar el espacio muerto. Además se puede llevar a cabo en forma efectiva, utilizando puntos de seda negra 2 ceros, montada sobre una aguja curva larga. Deben colocarse en forma correcta y de esta manera, obliteran el espacio muerto y se asegura que los bordes cutáneos de la herida, lleguen hasta la fascia sacra.

En la mayor parte de los casos, los bordes cutáneos llegan hacia la fascia sacra, cerca o en la línea media sin mayores problemas, debido a que los bordes de la piel son más largos que la fascia.

Luego que se han colocado todas las suturas, los bordes cutáneos se retraen, se irriga la herida con solución salina normal con el objeto de arrastrar la grasa y coágulos residuales, se chequea una vez más la hemostasis.

Las suturas se traen hacia arriba con el objeto de incluir los bordes cutáneos, junto con la fascia sacra. El cirujano toma los hilos bajo tensión leve; mientras que el ayudante deprime la piel con una pinza, que detiene a su vez, un segmento corto de un tubo de hule suave. Se anuda el hilo sobre el tubo de hule que previene de esta manera, el corte de la sutura. El objeto del tubo es mantener retraída la piel por debajo de él, durante la cicatrización.

Los hilos se dejan largos, colocándose una curación de 12 por 12" en el centro de la herida, y empacando con gasa simple y algodón absorbente, el espacio que queda entre las nalgas.

Cintas adhesivas de espadadrapo se aplican sobre la curación para ejercer de esta manera, presión uniforme a la herida.

## POST-OPERATORIO

En líneas generales, es el mismo que el de oclusión primaria.

El reposo es esencial, alrededor del quinto día, o después del primer movimiento intestinal, la curación externa se cambia. Al séptimo u octavo día el empaque se cambia y las suturas se cortan pero no se retiran.

Para la próxima curación, que se hace uno o dos días más tarde, las suturas se han aflojado, extrayéndose sin molestia para el paciente o trauma a la región.

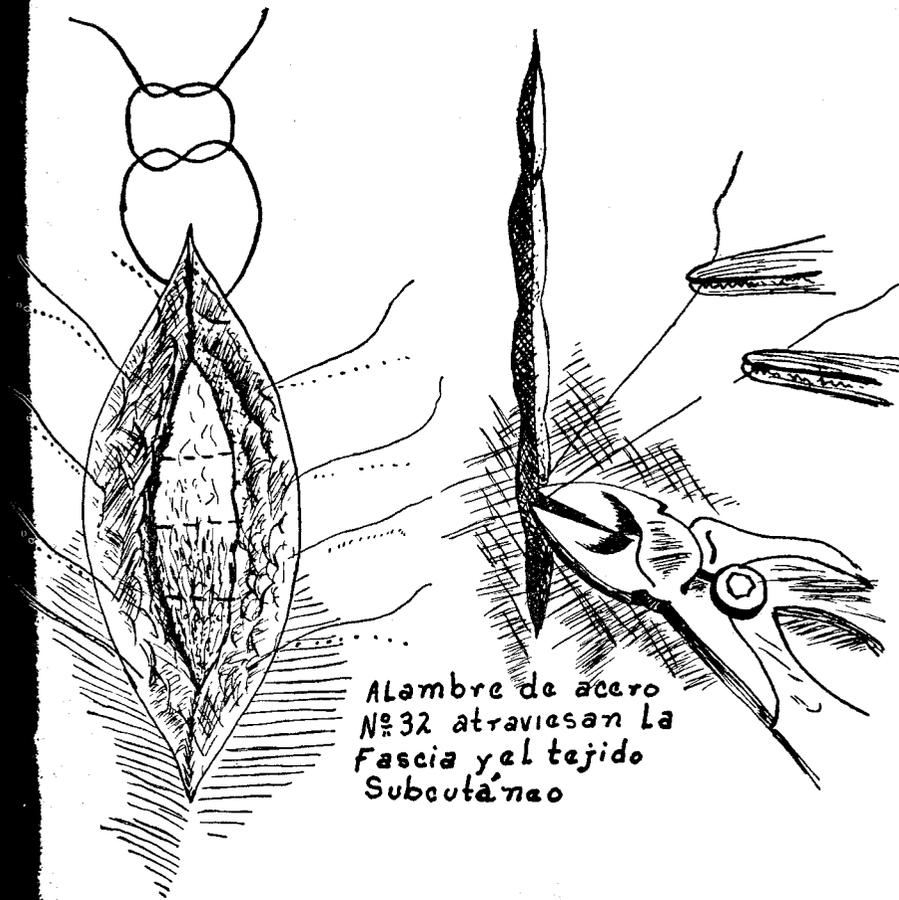
Al paciente se permite levantarse al quinto o sexto día post-operatorio, guardando las precauciones descritas en la oclusión primaria y manteniendo las nalgas juntas con tela adhesiva.

Si durante los primeros días se notara elevación febril, y localización de una colección, las suturas correspondientes se retiran inmediatamente y un empaque pequeño se coloca, para permitir el drenaje. Tal eventualidad no se presentará si la técnica es seguida en forma cuidadosa.

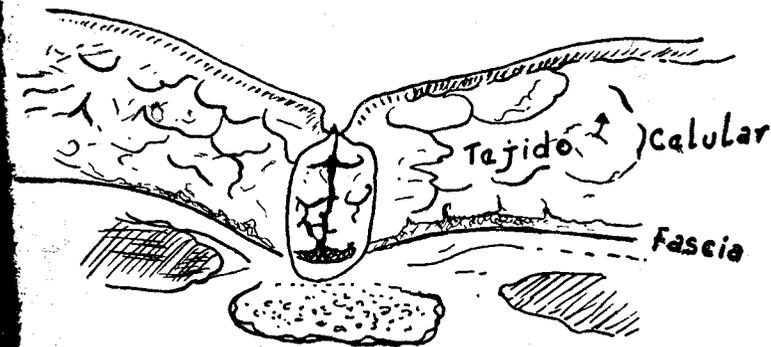
El método de oclusión parcial es técnicamente difícil, pero el período de hospitalización y la morbilidad operatoria son comparables al método de oclusión primaria.

Se adapta a todas las variedades de senos, desde el tipo simple pequeño hasta los más complejos con aberturas de drenaje, excéntricas o múltiples.

Pero esencialmente el cirujano debe evaluar cada caso en particular, considerar cuidadosamente factores como, el tipo y extensión de la lesión, la estancia hospitalaria, la morbilidad y las demandas funcionales del paciente. Considerar su propia capacidad, y seleccionar el método que en sus manos ofrezca lo mejor para el paciente.



Alambre de acero  
Nº 32 atraviesan la  
Fascia y el tejido  
Subcutáneo



Excisión con cierre parcial.

## MATERIAL REVISADO:

En los últimos cuatro años hemos reunido quince casos de Enfermedad pilonidal, en los cuales se han encontrado nueve del sexo masculino y seis del sexo femenino, todos menores de treinta años de edad. La edad promedio fue de veinte y un años. También se observó que la duración de los síntomas llegaba a un promedio de tres años. Siete pacientes aquejaban períodos de dolor en las zonas sacrocoxigeas, seguidos por la aparición de una tumefacción que al desaparecer posteriormente, traía consigo la remisión de los síntomas. En una paciente los síntomas fueron de dolor y molestias anales que no desaparecieron después de una operación ano-rectal, pero se aliviaron totalmente al operar el seno pilonidal. El resto de los pacientes se quejaban de molestias regionales consistentes en dolor y escozor que se exacerbaban durante o después de paseos en automóvil.

No se encontró ninguna localización de los senos o quistes pilonidales por fuera de la región sacrocoxigea.

Ningún paciente era de la raza negra ni indígena puro.

También observamos en casi todos los casos, la presencia de vello localizado en la glabella.

En todos los casos revisados, el tratamiento consistió en excisión amplia de la lesión, permitiendo que la herida operatoria cerrara por segunda intención. El tiempo necesario para la cicatrización completa en un paciente, se prolongó por cuatro meses, mientras que el resto de los enfermos necesitó de treinta a cincuenta días para el cierre total. Todos los enfermos volvieron a sus ocupaciones en doce a quince días, no presentando molestias notorias a pesar de conservar su herida abierta.

En un caso se hizo aplicación de radioterapia, pero ante el fracaso de ésta, fue necesario operar. No podemos decir a la fecha si habrá con el tiempo alguna recurrencia, pero creemos que con la excisión amplia y los cuidados post-operatorios prestados, hemos reducido a un mínimo la posibilidad de encontrar la reaparición de la enfermedad.

## CONCLUSIONES

- 1º—Hemos expuesto los detalles sobresalientes de la enfermedad pilonidal, principalmente las teorías relacionadas con su etiología y creemos que actualmente domina la idea de que esta enfermedad es adquirida, aunque pueda observarse en una minoría lesiones congénitas.
- 2º—Tradicionalmente considerada como enfermedad de la región sacrocoxigea, puede ser encontrada también en otras localizaciones.
- 3º—La degeneración o concomitancia maligna es sumamente rara.
- 4º—Deben tomarse en cuenta el forúnculo, carbúnculo, fístula anal, hidradenitis supurativa, cuando se trate de hacer diagnóstico diferencial.
- 5º—La existencia de múltiples formas de tratamiento, prueba que ninguna es enteramente satisfactoria, por lo que la recurrencia puede presentarse con cualquier tratamiento.
- 6º—Presentamos quince casos reunidos en los últimos cuatro años, en los cuales hemos preferido la excisión amplia, con la creencia de que al tiempo prolongado de cicatrización se agregan buenos resultados definitivos.

HECTOR ELIAS OROZCO BARRIOS.

*Dr. Julio Pineda,*  
Asesor.

*Dr. Julio De León,*  
Revisor.

Vo. Bo.

*Dr. Carlos Armando Soto,*  
Secretario.

Imprimase,

*Dr. Carlos Monsón Malice,*  
Decano.

## BIBLIOGRARIA

- 1.—Hopping R. A., Enfermedad Pilonidal. American Journal of Surgery. Volumen 88, Pág. 780, 1954.
- 2.—Swinton N. W., Significance of Epilation as an adjuvant in the treatment of Pilonidal Sinus Disease, American Journal of Surgery. Volumen 90, Pág. 775, 1955.
- 3.—Reeding M. D., Quiste Pilonidal Simultáneo Anterior y Posterior. American Journal of Surgery. Volumen 90, Pág. 775, 1956.
- 4.—Vacon H. E., Atlas de Técnica Operatoria ano-rectal y colon, 1957.
- 5.—Turrell R., Diseases of the colon and ano-rectum, Page 1069, 1959.
- 6.—Sebrechts P. H. a significant diagnostic sign of Pilonidal cyst. Diseases of colon and rectum. Volumen 5, Pág. 56, 1961.
- 7.—Franckowiak J., the Etiology of Pilonidal Sinus. Diseases of the colon and rectum. Volumen 5. Pág. 56, 1962.
- 8.—Milch E. Bermam L. Mc Gregor J., Carcinoma complicating a Pilonidal sinus: Review of the literature and report of a case. Volumen 6, Pág. 225, 1963.
- 9.—Weston S. D. Pilonidal Cyst of the anal canal. Diseases of colon and rectum. Volumen 6, Pág. 139, 1963.
- 10.—Thorlakson P. H., An Unusual type of Pilonidal sinus. Diseases of colon and rectum. Volumen 6, Pág. 345, 1963.