

Tratamiento de la enfermedad pilonidal

R. Lombard-Platet

X. Barth

V. Anderegggen

Se conoce como enfermedad pilonidal o quiste pilonidal a una infección aguda o crónica que afecta habitualmente la región sacrococcígea, aunque puede tener otras localizaciones más infrecuentes [7, 8].

Merece ser descrita dentro del cuadro de las supuraciones de la región anal, pues puede confundirse con una fístula anal [9], aunque no llega a afectar nunca el canal anal [2]. Esta enfermedad fue descrita por Anderson en 1847, pero fue Hodges quien en 1880 le dio el nombre de enfermedad pilonidal ya que habitualmente se encuentran pelos en la cavidad quística [8, 20].

Se observa habitualmente en pacientes hirsutos [7] y las diferencias étnicas que se observan son debidas de hecho a las variaciones raciales en cantidad y sobre todo en distribución de la vellosidad [2].

Es una afección del adolescente y del adulto joven [2]. Es rara por encima de los 40 años; afecta especialmente al varón, encontrándose en el 1% de la población masculina y en el 0,1% de la población femenina, en la cual se puede manifestar más precozmente que en el varón [1, 2, 8].

Etiología

La causa exacta de la enfermedad no se conoce con certeza y se han propuesto gran número de teorías [8].

Las teorías congénitas en las que el quiste sería un vestigio embrionario del canal medular parecen actualmente las menos verosímiles [14], pues las malformaciones neurológicas están habitualmente más próximas de la región lumbar o por delante del plano óseo [2]. Por otra parte, no se pone en evidencia ningún vestigio celular, embrionario o ectodérmico en los quistes pilonidales.

Es más verosímil que se trate de una enfermedad adquirida, ya que formaciones idénticas se han descrito en el ombligo, a nivel de cicatrices de amputación y, en ciertas profesiones (peluquero, esquilador), a nivel de pliegues interdigitales [1, 2, 3, 4, 7, 8].

Actualmente se admite que los pelos se invaginan dentro de la dermis a nivel del pliegue interglúteo [14, 15], creando una

reacción inflamatoria que se extiende al tejido celular subcutáneo, a nivel del cual se forma entonces una cavidad (fig. 1) [2].

La penetración de los pelos en el espesor del pliegue interglúteo parece verosímil [2], ya que la cavidad del quiste está formada únicamente por un tejido de granulación en el cual no existe ningún folículo piloso ni elemento cutáneo elaborado [8, 13, 14, 15].

Por otro lado, los pelos son siempre seccionados, sin raíz, y su extremidad distal dirigida hacia la profundidad del quiste [8]. La pared quística está formada por tejido fibroso que contiene células de cuerpos extraños [2, 14, 15] incluyendo trozos de pelos, y este quiste comunica con el exterior por uno o varios orificios situados a lo largo de la línea mediana, entre 4 y 8 cm del margen anal [5, 13].

Al lado de estos orificios situados en la línea mediana, es decir, en el pliegue interglúteo, pueden existir orificios secundarios [8, 13], laterales a la línea media, correspondientes a extensiones de la supuración de la cavidad primaria.

Aspecto clínico

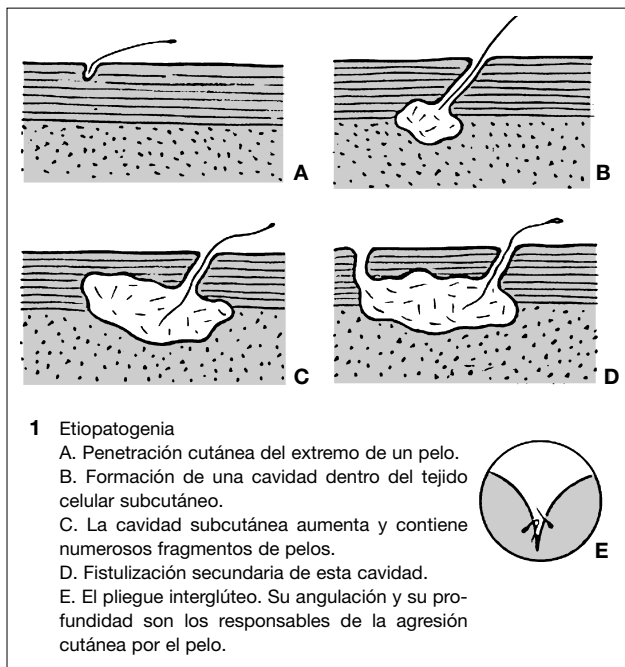
Puede tratarse de una supuración aguda con aparición rápida, en pocos días, de una tumefacción inflamatoria y dolorosa [2, 8].

Roger LOMBARD-PLATET: Professeur des Universités, chirurgien, chef de service d'urgence chirurgicale viscérale.

Xavier BARTH: Professeur des Universités, praticien hospitalier.

Vicente ANDEREGGEN: Chirurgien des Hôpitaux.

Hôpital Edouard-Herriot, place d'Arsonval, 69437 Lyon cedex 03.



La tumefacción puede situarse en la línea mediana, en el pliegue interglúteo o presentarse principalmente en forma de extensiones laterales que no se deben confundir ni con un absceso de la nalga, ni con un absceso del margen [8,14]. El examen cuidadoso del pliegue interglúteo, eventualmente después del rasurado, pone en evidencia habitualmente una o varias umbilicaciones en la línea mediana que permiten establecer el diagnóstico de forma segura [1,13].

Esta forma suele ser la inicial en el 45 al 50% de los casos [8]. Por otra parte, el quiste pilonidal puede presentarse como una supuración crónica intermitente del pliegue interglúteo. La exploración física identifica uno o varios orificios primarios en el pliegue interglúteo, evidenciándose a veces supuración a nivel de uno de esos orificios [8]. El diagnóstico es entonces evidente y la exploración de estos trayectos demuestra su carácter extraanal, ya que nunca llegan a afectar el ano, aunque en el 7% de los casos el quiste puede crecer en dirección al ano sin comunicarse con el canal anal y la búsqueda de una criptitis en la anoscopia es siempre negativa [2,8].

Las formas crónicas evolucionan habitualmente por episodios inflamatorios más o menos intensos, con supuración intermitente [1].

Cuando se trata de una recidiva después del tratamiento, si la recidiva aparece dentro del primer año después del tratamiento, se considera una reactivación de la evolución, mientras que si la recidiva es tardía podemos hablar de una nueva enfermedad pilonidal [8].

Tratamiento

La multitud de modalidades de tratamiento propuestas evidencia sus fracasos y las recidivas.

Nuestra intención no es la de hacer una exposición de todas las técnicas publicadas, sino solamente exponer las modalidades esenciales de tratamiento y recordar algunas reglas que nos parecen necesarias para dirigir el tratamiento hoy en día.

Anestesia, instilación

Puede utilizarse anestesia general, pero la anestesia local es posible siempre, incluso en el caso de supuraciones agudas [1,18].

La instalación del paciente es fundamental; debe hacerse con el paciente boca abajo, con las piernas y los glúteos separados.

Si elegimos la anestesia general, debe realizarse la intubación endotraqueal.

Si preferimos la anestesia local, en caso de que exista un absceso agudo, la instilación de la anestesia debe hacerse de forma periférica a la zona inflamatoria, de manera que no sea dolorosa.

La utilización de lidocaína con adrenalina, tamponada, ofrece la posibilidad de tratar toda manifestación de un quiste pilonidal de forma ambulatoria.

Abscesos agudos

Después de un rasurado cuidadoso de la zona de supuración y de su alrededor, un estilete introducido en el orificio primario, o la recreación de este orificio primario permite apreciar los límites de la cavidad.

Después de una incisión lineal de 2 a 3 cm de longitud o de escindir una porción de piel, se evacúa el pus y se lava y curetea cuidadosamente la cavidad quística [10,16]. Realizada la hemostasia, la aplicación de una mecha en la cavidad tiene la ventaja de ejercer también una función hemostática y se aconseja dejar al paciente reposar de espaldas en la cama durante algún tiempo, de modo que haga hemostasia por compresión [2].

Los antibióticos son inútiles, ya que se trata de una supuración superficial drenada.

La cicatrización necesitará cuidados frecuentes, eventualmente puede requerir curetajes repetitivos, y en todo caso necesitará un constante rasurado de la periferia de la herida: este rasurado regular de la región debe hacerse durante aproximadamente 6 meses, por lo menos una vez al mes, después de la cicatrización de la herida [8,16].

Se necesitará un plazo de 4 a 8 semanas para obtener cierta cicatrización [2], cicatrización que va a conseguir la curación definitiva en el 50 o 60 % de los casos [10], porcentaje que aumenta considerablemente si se asocia el curetaje cuidadoso de la cavidad al drenaje simple del absceso; la tasa de recidiva pasará entonces al 10% [2,16].

Supuraciones crónicas

En este caso existen uno o más agujeros primarios en la línea mediana posterior en el pliegue interglúteo y cuya exploración muestra intercomunicación. Pueden existir orificios secundarios, laterales, que demuestran el drenaje de supuraciones agudas o crónicas, que comunican siempre con un orificio mediano.

Las nociones de instilación, de anestesia y de rasurado del campo son las mismas que para las supuraciones agudas.

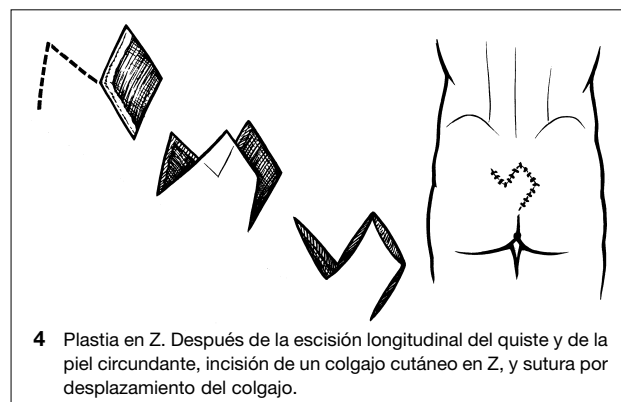
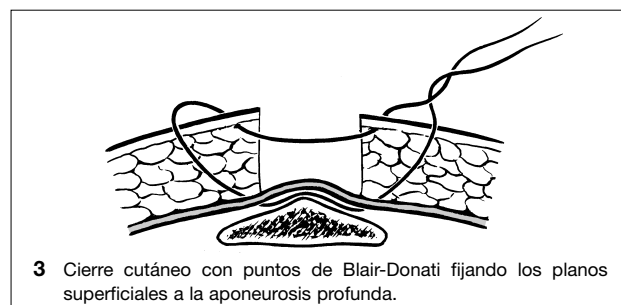
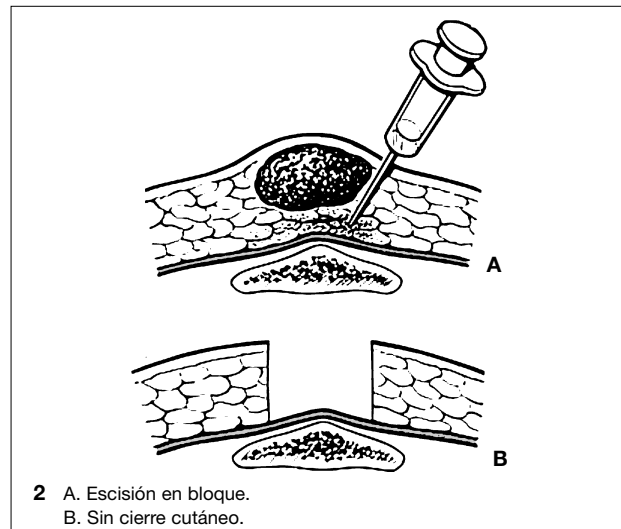
Después de la anestesia, que será mejor local que general, la exploración con el estilete a partir de los orificios primarios y secundarios permite buscar y delimitar la cavidad principal y la existencia de posibles trayectos secundarios.

La inyección de azul de metileno está preconizada por algunos [1,6,8], aunque a nosotros nos parece totalmente inútil [18].

Escisión en bloque del quiste pilonidal [3,8,18,19]

Se puede realizar con bisturí frío o con bisturí eléctrico. Hay que reseca toda la zona cutánea donde se encuentran los orificios primarios y los posibles orificios secundarios, y hacerlo en profundidad pasando cerca de la cara externa del quiste que, como se ha mencionado, se encuentra siempre en el espesor del tejido celular subcutáneo y no penetra jamás en la aponeurosis sacra posterior [6].

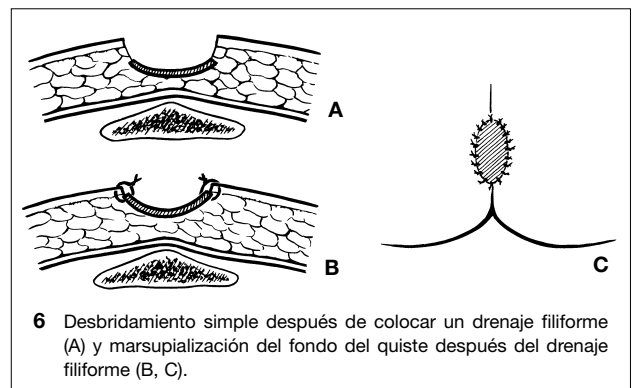
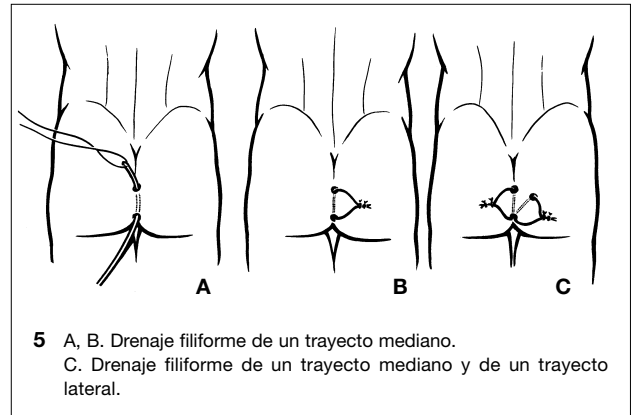
La hemostasia es siempre necesaria y debe ser cuidadosa.



— La exéresis puede ser el único tratamiento quirúrgico [3, 6, 8] (fig. 2). La herida puede quedar abierta y conseguir la cicatrización por segunda intención, pero esta cicatrización va a necesitar ciertos cuidados, repetidos a lo largo de todo el proceso de cicatrización de 6 semanas o más. Durante dicho periodo esta herida, frecuentemente importante, rara vez es invalidante para el paciente, aunque en todo caso supone una molestia importante [10, 11, 13, 18].

— La escisión puede seguirse de un cierre inmediato. Para evitar el hematoma y la reaparición de supuración se recomienda el cierre en un solo punto de Blair-Donati (fig. 3), los dos márgenes cutáneos y la aponeurosis profunda [8]. Las suturas deben dejarse entre 10 y 15 días puesto que la curación es rápida, pero esta técnica no impide la recidiva, que puede ser inmediata o a largo plazo, y se da en un 15 o 20 % de los casos [2, 4, 8, 16, 20].

— Para evitar este riesgo de recidiva, algunos autores han propuesto una sutura oblicua o asimétrica [2, 4, 12, 18] que también permitiría una curación rápida con una menor tasa de recidiva.



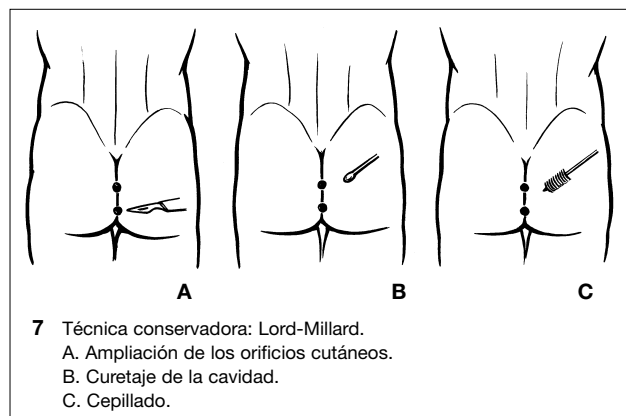
— Para hacer desaparecer las condiciones anatómicas locales consideradas como responsables de la aparición del quiste pilonidal, es decir, el pliegue interglúteo, se ha propuesto, después de extirpar el quiste, realizar un cierre mediante *colgajo cutáneo según diferentes tipos* (LLL, W, romboidal, plastia en Z) (fig. 4). Estos tipos de plastias cutáneas darían, según sus promotores, unos resultados excelentes a largo plazo [2, 9, 11, 21].

Drenaje filiforme (fig. 5) [5]

Se trata de un procedimiento que se puede realizar en dos tiempos tanto en las formas supuradas agudas, como en las formas crónicas, y que reproduce la táctica quirúrgica habitualmente utilizada en las fistulas anales [5].

Se introduce un estilote por el orificio primario o por uno de los orificios secundarios y se exterioriza por la zona más declive de la cavidad en la línea mediana. Se aumenta el tamaño de los orificios cutáneos y se coloca un drenaje filiforme que se deja durante varias semanas. Si existen orificios secundarios, se pueden colocar otros drenajes. Este drenaje filiforme, que para nosotros supone una ligadura elástica, permitirá la reducción del volumen de la cavidad quística, su superficialización y, posiblemente, su epitelización [5]. El drenaje no produce más que una molestia moderada y no interfiere en absoluto con la actividad. Se deben dejar las ligaduras de 6 a 8 semanas. Si varios drenajes han sido colocados, se debe en primera instancia hacer un desbridamiento de los trayectos secundarios para terminar haciendo un desbridamiento del trayecto principal.

Este procedimiento se realiza bajo anestesia local con la escisión de una porción cutánea de manera que la cavidad quede ampliamente abierta [20]. El fondo del quiste se limpia y se realiza la hemostasia (fig. 6A). La cicatrización por segunda intención se produce en un plazo de 3 a 4 semanas y requiere una cuidadosa vigilancia y puede necesitar curetajes repetidos del fondo del quiste [5]. Nosotros siempre



utilizamos apósitos secos; para muchos otros, los desbridamientos deben tratarse con apósitos grasos [8].

Después de haber hecho este desbridamiento también podemos marsupializar (fig. 6 B y C) el quiste, fijando sus bordes a los márgenes cutáneos [1, 7, 8, 9]. Esta técnica es más utilizada por los anglosajones y tiene la ventaja de reducir el periodo de cicatrización y de tener una tasa de recidiva baja. [2, 7, 8, 20].

Métodos conservadores: técnica de Lord-Millard

— Después de la anestesia y del rasurado, el enfermo se coloca bocabajo, el o los orificios se agrandan por la escisión de un collarín de piel (fig. 7). Se debe después curetear la cavidad y cepillarla para evacuar totalmente los restos de tejido y todos los pelos, y dejar los orificios bien abiertos [8, 10, 13, 14, 15, 16].

La cicatrización se consigue en 3 o 4 semanas y la tasa de recidiva es aproximadamente del 10 % [8].

— A esta técnica de curetaje y de cepillado se puede agregar una fenolización por inyección (después del curetaje y cepillado) de 1 a 2 cm³ de ácido fénico, que da mayor eficacia al curetaje posterior [7, 8, 17]. Para no irritar la piel y quemarla, lo que es doloroso y contrario al objetivo que se persigue, se debe cubrir la piel con una capa espesa de vaselina, antes de la inyección de ácido fénico.

El tiempo de curación es aquí también de 3 a 6 semanas y el riesgo de recidiva es aproximadamente del 10 % en el primer año pero aumenta al 20 % en el segundo [2, 17].

Elección del procedimiento quirúrgico

Hay que recordar que se trata de una colección supurada situada siempre en el tejido celular subcutáneo y que los objetivos del tratamiento deben ser [2, 20]:

- La eficacia con la menor recidiva posible.
- El tratamiento menos invalidante posible.
- El tratamiento menos caro, lo que exige técnicas sencillas y que no precisan o que necesitan menos hospitalización.

Es por ello que preferimos emplear extensivamente la anestesia local, el desbridamiento de entrada para el absceso agudo, con el curetaje del fondo de la cavidad y, en las fistulas crónicas, el desbridamiento secundario después del drenaje filiforme.

Las recidivas, que suceden después del cierre primario o después de cualquier otra técnica, se tratan de la misma manera.

En un trabajo reciente, Mersh [2] ha comparado el coste de las diferentes técnicas. El método del desbridamiento es inferior en un 50 % a los del cierre primario.

El procedimiento, más extendido en Francia, de exéresis con cicatrización secundaria, en nuestra opinión debe evitarse actualmente porque es muy invalidante y es una fuente de recidivas frecuentes.

Los procesos de plastia probablemente son eficaces, pero en manos muy experimentadas de cirujanos plásticos reparadores, mientras que el quiste sacrococcígeo puede ser tratado de forma útil y con seguridad, por el cirujano general.

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención: LOMBARD-PLATET R, BARTH X et ANDEREGGEN V. – Traitement de la maladie pilonidale. – Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris-France), Techniques chirurgicales – Appareil digestif, 40-692, 1993, 4 p.

Bibliografía

- [1] ALBERTI P, ANTOCI G, PASINI M, PASINI GF. Il sinus pilonidale: nostra esperienza nel trattamento chirurgico con metodo chiuso. *Minerva Chir* 1990; 45: 733-737
- [2] ALLEN MERSH TG. Pilonidal sinus: finding the right track for treatment. *Br J Surg* 1990; 77: 123-132
- [3] BASCOM J. Pilonidal disease: long-term results of follicle removal. *Dis Colon Rectum* 1983; 26: 800-807
- [4] BASCOM J. Repeat pilonidal operations. *Am J Surg* 1987; 154: 118-122
- [5] BOULAY J, PRUDENT J. Le drainage filiforme continu: son application au traitement de la maladie pilonidale. *Ann Gastroenterol Hepatol* 1980; 16: 317-323
- [6] CIMARELLIS S, MAGNANO G. Il trattamento del sinus pilonidale, nostra esperienza. *Minerva Chir* 1989; 44: 1131-1134
- [7] DUCHATEAU J, de MOL J. Pilonidal sinus, excision, marsupialization, phenolization? *Acta Chir Belg* 1985; 85: 325-328
- [8] GOLIGHER JC. Surgery of the anus, rectum and colon. Baillière Tindall. London. 1980
- [9] HODGSON WJ, GREENSTEIN RJ. A comparative study between Z-plasty and incision and drainage or excision with marsupialization for pilonidal sinuses. *Surg Gynecol Obstet* 1981; 153: 842-844
- [10] JENSEN SL, HARLING H. Prognosis after simple incision and drainage for a first-episode acute pilonidal abscess. *Br J Surg* 1988; 75: 60-61
- [11] JIMENEZ ROMERO J, ALCÁDE M, MARTÍN F, PULIDO A, RICO P. Treatment of pilonidal sinus by excision and rhomboid flap. *Int J Colorectal Dis* 1990; 5: 200-202
- [12] KARYDAKIS GE. New approach to the problem of pilonidal sinus. *Lancet* 1973; II: 1414-1415
- [13] LORD PH, MILLAR DM. Pilonidal sinus: a simple treatment. *Br J Surg* 1965; 52: 298-300
- [14] MARTIN MC, FROIDEVAUX A, COX KN. Les sinus pilonidales sacro-coccygiens. *Lyon Chir* 1977; 73: 33-36
- [15] MARTIN MC, GIVEL JC. Surgery of ano-rectal diseases. Springer-Verlag. Berlin. 1990
- [16] McLAREN CA. Partial closure and other techniques in pilonidal surgery: an assessment of 157 cases. *Br J Surg* 1984; 71: 561-562
- [17] RIGNAULT M, PAILLER JL, BRILLAC J, ESSILOUX M, BON J. Traitement non opératoire des fistules pilonidales par la méthode de curetage-phénolisation. *Gastroenterol Clin Biol* 1977; 1: 941-944
- [18] ROE FC. A new operative technique for pilonidal sinus. *Surg Gynecol Obstet* 1971; 132: 291-296
- [19] SHPITZ B, KAUFMAN Z, KANTAROVSKY A, REINA A, DINBAR A. Definitive management of acute pilonidal abscess by loop diathermy excision. *Dis Colon Rectum* 1990; 33: 441-442
- [20] SOLLA JA, ROTHENBERGER DA. Chronic pilonidal disease. An assessment of 150 cases. *Dis Colon Rectum* 1990; 33: 758-761
- [21] TOUBANAKIS G. Treatment of pilonidal sinus disease with the Z-plasty procedure. *Am Surg* 1986; 52: 611-612