

QUISTE PILONIDAL SACROCOCCIGEO

Dr. Fernando L. Heinen

El Quiste Pilonidal (QP) (latin: pillus: pelos y nidus:nido)

Fistula o seno postanal que contiene pelos y que se infecta formando un absceso

Frecuencia

Varones 3/1

La frecuencia aumenta luego de la pubertad con un piso a los 21 años.

La mayoría de los pacientes tienen abundante vello corporal, especialmente en área perineal y glútea. Es más frecuente en los de tez trigueña que en los rubios aunque es raro en la raza negra.



Predisponentes

El trauma sobre el área coxígea parece ser un predisponente como ocurre al sentarse en asientos rígidos ("enfermedad de los tanquistas" "jeep disease" como en los soldados americanos en la II Guerra Mundial) (G)

Localización

En el área postanal en la línea mediosagital a 5-7 cm del ano, puede verse un orificio cutáneo o varios por donde afloran pelos que se retiran fácilmente ya que no están adheridos a folículo piloso alguno. Este orificio cutáneo revestido de epitelio escamoso es el trayecto primario ("primary track") que conduce a una cavidad subcutánea pequeña que contiene tejido de granulación y pelos sueltos (nido)



Cuando se infecta puede establecerse trayectos fistulosos secundarios hacia arriba y lateral , más frecuente la izquierda y hasta a 5-7 cm del orificio cutáneo medial ("secondary

tracks"). Estos orificios fistulosos drenan material purulento o tejido de granulación y se palpan trayectos subcutáneos indurados.



Es muy raro que estos trayectos fistulosos secundarios se dirijan descendente hacia el hacia el área perianal.

Además del área postanal el QP puede verse en el espacio interdigital y dedos (enfermedad del barbero") (G) (GRANT) (ADAMS), en la mano de paseadores de perros, en la axila, (G) en el periné, en área suprapibis (G) , en el muñón de amputación en el muslo, en la cara postrauma (OSU) , en el ombligo (Mc)

Etiología

Diversas teorías han sido propuestas desde que se describiera el QP a mediados del siglo XIX. a) Nunca fue comprobado que el QP fuera un resabio embriológico de una glándula perianal de las aves que secreta un material oleoso con el que el animal alisa sus plumas ("preen gland") como fuera propuesto (G) .

b) Resabios del canal medular con conexión con líquido cefalorraquídeo. Esta malformación es rara y no tiene relación con el QP.

c) Quiste de inclusión dermoide que nunca fue corroborada por hallazgos de quiste subcutáneos que contengan pelo sin conexión con la superficie y que supuestamente se abrirían al infectarse.

d) La explicación más aceptada (G) es que el QP es adquirido por la inclusión subdérmica de pelos. Apoyan esto la ausencia de folículos, la idéntica apariencia en la recurrencias por re-inclusión de pelos. La inclusión se produciría por el movimiento de las nalgas en la línea media que haría que pelos de la piel adyacente, enrollados como una mecha de un taladro, horaden y se sumerjan en el nido para luego desencadenar una reacción inflamatoria secundaria, tal como ocurre en el QP de la mano del barbero, en la axila, en el pubis, en el ombligo o en el muñón femoral de amputación ya mencionados.

Tratamiento

El objetivo es lograr la menor morbilidad, devolver al paciente a su actividad habitual lo antes posible y prevenir la recurrencia de la enfermedad.

La mayoría de las técnicas quirúrgicas propuestas incluyen la excéresis completa del QP cuando este no está con supuración. La diferencia en las variantes se establecen por la forma del tratar el lecho remanente.

El cierre primario produce un espacio muerto subdérmico muy difícil de evitar en la mayoría de los casos. Cuando la resección se debe alejar de la línea media para pasar por tejido celular subcutáneo sano, el espacio muerto será mayor. En estos casos, aún luego de poder aproximar sin excesiva tensión los bordes cutáneos de resección del elipse, los planos profundos del celular adyacentes a la aponeurosis sacrocoxígea, no

deslizan fácilmente hacia la línea media. El espacio muerto consecuente se llena con material seroso o sangre, fácilmente se infecta y produce la disrupción de la sutura y la dehiscencia de la herida. Se ha propuesto forzar la aproximación mediante pesadas suturas alejas de la línea media seguidas de inmovilidad del paciente en cama por 10 o más días (G). El cierre primario tiene mayor morbilidad, alta incidencia de infección y recurrencia y más prolongada internación. Sólo sería aceptable para casos que requieran resecciones muy pequeñas.

El cierre por colgajos cutáneos rotatorios tipo Linberg, en "zeta" o colgajos mio-cutáneos con músculo glúteo mayor han tenido resultados variables (G). Algunos han propuesto un injerto libre de piel para el cierre. Todos estos procedimientos plásticos tienen la desventaja de que si fallaran, dejarían un defecto mucho mayor al original, prolongando enormemente el cierre por granulación.

El cierre por granulación electivo consiste en reseca completamente el QP dejar la herida abierta. Este proceso de cierre puede llevar 8 a 10 semanas durante las cuales la herida requiere cuidados esmerados para evitar la sobreinfección.

La marsupialización del QP sin su excéresis completa fue propuesta por Bouie en 1937 (G). Sólo se recomendaba para aquellos QP con paredes fibrosas que soportaran los puntos que lo mantenían abierto luego de incidir la pared del quiste.

Técnica utilizada:

Se reseca completamente el QP por una incisión elíptica incluyendo el trayecto primario y los secundarios cercanos a la línea media. La sección se debe realizar con electrobisturí para asegurar un hemostasia rigurosa. Aunque la resección debe ser completa debe ser la menor posible, alejándose de la línea media lo estrictamente necesario para preservar piel y tejido celular subcutáneo sano. La sección del tejido del tejido celular subcutáneo debe ser en ángulo recto y siempre a través de tejido adiposo de aspecto normal inmediatamente adyacente al quiste. No debemos ni siquiera ver tejido inflamatorio o contenido piloso del QP. En profundidad se llega hasta el plano supraaponeurótico que cubre el coxis, el sacro y el músculo glúteo, sin necesidad de exponer la superficie nacarada de la aponeurosis. El QP es una patología del tejido celular subcutáneo, sin afectar estructuras musculares ni óseas, las que deben ser preservadas. Si la extirpación de celular subcutáneo es tan radical que dejamos el coxis espuesto, puede causar dolor luego de la granulación.

Los trayectos secundarios deben incidirse y ponerse a plano al ser incluidos en la "marsupilización" del losange. Si comenzamos la elipse cerca de la línea media y el la profundización vieramos que el límite de sección "por lo sano" es más lateral, entonces el elipse deberá ser más ancho, el lecho a granular demandará más tiempo.

Impedir la inclusión de pelos en la herida, mantener los bordes desprovistos de pelos



Bibliografia

(G) Surgery of the rectus and anus. John C Goligher, Balliere Tindal Ed. London, Fifth Edition 1985, Chap 8 , pages 221-236

(GRANT) Grant I, Mahaffey PJ. Pilonidal sinus of the finger pulp. J Hand Surg [Br] 2001 Oct;26(5):490-1

(MOH) Mohanna PN, Al-Sam SZ, Flemming AF. Subungual pilonidal sinus of the hand in a dog groomer. Br J Plast Surg 2001 Mar;54(2):176-8

(ADAMS) Adams CI, Petrie PW, Hooper G. Interdigital pilonidal sinus in the hand. J Hand Surg [Br] 2001 Feb;26(1):53-5

(OSU) O'Sullivan MJ, Kirwan WO. Post-traumatic pilonidal sinus of the face. Br J Dermatol 2000 Dec;143(6):1353

(Mc) McClenathan JH. Umbilical pilonidal sinus. Can J Surg 2000 Jun;43(3):225