



Enfermedad pilonidal sacrococcígea.

Autores:

AJ. Zarate, F. Rifo, D. Ortiz.

Universidad Finis Terrae.

Introducción.

Una de las patologías más frecuentes en el ámbito de la proctología es la relacionada al quiste de la zona interglútea llamado comúnmente quiste pilonidal. El quiste pilonidal frecuentemente afecta la zona interglútea, sin embargo, puede afectar la región periumbilical y la zona interdigital entre otras.

Actualmente se prefiere la denominación de enfermedad pilonidal sacrococcígea (EPSC), ya que es un proceso inflamatorio ubicado frecuentemente a nivel interglúteo en la región sacrococcígea, la que presenta periodos intercurrentes de abscedación, lo cual altera la calidad de vida de los afectados. Si bien, se denomina frecuentemente "quiste pilonidal", realmente no corresponde a un quiste, sino que se trata de un absceso crónico causado por bacterias que ingresan al tejido graso subcutáneo a través de los folículos pilosos ensanchados ⁽¹⁾.

Las primeras descripciones fueron realizadas por H. Mayo en 1833, posteriormente en 1880 Hodges acuñó el término pilonidal, derivado del griego "pilus" (pelo) y de la palabra "nidus" (nido).

Durante la II Guerra Mundial, la enfermedad pilonidal apareció comúnmente en los soldados que manejaban los jeep, conociéndose como, "enfermedad del jeep" ⁽²⁾. Respecto del origen, actualmente la hipótesis más aceptada es el origen adquirido de esta patología. La tendencia de la recurrencia de la enfermedad pilonidal, y el compromiso de otros sitios del cuerpo, sometidos a trauma local en relación al pelo como, por ejemplo, en manos de peluqueros, son consistente con el origen adquirido ^(3,4).

La EPSC posee variados tipos de presentación clínica. Puede ser asintomática y ser un hallazgo al examen físico, puede producir un cuadro agudo con un único absceso o bien, presentaciones crónicas, con el desarrollo de múltiples trayectos fistulosos.

Hoy en día existen variados procedimientos quirúrgicos descritos que buscan solucionar esta patología.



Epidemiología.

La EPSC surge con mayor frecuencia en los folículos pilosos de la fisura natal del área sacrococcígea. En la historia, se ha descrito frecuentemente en los soldados.

Un estudio en EEUU, analizó a 3.700 pacientes con patología anorrectal y análisis histopatológico, en el estudio se concluyó que la incidencia de la enfermedad pilonidal era aproximadamente 27 por cada 100.000 habitantes, similar a la descrita en Noruega, el año 1995, la cual fue de aproximadamente 26 por cada 100.000 habitantes ⁽⁵⁾. Distinto es el caso de África y Asia, donde los casos son menos frecuentes.

En cuanto a la distribución por sexos, clásicamente se ha descrito ser más prevalente en los hombres, siendo estos dos a cuatro veces más afectados respecto a las mujeres.

En nuestro país, los reportes de series quirúrgicas publicadas presentan una relación en pacientes operados hombre/mujer de 1:1,4, y 1:1.

La edad media de presentación es de 19 años para las mujeres y 21 años para los hombres ⁽⁵⁾.

Anatomía.

La hendidura natal o hendidura glútea es la ranura que se extiende desde el borde inferior del sacro, por el perineo hasta el ano.

Se forma a partir del anclaje de las capas profundas de la piel en el coxis y se extiende al rafe anococcígeo.

Fisiopatología.

Actualmente la teoría más aceptada acerca de la génesis de esta enfermedad, es que corresponde a una condición adquirida. Según Karydakís los 3 factores que juegan un rol etiopatogénico en esta condición son:

- El invasor, que consiste en restos de pelos se acumulan en el surco interglúteo, tendencia que es agravada en pacientes obesos con hirsutismo y aquellos con surco profundo.
- La fuerza causada por la inserción del pelo, secundaria a la fricción que se produce en el fondo del surco interglúteo, especialmente durante la deambulaci3n.
- Vulnerabilidad de la piel, donde la raíz del pelo se introduce justo en la línea media ⁽⁶⁾.

De este modo, la génesis del quiste pilonidal se explica por un proceso inflamatorio crónico, que inicia cuando el invasor, desprendido en forma natural de la espalda o de la regi3n lumbar, es atraído por succi3n de la zona interglútea provocando que éste se incruste. Dicha fuerza es producto de fuerzas mecánicas relacionadas con el balanceo de los glúteos, la que favorece la penetraci3n de los pelos hacia el tejido subcutáneo. De este modo, se produce en el seno sacrococcígeo, una reacci3n de cuerpo extraño, con la generaci3n de un granuloma y tejido granuladorio.

La aparici3n a edades tempranas en las mujeres se ha relacionado con la aparici3n temprana de la pubertad.



Este fenómeno se basa en la teoría de que podría existir un factor hormonal asociado ya que, luego de la pubertad, los folículos pilosos se hacen más susceptibles a la influencia hormonal, que puede predisponer a la acumulación de desechos, irritación y a la infección.

Factores predisponentes.

En la tabla 1 se resumen los principales factores predisponentes descritos en la literatura (7).

Factores predisponentes
Sexo masculino
Obesidad
Sedestación
Hendidura natal profunda
Hirsutismo
Higiene deficiente
Antecedentes familiares
Sudoración excesiva

Tabla 1. Factores predisponentes de la EPSC.

La obesidad se ha considerado como un factor predisponente, basado en que al aumentar la profundidad del surco interglúteo, podría afectar la cantidad de pelo suelto recogido en él y ser más propenso a infectarse. No obstante, la evidencia es controversial. Un estudio de pacientes con EPSC, encontró que un 51% de los enfermos tenían un índice de masa corporal (IMC) aumentado (> 24,9 kg/m²). Karydakís, destaca que el peso de los soldados de Grecia, aumentó 3,2 kilos en 10 años, periodo en que la incidencia de EPSC se elevó de un 4,9% a 14,8%.

Por otra parte, un estudio caso control en Turkia, realizado en 2780 pacientes sanos y 587 enfermos, el IMC alto no fue una variante significativa en relación a la EPSC (8).

Otra variable es el hirsutismo, o vello grueso abundante, el que se ha asociado entre el 30 a 80% a la EPSC. No obstante, cabe destacar que éste es un factor en parte subjetivo ya que su definición varía en diversas publicaciones.

La falta de higiene corporal es mencionado como factor, ya que estaría relacionado a una mayor cantidad de pelo suelto en el surco interglúteo. En un estudio prospectivo realizado a 2.780 controles y 587 casos, se encontró un riesgo de 6,33 veces mayor para los que se bañaban dos o menos veces por semana, en comparación al riesgo para los que tomaban tres o más baños por semana (8). No obstante hay otros estudio que no lo asocia a mayor prevalencia de la EPSC (5).

Clinica.

La presentación es variable, y se han descrito clásicamente 3 escenarios:

- 1.- Enfermedad sintomática aguda, que se presenta con dolor, aumento de volumen fluctuante en la zona interglútea, asociado a signos de inflamación local, y en ocasiones a alza térmica. También puede existir drenaje espontáneo de secreción purulenta o hemática.
- 2.- Enfermedad asintomática, con una lesión indolora quística o la apertura del seno en la ubicación típica.



3.- Enfermedad crónica o permanente, caracterizada por un seno o varios senos conectados entre sí. Lo anterior puede tener como sintomatología la secreción seropurulenta.

El cuadro agudo abarca cerca del 50% de los casos, caracterizada por dolor en la región interglútea, que se exacerba al realizar actividades que estiren la piel que cubre la fisura natal.

Puede asociarse con drenaje purulento o sanguinolento, y menos frecuentemente con síntomas sistémicos como fiebre y compromiso del estado general. El examen físico se caracteriza por un aumento de volumen asociado a un poro (pit) en la línea media en la fisura natal a 4-8 cm del ano. El aumento de volumen suele asociarse a mayor dolor y se caracteriza por ser de consistencia fluctuante: cuando la lesión está en etapa flegmonosa se palpa indurada, con eritema y aumento de calor local; cuando se absceda y rompe aparece la secreción purulenta.

Otra manifestación más compleja es la relacionada a abscesos crónicos o recurrentes con ramificación de tractos sinusoides. Se ha descrito que el 50% de los pacientes que presentan un absceso agudo, desarrollarán la enfermedad crónica. El paciente refiere historia de larga data con periodos de supuración, asociado a dolor intermitente y generación de más de un orificio fistuloso. La mayoría de los senos secundarios se extienden hacia cefálico. No obstante, alrededor del 5 a 10%, pueden extenderse hacia caudal y presentarse como sepsis perianal ⁽⁹⁾.

En el examen físico de los pacientes con EPSC crónica, se puede observar la presencia de uno o más orificios con pelos en la línea media de la región sacrocoxígea, asociados o no a otros secundarios y se puede palpar un cordón fibroso que une los distintos orificios.

En el caso particular de las presentaciones asintomáticas, se aprecia uno o más poros primarios en la línea media de la fisura natal.

Otros pacientes tienen aberturas laterales secundarias de 2 a 5 cm por encima de la fosa de la línea media.

Diagnóstico.

Es clínico se basa en la historia clínica y el examen físico. De esta forma si un paciente presenta un aumento de volumen con características inflamatorias, cerca de la parte superior de la fisura natal, la probabilidad de que ésta sea una EPSC infectada, es alta.

Los estudios imagenológicos no son indispensables, sin embargo, ante la duda diagnóstica, se puede realizar una ecografía de partes blandas para confirmar la presencia del seno pilonidal. En esta pueden observar imágenes lineales compatibles con los pelos en la cavidad, lo que además orienta a descartar malformaciones embriológicas locales.

Respecto de la evolución clínica de esta patología, suele tender hacia la infección en forma de un absceso. Los episodios de crisis infecciosas sucesivas pueden formar nuevos trayectos o fístulas por lo que se recomienda tratar todos los senos pilonidales ⁽³⁾.



Otra complicación poco frecuente, pero que se ha descrito en la literatura, es el carcinoma de células escamosas, secundario a la EPSC crónica.

Diagnósticos diferenciales.

Los diagnósticos diferenciales, se resumen en la tabla 2.

Diagnósticos diferenciales
Absceso perianal
Foliculitis
Hidradenitis supurativa
Fístula anorrectal
Enfermedad de Crohn
Cáncer basocelular

Tabla 2. Principales diagnósticos diferenciales de EPSC.

Absceso perianal: Tradicionalmente se caracteriza por dolor en región anal. Se asocia a fiebre y malestar general. Si bien, tanto el absceso perianal como el quiste pilonidal se caracterizan por un aumento de volumen y eritema fluctuante en la zona comprometida, la localización es distintiva para cada cuadro. Los abscesos anorrectales se encuentran cercanos al ano, mientras que la EPSC se ubica hacia cefálico en el área del surco natal.

Foliculitis: corresponde a una infección superficial de los folículos pilosos de la piel que se manifiesta por lesiones eritematosas menor de 5 mm que pueden ser pruriginosas y material purulento en la epidermis. Su principal agente causal es el *Staphylococcus aureus*.

Hidradenitis supurativa: enfermedad crónica folicular que afecta a axilas, región inframamaria, ingle, región perianal y perineal.

Al igual que el quiste pilonidal presenta drenaje purulento y tendría un origen similar. Sin embargo, se distingue debido a su localización.

Fístula anorrectal: corresponde a un tracto epitelizado por el cual un absceso anorrectal drena su contenido. Clínicamente se manifiesta por dolor, drenaje purulento y se observa una solución de continuidad de la piel adyacente al ano.

Lo diferencia de la EPSC la ubicación que, en el caso de la fístula anorrectal, el orificio fistuloso externo se ubica cercano al ano.

Enfermedad de Crohn: Las complicaciones secundarias a esta enfermedad son múltiples, desde fisuras, que pueden ser asintomáticas o bien presentarse con sangrado y ulceración, fistulas, abscesos.

Tratamiento.

Si bien no existe consenso claro respecto a cual es la mejor técnica para la resolución del cuadro, el tratamiento debe basarse en una evaluación clínica meticulosa. El tratamiento definitivo consiste en la cirugía.

El tratamiento ideal propuesto para la EPSC debe ser simple, con corta estadía hospitalaria, generar poco dolor, tener una rápida reincorporación a las actividades de la vida diaria y tener una baja recurrencia.



El uso de antibióticos tanto en el pre como en el post operatorio, es limitado. Su uso se restringe a pacientes que presenten celulitis asociado al absceso, inmunodeficiencias o enfermedades sistémicas específicas. Los organismos aislados con mayor frecuencia corresponden a bacterias aerobias y anaerobias como bacteroides. Por lo que una estrategia inicial sería una cefalosporina de primera generación más metronidazol.

Episodio agudo con abscedación.

El tratamiento agudo de toda EPSC abscedada consiste en el drenaje quirúrgico.

Este drenaje se realiza de mejor forma en un pabellón, siendo una incisión clásica, una resección ovoidea.

EPSC electiva.

El método más simple incluye destechar el trayecto, legrar la base y marsupializar la herida, manteniéndola limpia hasta su cicatrización. Ante este cuadro lo más importante es la resección del quiste, dependiendo de la extensión, se realizará una resección abierta o con cierre primario. Una opción de esto último es la cirugía de Bascom ⁽¹⁰⁾ en la cual se realiza una incisión paralela a la fosa natal y se resecan los pits de la línea media, luego se sutura la incisión y se produce un cirre por primera intención. Una figura esquemática posterior a una resección de quiste pilonidal y marsupialización se observa en la figura 1.

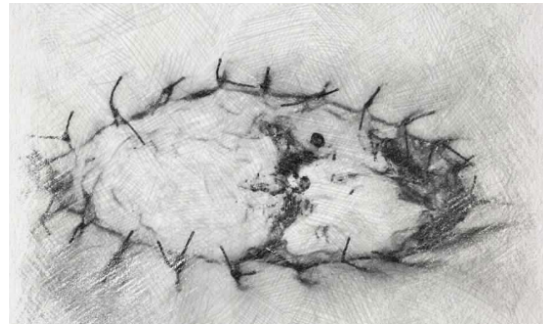


Figura 1. Imagen esquemática posterior a una resección y marsupialización.

Tratamiento EPSC crónica. Técnica abierta versus técnica cerrada

Un metanálisis de 26 estudios randomizados comparó la tasa de infección, tiempo de curación y recurrencias de las técnicas abiertas respecto de las cerradas.

Respecto a las infecciones no existe una diferencia significativa entre cierre por primera o por segunda intención (8 versus 10%), se evidenció un aumento de las recurrencias en el cierre por primera intención (8,7% versus 5,3%) y respecto a la curación, el tiempo es mayor en la cicatrización por segunda intención (14,5 versus 60, 4 días). De estos se desprende que las técnicas abiertas tienen menor tasa de recurrencias, sin embargo, requieren de mayor tiempo para el cierre total de la herida ⁽¹¹⁾.

Al considerar las técnicas cerradas una opción son los colgajos, estos cuentan con un pedículo vascularizado.

Estas técnicas han demostrado menor tiempo de cicatrización, sin aumentar el riesgo de infección. Las técnicas más comunes son la zetoplastia, colgajo romboidal, plastia en V-Y y técnica de Karydakis.



La zeta-plastia es un tipo de colgajo de transposición en la cual se rotan los colgajos, cada uno en el sitio donador de otro, para lograr un incremento en la longitud central. En resumen la incisión se profundiza, luego el eje largo de la Z queda constituido por la zona de la herida primaria, la parte superior e inferior de la Z tendrán que tener una angulación de 30 a 60° respecto al eje mayor de la herida.

Se levantan los colgajos de piel, se traslapan y se suturan para cambiar la dirección de la herida principal de vertical a horizontal, evitando de esta manera la línea media.

El colgajo de avance V-Y se desplazan hacia adelante o hacia atrás sobre el eje largo del colgajo.

El colgajo romboidal o técnica de Limberg consiste en un flap miocutáneo rotacional que cubre el defecto en el tejido blando.

La cirugía de Karydakís tiene por objetivo la excisión del tejido vulnerable en la línea media mediante la remoción de este desde lateral. Por otra parte, busca desplazar hacia lateral la herida quirúrgica desde la línea media. El procedimiento consiste en una incisión elíptica paralela a la línea media, a 1 centímetro de esta. La piel y la grasa glútea son escindidas hacia la fascia sacra, suturando el colgajo sobre esta. El cierre de la incisión debe ser lateral al pliegue interglúteo.

Anatomía patológica.

Se describe que en las paredes hay epitelio escamoso con restos celulares y foliculares pilosos o pelos.

Además existe un infiltrado leucocitario secundario al proceso infeccioso, que puede estar causado por cocáceas aeróbicas o anaeróbicas, especialmente por estafilococo *aureus* (3). La visión macroscópica de la pieza quirúrgica se observa en la figura 2.

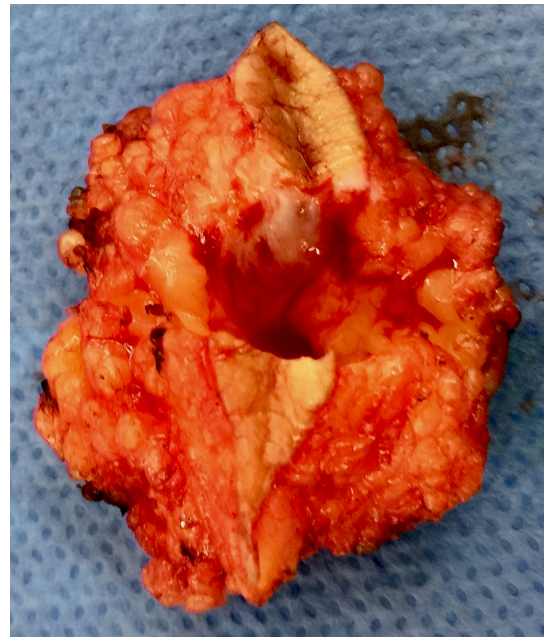


Figura 2. Imagen macroscópica de pieza quirúrgica.

Puntos importantes a recordar.

La EPSC es un problema quirúrgico frecuente y que compromete la calidad de vida de los pacientes.

La obesidad, el hirsutismo en la región interglútea, la historia familiar el sedentarismo y ocupaciones que impliquen largos períodos de sedestación, se han asociado al desarrollo de esta.

Su tratamiento definitivo es la cirugía.



Referencias.

- 1.- Hardaway RM. Pilonidal cyst. Neither pilonidal nor cyst. *Arch Surg.* 1958 Jan; 76:143-7.
- 2.- Louis A Buie. Classic articles in colonic and rectal surgery. 1890-1975: Jeep disease (pilonidal disease of mechanized warfare). *Dis Colon Rectum.* 1982; 25: 384-90.
- 3.- Chintapatla S., Safarani N., Kumar S., Haboubi N. Sacrococcygeal pilonidal sinus: historical review, pathological insight and surgical options. *Tech Coloproctol.* 2003; 7: 3-8.
- 4.- Bassini P., Nashard R., Anselmo MT. Barber's interdigital pilonidal sinus of the hand a foreign body hair granuloma. *J Hand Surg Am.* 1990; 15: 652-5.
- 5.- Søndena K, Andersen E, Nesvik I, Søreide JA. Patient characteristics and symptoms in chronic pilonidal sinus disease. *Int J Colorectal Dis.* 1995; 10: 39-42.
- 6.- Karydakis G. Easy and successful treatment of pilonidal sinus after explanation of its causative process. *Aust N Z J Surg* 1992; 62: 385-9.
- 7.- Hull TL, Wu J. Pilonidal disease. *Surg Clin North Am.* 2002; 82: 1169-85.
- 8.- Harlak A, Menten O, Kilic S, Kagan I, Duman K, Yilmaz F. Sacrococcygeal pilonidal disease analysis of previously proposed risk factors. *Clinics.* 2010; 65: 125-31.
- 9.- Khanna A., Rombeau J. Pilonidal disease. *Clin Colon Rectal Surg.* 2011 Mar; 24 (1): 46-53.
Bradley L. Pilonidal sinus disease: a review part one. *Journal of wound care.* 2010; 19: 504-8.
- 10.- Bascom J. Pilonidal disease: origin from follicles of hairs and results of follicle removal as treatment. *Surgery* 1980; 87: 567-72.
- 11.- Al-Khamis A, McCallum I, King PM, Bruce J. Healing by primary versus secondary intention after surgical treatment for pilonidal sinus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010.