

# QUISTE DERMOIDEO SACROCOXÍGEO

**JORGE ALBERTO RODRIGUEZ MARTIN**

Profesor Consulto Adjunto de la Universidad de Buenos Aires

## DEFINICIÓN

Cavidad quística o seno subcutáneo, con o sin fístulas, que en la mitad de los casos contiene pelos, ubicada en la región sacrocoxígea posterior (Fig. 1)

## SINONIMIA

Quiste dermoideo sacro coxígeo, quiste dermoideo sacro coccígeo, quiste sacro coxígeo, quiste sacro coccígeo, enfermedad pilonidal, quiste pilonidal, seno pilonidal, fístulas dermoideas para anales, enfermedad del jeep .

## HISTORIA<sup>3-9-15-21</sup>

La primer descripción se atribuye a Mayo en 1833, posteriormente Anderson, en 1847, presenta el detalle de una lesión ulcerada de la región sacrocoxígea de donde extrae pelos.

En 1854 Warren hace una prolija descripción, con especial dedicación a las formas abscedadas y presenta tres casos. En su trabajo los denomina “Abscesos conteniendo pelos en los hombres”.

Hodges, en 1880, agrega un caso propio y los apoda como “seno pilonidal” (nido de pelos), nombre que se populariza.

Es evidente que la mayor experiencia se adquiere en la Segunda Guerra Mundial donde en los soldados anglo americanos se operan 75 000 casos entre 1941 y 1945.

Debido a que los que padecían esta dolencia tenían como denominador común haber viajado durante muchas horas en jeep, recibe la denominación de “Enfermedad del jeep”, autoría que se le atribuye a Buie en 1944. Este autor había descrito en 1937 la técnica que lleva su nombre y actualmente todavía utilizada.

Mac Fee en 1942 propone la resección con semi cierre, que obtuvo gran aceptación y aún tiene vigencia.

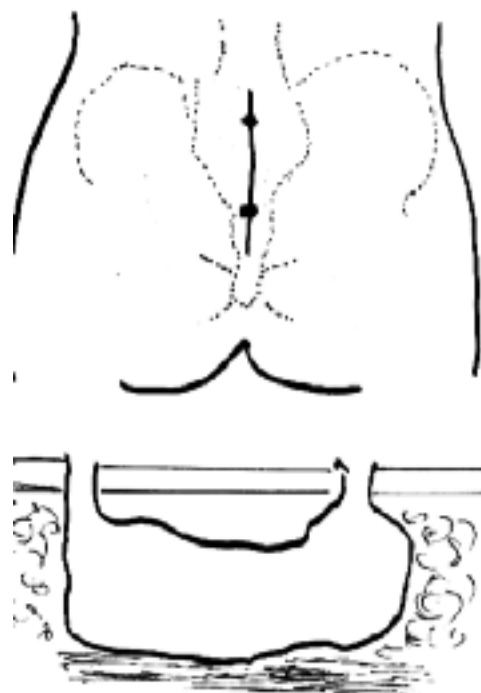


Fig 1. Ubicación topográfica del seno y sus orificios cutáneos en vista frontal y transversal.

Zimmerman propugna la teoría adquirida por micro traumatismos repetidos por lo que considera que no corresponde hacer grandes resecciones sino un simple des-techamiento con curetaje, proponiendo una técnica que lleva su nombre.

De allí en más se suceden innumerables operaciones para tratar esta enfermedad con gran tendencia a la recidiva.

## ANATOMÍA TOPOGRÁFICA<sup>36-37</sup>

La región sacrocoxígea tiene dos zonas bien diferenciadas. La superior plana, se continúa hacia arriba y lateralmente, sin solución de continuidad, con la región lumbar. La porción inferior corresponde al surco interglúteo que desciende hacia la región perianal y orificio anal. Lateralmente se hallan las masas glúteas.

La piel es gruesa y resistente, móvil con relación a los

planos subyacentes en su porción superior, adquiere mayor adherencia a los planos profundos en la medida que desciende.

La piel se adhiere a los planos aponeuróticos por tractos fibrosos.

El tejido celular subcutáneo muy delgado en el surco interglúteo inferior se engrosa paulatinamente en las zonas superiores.

La capa músculo aponeurótica corresponde a la aponeurosis lumbosacra que hacia arriba se continúa con el comienzo de los músculos espinales y lateralmente con los músculos glúteos.

La irrigación por medio de vasos de pequeño calibre proviene de las arterias y venas lumbares y sacras.

La inervación se origina en los nervios sacro y coxígeo.

El plano óseo está constituido por la cortical posterior del sacro y el coxis.

## ANATOMÍA PATOLÓGICA<sup>3-4-11-15-16-26-35</sup>

En un alto porcentaje de los casos se hallan orificios cutáneos ubicados en la línea media o lateralmente de 2 a 5 cm. del centro. De los mismos drena material seroso o seropurulento, ocasionalmente asoman pelos por el ostium.

Los trayectos fistulosos pueden ser primarios, es decir conectados directamente con el seno, o secundarios.

Los trayectos primarios se hallan recubiertos por tejido dérmico en su porción superficial, estando los secundarios tapizados por tejido de granulación.

Entre los diversos autores existen controversias relacionadas con el revestimiento del quiste.

La mayoría de los pelos se hallan sueltos, a veces formando un verdadero ovillo. (Fig. 2)



Fig. 2. Se observa la cavidad reseca y el contenido de ovillo de pelos.

Weale y Spencer describen que las raíces apuntan hacia arriba (ver etiopatogenia).

El seno propiamente dicho tiene revestimiento con tejido dérmico en el 50% de las veces. En la pared no se hallan folículos pilosos o glándulas sebáceas o sudoríparas, según la mayoría de los autores.

Los trabajos de Spencer y Davage hallan estos elementos en las piezas estudiadas, aunque en proporción escasa.

La degeneración maligna es muy infrecuente. Se hallan no más de 60 casos referidos en la bibliografía internacional.

Generalmente son lesiones derivadas del tejido escamoso, en raras ocasiones provenientes de glándulas sudoríparas.

## ETIOLOGÍA<sup>3-4-11-15-16-26-28-35</sup>

Se han descrito diversas teorías que tratan de explicar el origen de esta enfermedad. La mayoría son más el producto de una imaginación deductiva que serios estudios científicos.

### Teorías que postulan el origen congénito

En 1878 Tait describe que el origen de esta enfermedad radica en una cicatriz hereditaria que correspondería al resabio de la cola en el hombre.

La falta de una unión adecuada de las dos mitades del cuerpo en su parte posterior fue descrito por Hodges en 1880. Tourneaux y Herrman en 1887 y en 1892 Mallory postulan la teoría que en la región persisten restos caudales del canal medular. Posteriormente Gage en 1935, Kooistra en 1942 y en 1955 Haworth y Zachary adhieren a la misma.

En estos casos la enfermedad aparece en el recién nacido o en niños muy pequeños. Puede coexistir con fístulas que drenan líquido cefalorraquídeo, que las convierte en procesos sumamente peligrosos en casos de infección. Habitualmente las fístulas ocupan un lugar más alto que en los trayectos pilonidales y la edad de aparición es significativamente más temprana. Por esto se deduce que son dos entidades diferentes.

En 1922, Bland y Sutton afirman que la enfermedad se debe a tejido dermoide secuestrado o incluido en el proceso embriológico de maduración. Esta teoría no explica el motivo por el cual los estudios histológicos de los quistes dermoideos sacro coxígeos no coinciden con aquellos que deberían hallarse de ser esto cierto.

Streeter en 1924 postula una explicación muy similar a la anterior.

Gabriel que en principio compartía estos conceptos, en 1963 se inclina por la teoría adquirida.

Harvey B. Stone, en 1931, sostiene que el seno pilonidal es un vestigio embriológico que remeda una glándula caudal que poseen en la zona algunas aves. No es sustentable por carecer de base científica.

En 1933 Newell postula que la retrogresión del vástago caudal en el desarrollo embrionario atrae la piel hacia los tejidos profundos de manera ascendente produciendo una depresión en la zona, a lo que denomina dermoide por tracción.

Este seno existiría al nacer y se debería profundizar con el crecimiento. La práctica indica que es infrecuente hallar estos senos en el recién nacido o niño de poca edad.

### Teorías que postulan el origen adquirido

Warren en 1877 postula que el quiste es producto de un folículo piloso que penetra a través de la piel, es decir que postula la teoría adquirida.

En 1935 Fox se refiere a un apéndice cutáneo que madura con la pubertad.

Quienes también se refieren a que el quiste dermoideo sacro coxígeo tiene origen adquirido son Patey y Scarff en 1946. Llama su atención un paciente que luego de una resección del seno pilonidal considerada satisfactoria hace una recidiva con iguales características que el primitivo. Proceden a una nueva resección con iguales resultados que la vez anterior. Infieren que en la primera cirugía podría ser que hubieran quedado vestigios en la profundidad, pero la segunda operación, con ese pensamiento en mente, resulta imposible que un cirujano avezado y advertido cometa el mismo error. Por otra parte, concluyen que de haber dejado un resto este debería estar en la profundidad y no en la superficie como ocurrió en las dos recidivas. Además deducen que los pelos de haber crecido en el quiste deberían tener folículos pilosos y en sus estudios nunca encontraron folículos pilosos. Además en caso de haber sido destruidos por el proceso inflamatorio infeccioso, no todos serían eliminados.

Gabriel en 1946 y en 1967 Spencer no aceptan la ausencia total de folículos pilosos.

Scarff y Patey consideran que los pelos son de la misma zona y que por un mecanismo no muy claro se introducen por la piel.

Se apoyan en que otras regiones tienen inclusión pilosa como el interdígito de los barberos, axilas, ombligo y muñón de amputación de muslo.

Goligher agrega su experiencia de haber hallado pelos en la región perineal luego de la amputación abdomino perineal de Quenú - Miles.

Husston y Palmer dicen que los quistes se originan en las glándulas pilosebáceas que aumentan de volumen durante la pubertad y que por la tracción lateral de las nalgas se profundizan y luego se infectan.

Brearley en 1955 afirma que los movimientos de frote de las dos caras internas del surco interglúteo, que se generan por los movimientos, fundamentalmente al caminar, producen rulos pilosos que penetran por la piel.

A continuación debido al estiramiento del surco al sentarse o inclinar el cuerpo hacia delante, distiende la piel y ejerce desde la profundidad, debido a los tractos fibrosos, un vacío que actúa como pilosuctor. De tal forma los pelos serían arrancados del folículo y se introducen.

Zimmerman en 1955 sostiene que la zona interglútea acumula los pelos no solo locales sino de la espalda y nuca.

Weale, en el mismo año, no acepta esta teoría aduciendo que en su experiencia la raíz se halla apuntando hacia arriba, en contrario a lo que debería acontecer según la teoría de Brearley.

Concomitantemente Williams relaciona la arquitectura del pelo con su forma de penetración. El pelo, a semejanza de la espiga de trigo, tiene una disposición de escamas que se superponen de abajo hacia arriba con las puntas hacia fuera. Esto hace que la penetración se facilite desde la base a la punta, siendo casi imposible en sentido opuesto.

De todas formas la teoría adquirida, por lo menos así expuesta, no alcanza para explicar la totalidad de los casos.

Ocasionalmente se hallan folículos pilosos en el seno, a veces la longitud y grosor del pelo no coincide con aquellos de la zona.

Se observa con poca frecuencia, pero todos tenemos casos similares, de personas lampiñas, piel muy blanca, sexo femenino o edad previa a la pubertad.

De todas formas un elemento que no puede ser dejado de lado es el microtraumatismo repetido. En la Segunda Guerra Mundial se le llamó la Enfermedad del Jelep, debido a la frecuencia de esta patología en los soldados que pasaban mucho tiempo en estos vehículos.

Es por ello que pensamos que aunque la mayoría de los casos se encuentran englobados en la teoría adquirida, existe un pequeño número que pudiera corresponder al origen congénito.

En la experiencia de la Clínica Mayo el 10% fueron considerados congénitos. A pesar de todo el tema aún sigue siendo controvertido y el dilema no ha concluido.

### EPIDEMIOLOGÍA<sup>9-12-15</sup>

La mayor frecuencia ocurre entre la 2° y 3° década de la vida. El 70 al 75% sucede en el sexo masculino, generalmente de piel morena e hirsutismo, aunque se describen casos en personas rubias y lampiñas. Excepcionalmente se hallan en sujetos de piel negra, también es infrecuente en asiáticos.

En el 1 al 2% se asocian lesiones congénitas. Pareciera que hubiera una tendencia familiar.

## SINTOMATOLOGÍA Y FORMAS DE PRESENTACIÓN

La enfermedad pilonidal raramente presenta síntomas sin haber una infección intercurrente. El paciente concurre a la consulta debido a un episodio agudo o motivado por un proceso crónico.

Una de las formas agudas es la presencia de dolor y tumefacción de la región sacrococcígea, que ocasionalmente puede estar acompañada de síntomas generales como decaimiento, fiebre, taquicardia (Fig. 3). El autor ha observado un paciente que presentó una forma séptica.

En otras oportunidades la consulta está motivada por el drenaje espontáneo de un líquido seroso, purulento o sanguíneo purulento en la zona mencionada, luego de varios días de tumefacción y dolor.



Fig. 3. Presentación aguda del quiste dermoideo.



Fig. 4. Presentación crónica del quiste pilonidal.

En su faceta crónica ya se hallan constituidos uno o varios orificios fistulosos de los cuales drena un líquido seropurulento (Fig. 4).

Puede ocurrir que el paciente consulte luego de varios de estos episodios, molesto por la reiteración de los mismos.

## DIAGNÓSTICO

A la inspección puede observarse, cuando la consulta se realiza durante la fase aguda, una tumefacción con piel brillante, enrojecida y tensa en la parte superior del surco interglúteo.

A la palpación se denota una zona renitente, muy dolorosa a la presión.

Cuando se demora la consulta el proceso drena espontáneamente, por lo que aparece con una efracción, habitualmente en su cúspide, insuficiente para la evacuación total, bordes desflecados y tono violáceo. El dolor desaparece pero preocupa al paciente la secreción purulenta.

En la enfermedad evolucionada generalmente se observa un ostium fistuloso. El trayecto primario presenta un orificio de pequeño diámetro, de bordes regulares debido a que la piel penetra por el mismo, situado habitualmente en el rafe medio, con secreción seropurulenta, a 2 o 3 cm. por encima o por debajo del seno. A veces emergen pelos por el mismo.

El trayecto que llega a un proceso medial, indurado, de pocos centímetros de diámetro puede ser definido por la palpación.

Los trayectos secundarios se ubican lateralmente, generalmente cercanos a la línea media, siendo su número diverso.

**Una ubicación poco habitual de un orificio es la región perianal.**

**Tiene suma importancia conocer esta posibilidad para evitar la confusión con una fistula perianal de origen cripto glandular. En esta situación no realizar el diagnóstico correcto implica indicar terapéuticas erróneas.**

La calificación de quiste pilonidal se realiza en la gran mayoría de los casos con el interrogatorio y el examen físico.

En ciertas circunstancias se puede tener la duda de si se trata de una enfermedad pilonidal o un proceso de la zona sacrococcygea que simula un quiste dermoideo sacrococcygeo.

**Se debe de estar advertido cuando la edad de aparición ocurre en recién nacidos, neonatos o primera infancia, ocurre lo mismo cuando el paciente sobrepasa los 35 años.**

Las recidivas reiteradas, la ubicación más alta, los trator-



Fig. 5. Orificio secundario que simula fístula perianal.



Fig. 6. Maniobra de la compresión para el diagnóstico diferencial con fístula perianal.

nos neurológicos asociados, orificios no típicos, son todos elementos que inducen a tener que descartar otras etiologías.

La utilización de métodos complementarios es solo para descartar otras patologías que pueden simular un seno pilonidal.

Los elementos a utilizar son la radiografía simple sacrocóccigea frente y perfil que puede demostrar espina bífida, osteomielitis, zonas líticas en huesos, cuerpos extraños, procesos ocupantes presacros.

La ecografía denota colecciones líquidas, procesos sólidos, trayectos fistulosos.

Consideramos que para la detección de quistes pilonidales no complicados, oligosintomáticos, la ecografía es la metodología diagnóstica más apropiada.

Cuando se debe recurrir a la TAC o RNM es probable que la clínica haya descartado al quiste dermoideo sacrocóccigeo.



Fig. 7. Orificio secundario cateterizado por un estilete.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El primer diagnóstico diferencial, no por ser el más frecuente sino el más importante, es con la fístula perianal (Fig. 5).

El orificio de la fístula perianal no es regular porque la piel no se introduce. A la palpación el trayecto se dirige al ano.

El tacto rectal generalmente ubica al orificio interno en la línea pectínea, en coincidencia con la ley de Goodsall y Salmon.

La maniobra de la compresión expresión y la canulación por el ostium pueden ayudar a dilucidar la situación.

En la maniobra de compresión expresión se utiliza una gasa que ocluye el ostium produciendo una compresión progresiva y firme del mismo para observar por donde sale material seroso o sero purulento. Con la misma intención se presiona sobre la zona sacro cóccigea. La expresión digital y repetida del trayecto persigue idénticos fines (Fig. 6).

Al colocar un estilete por el orificio para determinar la trayectoria es fundamental realizar maniobras suaves con avance y retroceso para no producir una falsa vía (Fig. 7). **El diagnóstico incorrecto puede conducir a tomar una conducta quirúrgica incorrecta con el consiguiente perjuicio para el paciente, además de exponer al cirujano a una demanda por mala praxis.**

Consideramos que en la medida que se tenga en mente esta eventualidad la posibilidad del error es mínima.

Otra patología que puede simular a la enfermedad pilonidal es el forúnculo. Este no tiene orificio donde penetra la piel, la induración es muy circunscripta, no tiene trayecto, la presión de la zona sacra no produce salida de líquido purulento.

La fosa o depresión sacro cóccigea se porta desde el nacimiento, no tiene orificios aledaños ni componente

inflamatorio.

Las hidrosadenitis son más extensas, los orificios de ubicación proteiforme, diferentes tamaños e irregulares, la piel no se introduce en ellos.

Lo mismo ocurre con el acné conglobata, que además habitualmente presenta lesiones en la nuca y dorso alto.

Aunque se tratará más extensamente en el capítulo correspondiente, se debe distinguir la recidiva real de la pseudo recidiva.

## TRATAMIENTO

Realizado el diagnóstico de quiste dermoideo sacrocóccigeo el tratamiento es quirúrgico, dependiendo de su forma de presentación la oportunidad del mismo.

Se han intentado procedimientos no quirúrgicos como la instilación de fenol al 80% descrito por Maurice y Greenwood en 1964, que tuvo cierta aceptación especialmente por los cirujanos europeos, cayendo luego en el descrédito<sup>9-12-15</sup>. Una actual publicación retoma el tema<sup>18</sup>. En nuestro medio no tuvo aceptación. En el momento actual prácticamente han sido dejados de lado.

Las técnicas quirúrgicas descritas son numerosas lo que demuestra que ninguna es la ideal ni se puede utilizar en todos los casos.

Un procedimiento quirúrgico debe reunir ciertas condiciones para que se considere como ideal: no tiene que presentar recidivas o éstas ser ínfimas, gestos de ejecución sencilla, curva de aprendizaje corta, bajo riesgo de complicaciones, fácil control del dolor, postoperatorio breve y reinsertación laboral precoz<sup>9-21</sup>. Ninguna de las innumerables técnicas propuestas posee todas estas condiciones.

Por otra parte la situación difiere cuando se trata a la enfermedad en agudo, en cirugía programada con un solo orificio fistuloso o con varios, en la primera recidiva o luego de varias.

Planteado este amplio espectro de posibilidades es fácil concluir que una sola técnica no puede abarcar toda esta gama de contingencias.

Tratando de establecer un orden a las operaciones descritas se pueden concentrar en dos grandes grupos que comprenderían a las que no realizan resección del seno y aquellas que efectúan la resección del mismo.

### TÉCNICAS NO RESECTIVAS

- Incisión simple para drenaje
- Destechamiento y curetaje
- Destechamiento y marsupialización

### TÉCNICAS RESECTIVAS

- Resección y cierre por granulación
- Resección y cierre semicerrado



Fig. 8. Posición de navaja sevillana con almohadilla en el pubis.

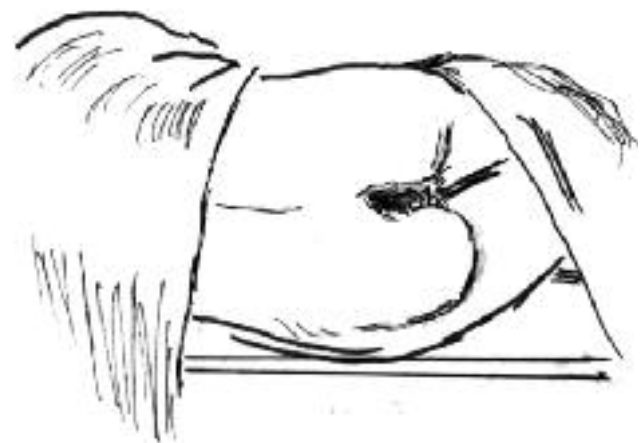


Fig. 9. Posición lateral para la intervención quirúrgica.



Fig. 10. Posición quirúrgica con telas adhesivas colocadas.

- Resección y cierre primario simple
- Resección y cierre primario complejo

El método a elegir depende de las diversas formas de presentación, junto con la experiencia y criterio del ciru-

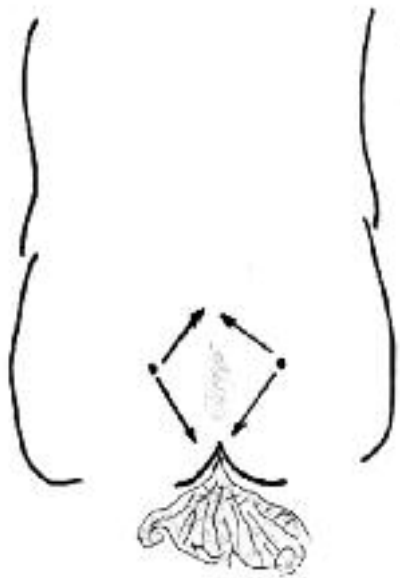


Fig. 11. Anestesia local, vista frontal.

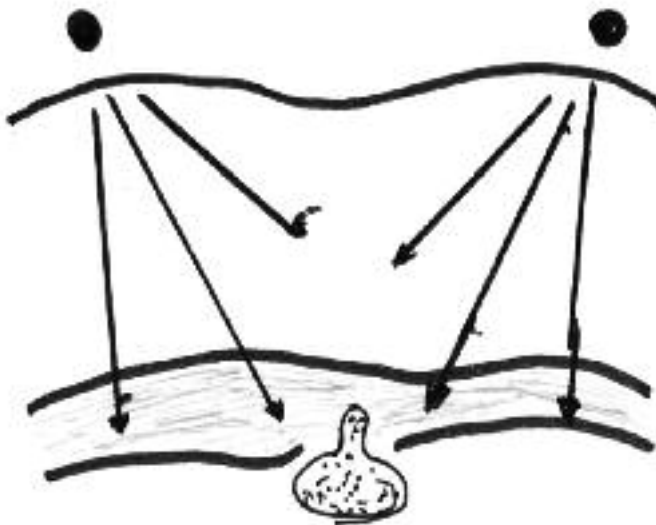


Fig. 12. Anestesia local, vista transversal.

jano o Servicio.

Se realizará una descripción de las técnicas más utilizadas en la actualidad, dejando otras que solo tienen un interés histórico. Previo a cualquier gesto quirúrgico se debe rasurar la zona en amplitud suficiente para tener un campo operatorio sin vello.

Independientemente de la operación elegida la posición del paciente en la mesa de operaciones difiere según los diferentes autores.

Se puede optar por colocar al paciente boca abajo con una almohadilla en el pubis para elevar la región sacrococcígea, situar al enfermo boca abajo y quebrar la camilla a nivel de la cadera (posición de navaja sevillana o jack knife) con o sin la almohadilla en la zona pubiana<sup>13</sup>



Fig. 13. Seno pilonidal destechado.

<sup>14</sup> (Fig. 8).

Una tercera posición es colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo con las piernas flexionadas sobre los muslos y éstos contra el abdomen, los glúteos sobresaliendo ligeramente de la camilla<sup>15</sup> (Fig. 9).

En la posición boca abajo los glúteos se separan hacia fuera con tela adhesiva para mejor exposición de la región sacrocoxigea sin necesidad de utilizar un ayudante para esta labor (Fig. 10).

Cuando se sitúa al paciente en decúbito lateral generalmente el ayudante hace la separación, aunque eventualmente se puede aplicar la tela adhesiva del lado opuesto al plano de la camilla.

En caso de utilizar anestesia general con intubación orotraqueal en la posición boca abajo se debe ser sumamente cuidadoso en los movimientos, para evitar la extracción accidental del tubo endotraqueal.

Las técnicas quirúrgicas utilizadas para la resolución de la enfermedad pilonidal pueden ser efectuadas con anestesia local, siempre que el paciente reúna los requisitos establecidos para la utilización de la misma, que no difieren de aquellos estipulados para otras operaciones.

Para la realización de la anestesia local se conforman dos tridentes, que incluyen al proceso a resolver.

El sitio de inicio se emplaza a 12 cm por fuera de la línea media y en el punto medio del área quirúrgica (Fig. 11).

Se realiza un habón de piel con un anestésico con vasoconstrictores y se infiltra en profundidad y en dirección superior e inferior cubriendo todos los planos quirúrgicos (Fig. 12).

### TÉCNICAS NO RESECTIVAS

Dentro de las técnicas no resectivas la incisión simple como drenaje de una complicación infecciosa abscedada es un recurso lícito para utilizar en la urgencia, funda-



Fig. 14. Búsqueda minuciosa de los trayectos secundarios en la operación de Zimmerman.

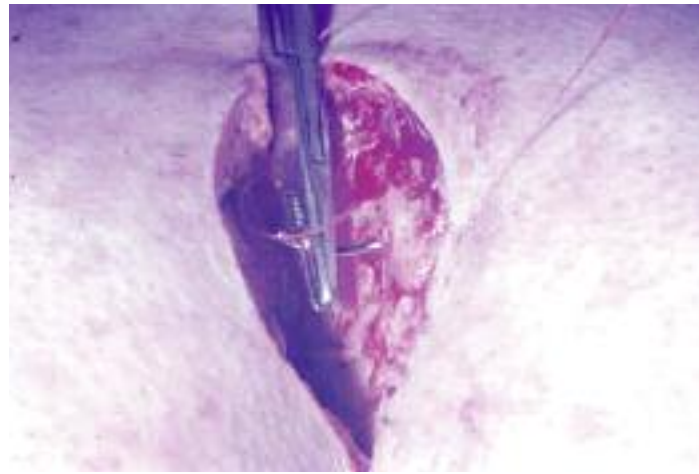


Fig. 16. Operación de Buie colocando los puntos de marsupialización.

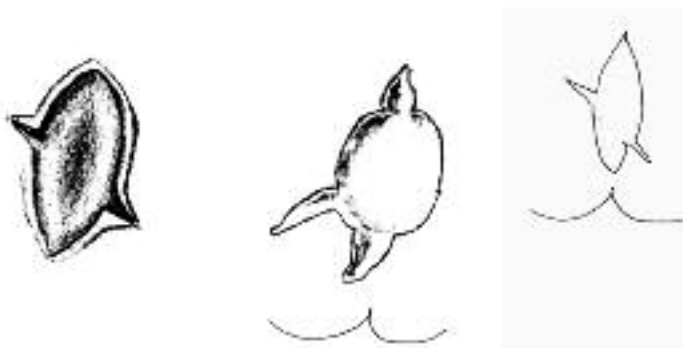


Fig. 15. Distintos aspectos de la operación de Zimmerman con destechamiento de los trayectos laterales.

mentalmente para el cirujano que no tiene experiencia en esta patología<sup>9-121-16</sup>. Ocasionalmente este simple gesto alcanza no solo para solucionar al paciente el cuadro agudo, sino que los episodios no se repiten ni queda una fístula permanente.

La operación de Zimmerman es el prototipo del destechamiento y curetaje. Con esta técnica tenemos gran experiencia y los resultados, del autor, han sido buenos<sup>14-21-40-41</sup>.

Colocado el paciente en posición de navaja sevillana se realiza la separación de ambos glúteos con tela adhesiva que se fijan al borde de la camilla (Fig. 10).

Antes de proceder al pincelado de la zona con un antiséptico se coloca una compresa de gasa insinuada en la zona ano perineal, para aislar asépticamente dicha región y además evitar que el líquido irritante toque la zona produciendo dolor, especialmente cuando se interviene con anestesia local.

Se reseca un losange de piel en el centro del quiste que no sobrepasará lateralmente los 1,5 cm., incluyendo aquellos orificios fistulosos mediales.

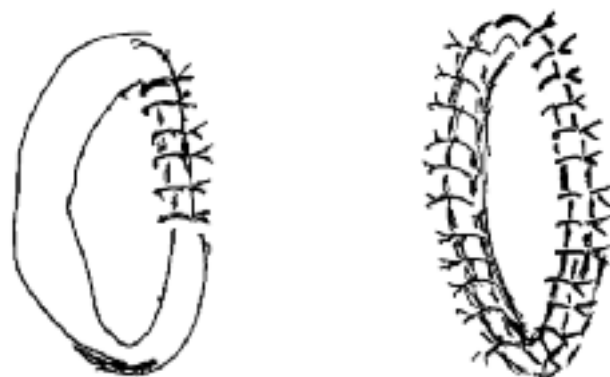


Fig. 17. Operación de Buie, vista parcial y operación terminada

Resecada la piel y el escaso tejido celular se cae en una cavidad que puede tener pelos.

Se procede a limpiar dicha cavidad hasta que se presenta limpia de detritus (Fig. 13).

El lecho se curetea delicadamente con una legra hasta que se nota una superficie nacarada que puede tener un ligero sangrado en napa o rezumante, sobre el que se pone una gasa embebida en suero con adrenalina, ejerciendo discreta presión.

Seguidamente se buscan los trayectos secundarios, que algunos se detectan por los orificios fistulosos ubicados por fuera de la línea media. Con un estilete se cateterizan los trayectos secundarios seguidos de su destechamiento y curetaje, en número suficiente para no dejar un trayecto sin tratar, probable motivo de recurrencia (Fig. 14).

Finalizada la operación deben quedar destechados todos los trayectos secundarios (Fig. 15).

Se concluye la operación verificando la hemostasia y dejando en todo el lecho y en los trayectos secundarios una gasa furacinada, yodoformada, mojada en iodopovidona o envaselinada.

Al soltar las bandas laterales de tela adhesiva y colo-



carce los gluteos en su posición normal la cavidad tiende a cerrarse actuando como otro elemento hemostático.

La primera cura se realiza a las 48 a 72 hs, retirando con suavidad la gasa, que en caso de hallarse muy adherida se moja con suero o agua oxigenada, para que la extracción no resulte traumática y sin producir sangrado.

En la cavidad se deja colocada otra gasa con los caracteres de la retirada con el objeto que los borde de la piel no contacten, en razón que en el cierre tiene que avanzar tejido de granulación de la profundidad a la superficie.

A partir de la siguiente curación 72 hs. después se coloca en el lecho azúcar granulada común, polvo cicatrizante, pomadas o ungüento con intención de favorecer la cicatrización, que el paciente realiza diariamente en su domicilio. Siempre propiciando que la piel sea el último tejido en cerrar.

La curación definitiva se produce entre la tercera y cuarta semana, aunque el paciente, según sean sus labores habituales, puede retomar su trabajo alrededor de los 7 días del acto quirúrgico.

Este proceder lo hemos aplicado inclusive en algunos casos en agudo cuando el componente infeccioso local no incluye a los tejidos vecinos.

Continuando con las operaciones que no resecan el seno, la técnica descrita por Buie es conceptualmente semejante a la anterior y tiene gran predicamento entre los coloproctólogos<sup>9-10-12-21-40-41</sup>.

La resección losangica es ligeramente mas amplia. Luego de limpiar el lecho solidariza la cápsula o pared del seno a la piel mediante puntos separados o en sutura continua, realizando una marsupialización con material no adsorbible (Figs. 16 y 17).

Es relativamente frecuente que no se halle una sólida pared en la cavidad por lo que los puntos no son firmes. Usualmente la mayoría de ellos se desprenden en los primeros días, por lo cual se transforma, parcial o totalmente, en una técnica similar a la de Zimmerman.

El resto del postoperatorio y el período de cicatrización se superpone a la operación de Zimmerman.

## TÉCNICAS RESECTIVAS

Habiendo descripto las técnicas que representan a las operaciones sin resección se procederá a describir la operación de Mc Fee que simboliza a la resección con cierre semiaabierto<sup>13-21-24</sup>.

Este proceder fue utilizado por nosotros como conducta primaria durante muchos años hasta que se cambió por la técnica de Zimmermann, quedando la operación de Mc Fee para casos seleccionados.

La resección losángica de la piel abarca hasta 2 cm por fuera de la línea media, al alcanzar el tejido celular subcutáneo se inclina la hoja del bisturí en 45° hacia fuera



Fig. 18. Operación de Mac Fee, uno de los jalones es el músculo gluteo.

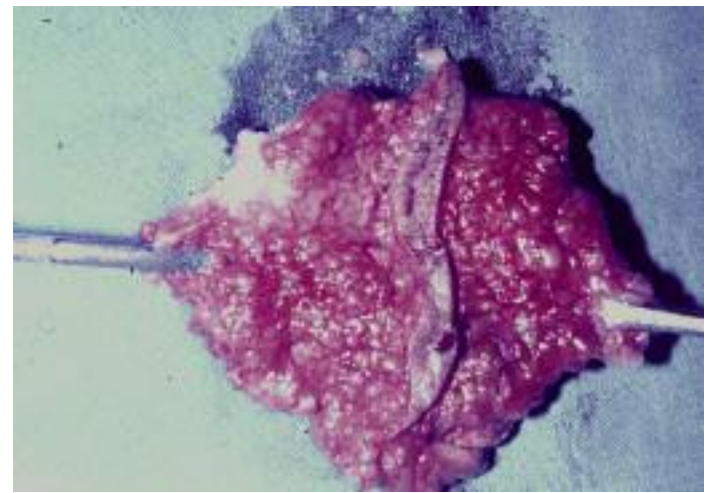


Fig. 19. Pieza de resección en la operación de Mac Fee.

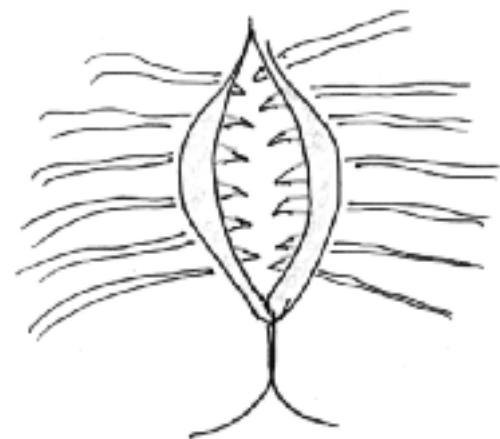


Fig. 20. Vista frontal de los puntos en la operación de Mac Fee.

para seccionar este plano de manera oblicua en una longitud de 5 cm, se modifica la orientación del escalpelo para incidir de manera vertical hasta llegar a la aponeurosis. Lateralmente se observa la aponeurosis sacra y pequeña zona de las fibras musculares del gluteo mayor

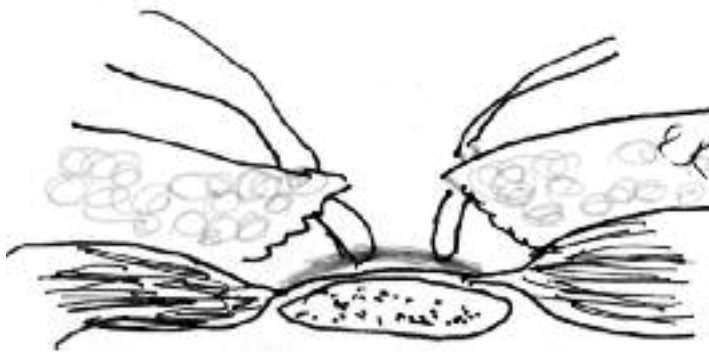


Fig. 21. Vista transversal de los puntos en la operación de Mac Fee.



Fig. 23. Surco interglúteo normal en posición parada.



Fig. 22. Operación de Mac Fee terminada

(Fig. 18).

La disección se proyecta hacia arriba y abajo, siendo el jalón inferior la visualización de las fibras musculares del esfínter externo del ano.

De esta forma se reseca un cono que incluye a la totalidad del seno pilonidal y sus tejidos circundantes (Fig. 19).

Se realiza una prolija hemostasia de la cavidad resultante. Para este proceder se prefiere utilizar electrocoagulación delicada para no tener que usar ligaduras con materiales que pueden ser motivo de rechazo con granulomas, secreción o efectos adversos, que prolongan o retardan la cicatrización.

Motivo también de confusión con recidivas verdaderas.

Cuando la cavidad se halla en condiciones se procede

a solidarizar la piel a la aponeurosis sacra dejando la línea media abierta en un espacio de 1 a 1,5 cm.

Los puntos, con material irreabsorbible, que se utilizan para descender la piel a la profundidad son en "U" vertical (Figs. 20 y 21).

Como dato técnico se recomienda que se ejecuten en forma diferida en ambos lados para anudarlos en último término, primero de un labio de la herida y luego del otro (Fig. 22).

Se coloca un gasa húmeda, que puede ser impregnada con un antiséptico, arrollada tipo habano (apósito Finochietto) en el lecho quirpurgico sujetada con los chicotes largos de los puntos profundos, para luego sobre esta gasa colocar un apósito sujeto con tela adhesiva para ejercer presión hemostática de la zona.

El paciente debe permanecer en reposo casi absoluto por 72 hs o más, para luego hacer reposo mitigado durante una semana, continúa con restricciones de la motilidad hasta cumplir el mes o la cicatrización completa.

Se recomienda no realizar movimientos que pongan en tensión la zona de la piel sacrocoxígea con el objeto de evitar el desprendimiento prematuro de los puntos que llevan la piel a la profundidad.

La primera curación, de no acontecer síntomas que inducen a anticiparla, se realiza entre el cuarto y sexto día. Se retira la gasa de la profundidad y se comienza con curaciones diarias agregando azúcar granulada corriente o cualquier producto que el cirujano prefiera.

Hasta que no se observe una perfecta solidarización de la piel a la aponeurosis sacra no se deben retirar los puntos, para evitar la dehiscencia de la herida.

Este gesto en general se puede realizar alrededor de la segunda semana. Aún con la apariencia de buena cicatriz es imprudente no retirar los puntos antes de los 15 días.

La cicatrización completa se produce entre los 30 a 40 días.

La complicación más temida es la dehiscencia de la he-

rida, parcial o total, lo cual conduce inevitablemente a un retardo de la cicatrización y una considerable prolongación del postoperatorio. A esto se agrega posteriormente una notable deformidad de la zona (Fig. 27).

Algunos pacientes que tardaron 3 ó 4 meses hasta la cicatrización completa.

Cuando el seno pilonidal es de pequeño tamaño, no está complicado y no presenta orificios fistulosos, la resección y el cierre primario tiene su principal indicación<sup>1-6-11-27-32-34-35-38</sup>. En la experiencia del autor nunca se observó esta situación. Es probable que ante la mínima sospecha, la utilización de la ecografía pueda pesquisar mayor número de casos con estas características.

Recientemente se propone utilizar el pegamento o adhesivo de fibrina para inyectar en la cavidad residual luego de la resección del quiste. El objetivo es evitar la dehiscencia del cierre primario<sup>22-33</sup>.

No hay suficiente experiencia y seguimiento para poder sacar conclusiones.

Cuando la resección de los tejidos es muy amplia, ocupar los espacios con tejidos vitales y eliminar la tensión del cierre es el objetivo final de los cierres complejos<sup>5-7-25-31-32-34-35-39</sup>.

Con este propósito se han descrito métodos con descargas uni o bilaterales, desplazamientos de colgajos u

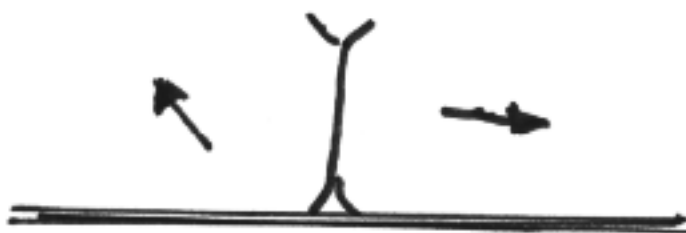


Fig. 24. Surco interglúteo normal en posición sentada.



Fig. 25. Seudo recidiva en paciente operado en posición parada.



Fig. 26 Seudo recidiva en paciente operado en posición sentada.



Fig. 27. Deformidad postoperatoria de la operación de Mac Fee.

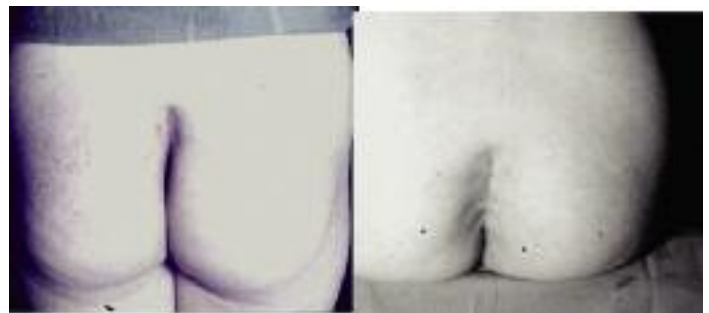


Fig. 28. Seudorrecidiva en posición parada y sentada

En nuestro medio es José Calzaretto quien propone el cierre con zetaplastia para el tratamiento quirúrgico del quiste dermoideo<sup>23-29-30</sup>.

En los últimos años Karydakís<sup>17</sup> describe una ingeniosa técnica resectiva que sitúa el cierre cutáneo por fuera de la línea media<sup>2-17-19</sup>. De esta manera se evitaría que la zona de tensión debida a los movimientos no se ejerza sobre la sutura cutánea.

El seguimiento de la cirugía del quiste dermoideo sacro coxígeo, independientemente de la técnica utilizada, debe ser prolongado para la pesquisa precoz de las recidivas.

En las personas hirsutas se indica el rasurado permanente de la región, mantener la higiene y combatir la humedad de la zona.

El rasurado se puede efectuar con hoja de afeitar o máquina eléctrica. Esta última resulta más cómoda para el auto rasurado.

La depilación eléctrica u otra modalidad depilatoria presenta costos mayores que el simple rasurado y no aumenta el beneficio, salvo la comodidad.

Recientemente se han publicado trabajos que recomiendan a la depilación con láser como un modo de evitar las recidivas<sup>8-20</sup>.

## RECIDIVA

Uno de los motivos por el cual se han descrito tantos procedimientos quirúrgicos es la tasa de recidiva. De acuerdo a diferentes autores que utilizaron diversas técnicas se pueden obtener cifras que oscilan entre el 1% al 29%, aunque la media tiene un rango del 7 al 10%<sup>4-6-8-9-14-15-16-24-28</sup>.

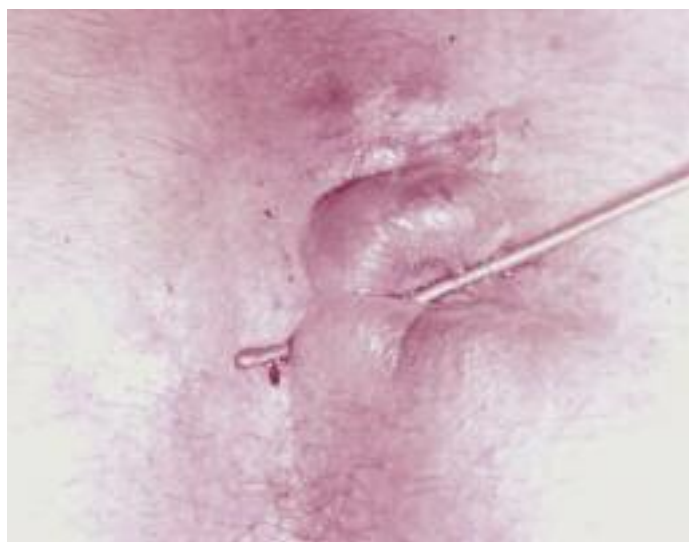


Fig. 29. Recidiva luego de operación de Zimmerman.

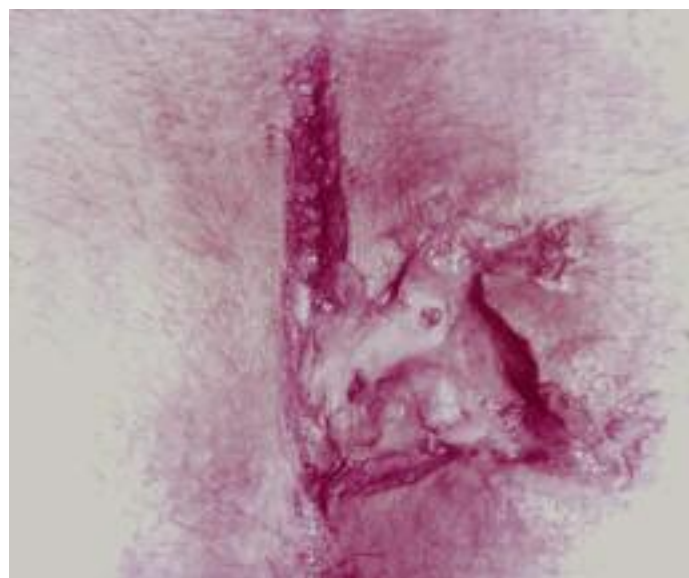


Fig. 30. Destechamiento de la recidiva de la operación de Zimmerman.

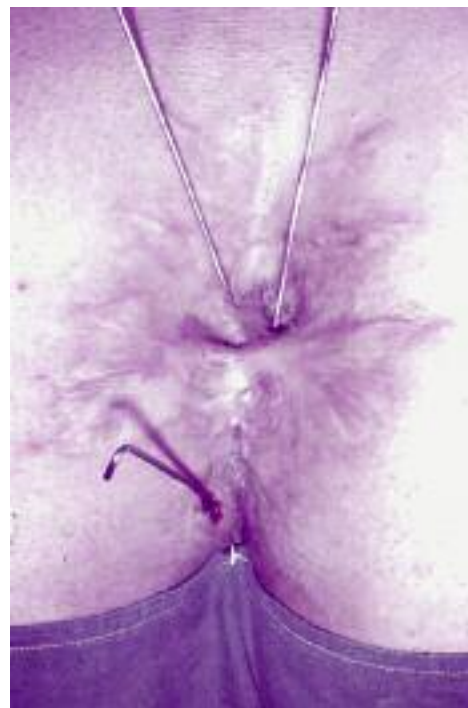


Fig. 31. Recidiva de la operación de Mac Fee



Fig. 32. Destechamiento de la recidiva luego de la operación de Mac Fee.

Cuando las tasas son referidas por el autor del método usualmente son menores a las obtenidas en otros trabajos.

## SEUDORECIDIVA

La región sacrocoxígea de acuerdo a la adopción de diferentes posturas tiene movimientos hacia arriba, abajo y laterales (Figs. 23 y 24).

Cuando la aponeurosis se halla adherida a la piel, como por ejemplo luego de la operación de Mc Fee, estos desplazamientos de una porción rígida producen pequeñas dislaceraciones de los tegumentos que por la humedad y los gérmenes locales induce a lesiones cutáneas que remedan las recidivas y llevan a diagnósticos erróneos y consecuentemente a tratamientos incorrectos (Figs. 25, 26, 27 y 28).

Se debe tener en cuenta esta posibilidad para evitar reoperaciones inútiles e ineficaces.

## CÁNCER Y QUISTE PILONIDAL

La posibilidad de cancerización de la piel que recubre al quiste dermoideo sacrococigéo es sumamente baja. Los casos descriptos en la literatura mundial no superan a los 60 pacientes, aunque no se descarta el subregistro.

No existe una fehaciente explicación del mecanismo de producción, es probable que sea la consecuencia de la irritación reiterada y crónica de la piel que llevaría a una displasia que en su evolución conduciría a la transformación maligna.

Tampoco se puede descartar la posibilidad que se trate de un epifenómeno no relacionado directamente con el quiste sino producto del azar.

La conducta consiste, al igual que en otras localizaciones, en la resección amplia de la piel lateralmente y en profundidad, cerrando la brecha, de preferencia para

evitar la tensión, con algún colgajo cutáneo

## CONSIDERACIONES DEL AUTOR

En el momento actual la operación de Zimmerman sería la primera opción en los pacientes con procesos crónicos, independientemente de la cantidad y características de los orificios fistulosos. El destechamiento simple en los casos de supuración aguda puede utilizarse en circunstancias favorables hemos aunque la técnica de Zimmerman también fue útil para resolver este problema.

Cuando la anatomía local muestra una capsula bien constituida y resistente, sin trayectos fistulosos alejados, el autor realiza la marsupialización a la manera de Buie, en razón que de soltarse los puntos, en forma parcial o total, se convierte en el proceder de Zimmerman.

Ante una recidiva se prefiere intentar nuevamente la conducta de Zimmerman, destechamiento simple, procedimiento sencillo antes de proponer cirugías de mayor envergadura (Fig. 29, 30, 31 y 32).

Se reserva la operación de Mc Fee como recurso para las recidivas reiteradas.

Se tiene que ejecutar una cirugía balanceada, es decir elegir la táctica más sencilla que mejor se adapte a la forma de presentación de la enfermedad pilonidal.

Utilizar siempre y solamente una técnica puede conducir a tratamientos en exceso o en defecto.

## BIBLIOGRAFÍA

- ALDEAN I, SHANKAR PJ, MATHEW J y cols.: Simple excision and primary closure of pilonidal sinus: a simple modification of conventional technique with excellent results. *Colorectal Dis.* 2005; 7: 81-5.
- AMATO N, UVA0 P, STENBERG E y cols.: Tratamiento de la enfermedad pilonidal crónica mediante la técnica de Karydakis. *Rev Argent Cirug* 2004; 87(3-4): 112-16.
- BAISTROCCHI J, BAISTROCCHI H, COPELLO H y cols.: Algunos conceptos acerca de su etiología e histopatología. *Pren. Med. Argent.* 1978; 65: 588-92.
- BAISTROCCHI J: Quiste dermoideo sacrococigéo. Fisiopatología, diagnóstico, tratamiento en *Enfermedades Quirúrgicas de la Región Anal de Hequera JA, Dezano V. Librería Akadia Editorial. Bs As. 1997. pag 405-412.*
- BERKEM H, TOPALOGU S, OZEL H y cols.: V-Y advancement flap closure for complicated pilonidal sinus disease. *Int J Colorectal Dis.* 2005; 20: 343-8.
- BASCOM J U: Pilonidal disease: Long-term results of follicle removal. *Dis Colon Rectum* 1983; 26: 800-7.
- BASCOM J U: Repeat pilonidal operations. *Am J Surg* 1987; 154: 118-22.
- BENEDETTO A V, LEWIS A T: Pilonidal sinus disease treated by depilation using an 80 nm diode laser and review of the literature. *Dermato Surg.* 2005; 31: 587-91.
- BOSISIO O: Absceso pilonidal sacrococigéo en Urgencias en *Coloproctología de hequera J, Rosato G, Castiglioni, R. Librería Akadia Editorial. Bs As. 1991 - pag 91-97.*
- BOSISIO O: Quiste Dermoideo Sacrococigéo. Tratamiento en *Enfermedades Quirúrgicas de la Región Anal de Hequera J, Dezano V. Librería Akadia Editorial. Bs As. 1997. pag 418-420.*
- DA SILVA J: Pilonidal cyst. Cause and treatment. *Dis Colon Rectum.* 2000; 43: 1146-56.
- ESPECHE A: Fístulas dermoideas para anales en *Enfermedades Quirúrgicas de la Región Anal de Hequera J, Dezano V. Librería Akadia Editorial. Bs As. 1997. pag 425-428.*
- GÁRRIZ R, TROIANO R, STESCOBICH D: Quiste dermoideo sacrococigéo. Nuestra experiencia con la operación de Mac Fee. *Pren. Med. Argent.* 1962; 49: 1309-11.
- GÁRRIZ R, SALVIDEA J, RODRÍGUEZ MARTIN J: Quiste dermoideo sacrococigéo. Criterio terapéutico. *Pren. Med. Argent.* 1968; 55: 1830-1.

15. GOLIGHER J: Cirugía del ano, recto y colon. (2º edición) Salvat Editores SA. Barcelona. 1987 - pag.210-225.
16. HULL T L, WU J: Pilonidal disease. Surg. Clin. North. Am. 2002; 82: 1169-85.
17. KARYDAKIS G E: Easy and successful treatment of pilonidal sinus after explanation of its causative process. Aust N Z J Surg 1992; 62: 385-9.
18. KAYMAKCIOGLU N, YAGCI G, SIMSEK A y colab.: Treatment of pilonidal sinus by phenol application and factors the recurrence. Tech Coloproctol. 2005; 9: 21-4.
19. KITCHEN P R: Pilonidal sinus. Experience with the Karydakís flap. Br J Surg 1996; 83: 1452-5.
20. LANDA N, ALLER O, LANDA-GUNDIN N y colab.: Successful treatment of recurrent pilonidal sinus with laser depilation. Dermatol Surg 2005; 31: 26-8.
21. LATIF J A, LEIRO F, RIVERA P. y colab.: Seno pilonidal: comparación de dos técnicas y revisión de la bibliografía. Rev. Argent. Coloproct. 2004; 15(1-2): 74-81.
22. LUND J N, LEVESON, S H: Fibrin glue in the treatment of pilonidal sinus: results of a pilot study. Dis Colon Rectum. 2005; 48: 1094-6.
23. MANSOORY A, DICKSON D: Z-plasty for treatment of pilonidal disease. Surg Gynecol Obstet. 1982; 155: 409-11.
24. MCLAREN C A: Partial closure and other techniques in pilonidal surgery: An assesment of 157 cases. An J Surg. 1984; 71: 561-72.
25. ONISHI K, MARUYAMA Y: Sacral adipofacial turn-over flap for the excisional defect of pilonidal sinus. Reconstr Surg. 2001; 108: 2006-10.
26. PATEY DH, SCRAFF RW: Pathology of postanal pilonidal sinus: It's bearing on treatment. Lancet 1946; 2: 486-94.
27. PETERSEN S, KOCH R, STELZNER S y colab.: Primary closure techniques in chronic pilonidal sinus: A survey of the results of different surgical approaches. Dis Colon Rectum 2002; 45: 458-67.
28. PUNDYK, C: Quiste Dermoideo Sacrococcígeo en Enfermedades Quirúrgicas de la Región Anal de Hequera J, Dezanzo V. Librería Akadia Editorial. Bs As. 1997. pag 413-415.
29. ROSATO G, MAZZORA E, SZERESZEWSKI J y colab.: Enfermedad pilonidal sacrocócigea, tratamiento con Z plastia. Rev. Argent. Coloproct. 1987; 1: 2-6
30. ROSATO G: Quiste Dermoideo Sacrococcígeo. Tratamiento en Enfermedades Quirúrgicas de la Región Anal de Hequera J, Dezanzo V. Librería Akadia Editorial. Bs As. 1997. pag 421-424.
31. SAID A, OBEID M S: A new technique for treatment of pilonidal sinus. Dis Colon Rectum 1988; 31: 879-85.
32. SENAPATI A, CRIPPS N P, THOMPSON, M R: Bascom's operation in the day-surgical management of symptomatic pilonidal sinus. Br J Surg 2000; 87: 1067-70.
33. SELEEM M I, AL-HASHEMY A M: Management of pilonidal sinus using fibrin glue: a newconcept and preliminary experience. Colorectal Dis. 2005; 7: 319-22.
34. SOLLA J A, ROTHENBERGER D A: Chronic pilonidal disease: An assesment of 150 cases. Dis Colon Rectum 1990; 33: 756-61.
35. SPIVAK H, BROOKS V, NASSBAUM M y colab.: Treatment of chronic pilonidal disease. Dis Colon Rectum. 1996; 39: 1136-9.
36. TESTUT L, JACOB O: Tratado de Anatomía Topográfica. Salvat Editores . S A. Barcelona, 1926.
37. TOLDT C: Atlas D'anatomie humaine. Librairie E. Le Francois, Paris. 1922.
38. TRITAPEPE R, DI PADOVA, C: Excision and primary closure of pilonidal sinus using a drain for antiseptic wound flushing. Am J Surg 2002; 183: 209-11.
39. URHAN M, KUCUKEL F, TOPGUL K y colab.: Rhomboid excision and Limberg flap for management pilonidal sinus. Dis Colon Rectum. 2002; 45: 656-9.
40. VAULA J, BADARÓ J, NACUSSE E y colab.: Enfermedad pilonidal sacrocócigea. Pren. Med. Argent. 1986; 73: 489-92.
41. VAULA J: Quiste Dermoideo Sacrococcígeo. Tratamiento en Enfermedades Quirúrgicas de la Región Anal de Hequera J, Dezanzo, V. Librería Akadia Editorial. Bs As. 1997. pag 416-417.