

Actas de Reuniones Clínicas

Medwave. Año IX, No. 8, Agosto 2009. Open Access, Creative Commons.

Quiste pilonidal

Autor: José Astudillo⁽¹⁾

Filiación:

⁽¹⁾Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

doi: <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2009.08.4073>

Ficha del Artículo

Citación: Astudillo J. Quiste pilonidal. *Medwave* 2009 Ago;9(8) doi: 10.5867/medwave.2009.08.4073

Fecha de publicación: 1/8/2009

Resumen

Este texto completo es la transcripción editada y revisada de una conferencia dictada en el marco de las reuniones clínicas de la Unidad General de Cuidados del Niño del Hospital Padre Hurtado. La publicación de estas actas científicas ha sido posible gracias a una colaboración editorial entre Medwave y la Unidad. El jefe de la UGCN es el Dr. Alejandro Donoso y el Encargado de las Reuniones Clínicas es el Dr. Mario Vildoso.

Definición y epidemiología

Se denomina *quiste pilonidal* a una lesión quística de la *región cóccigea* que se manifiesta como aumento de volumen de la zona cuando se complica.

Mayo hizo la primera descripción del quiste pilonidal en el año 1833, como un absceso quístico del cual extrajo una gran cantidad de pelos. En 1847, en otra publicación se describió un absceso recurrente a pesar de repetidos drenajes, por lo que se decidió intervenir en forma más amplia y se encontró un verdadero "nido" de pelos; pero fue Hodge, en 1880 quien acuñó el término *pilonidal* (nido de pelos). Posteriormente en la segunda guerra mundial la lesión se conoció como la *enfermedad del jeep*.

Por lo general se maneja el concepto de que todas las lesiones de la línea media, desde el cráneo hasta el cóccix se pueden asociar a malformaciones del tubo neural, ya que éste tiene su origen embrionario en una invaginación del ectodermo a partir de la cual se desarrolla la notocorda y en este proceso pueden quedar comunicaciones hacia el exterior; por eso cualquier lesión ectodérmica, como un lunar, fístula, foseta o mancha que se ubique en la línea media, desde la cabeza hasta el cóccix se puede asociar a médula anclada o fístulas que comunican la piel con el tubo neural. No obstante, el quiste pilonidal no tiene esta connotación de origen embrionario o genético.

Los siguientes hechos constituyeron las primeras evidencias de que el quiste pilonidal es una enfermedad adquirida y no congénita: la alta incidencia de la lesión en pacientes sometidos a traumatismo en la región sacrocóccigea, como los conductores de jeep durante la segunda guerra mundial; la recurrencia luego de cirugía adecuada y el predominio en hombres. Karidakis siguió a miles de pacientes durante alrededor de 35 años, al cabo

de los cuales elaboró la teoría de que el quiste pilonidal no es de origen congénito, sino adquirido y que su desarrollo requiere la presencia de tres elementos: pelo invasor; mecanismo anómalo de inserción del pelo y susceptibilidad de la piel. Esta teoría explica al quiste pilonidal como el resultado de uno o muchos folículos pilosos que quedan incluidos dentro de la piel rodeados por células escamosas, lo que genera una reacción de cuerpo extraño; si además esta lesión se comunica hacia el exterior se dan todas las condiciones para que la flora microbiana local origine un proceso infeccioso purulento, ya que es un sitio húmedo y "nutritivo", un verdadero caldo de cultivo para las bacterias. La inserción de los folículos pilosos en planos más profundos que lo normal favorece este proceso.

Las publicaciones sobre la incidencia del quiste pilonidal son escasas. En Estados Unidos y en Noruega se han descrito tasas de 25/ 100.000. La distribución por edad tiene forma de campana de Gauss; la mayor parte de los casos ocurre entre los 15 y 25 años de edad y es muy raro que se presente en mayores de 40. En cuanto a género, en pediatría es más frecuente en mujeres que en varones, con una relación de 3-4:1, mientras que en adultos es exactamente al revés.

Presentación clínica

El quiste pilonidal tiene tres formas de presentación. La primera es la forma asintomática, que se debe buscar activamente mediante un examen físico acucioso, sobre todo en la etapa de recién nacido. La palpación del cóccix permite detectar una serie de anomalías que se pueden presentar en esa zona, entre las cuales se encuentran orificios o fosetas localizados en la región sacrocóccigea y cubiertos por el pliegue interglúteo: son los senos o fosetas pilonidales, que normalmente no se comunican con el canal raquídeo y no tienen significado

neuroquirúrgico. La segunda es el absceso agudo, que es la forma más frecuente de presentación del quiste pilonidal, ya que cuando éste es asintomático no origina consulta: ésta se produce cuando hay alguna complicación, entre las cuales la más frecuente es la abscedación secundaria al ingreso de gérmenes a este bolsillo cutáneo-piloso, sea a través de una comunicación hacia el exterior o por vía hematógena. La tercera forma es la enfermedad crónica, que se caracteriza por supuración recurrente de la lesión.

En el paciente asintomático es importante determinar en forma exacta la ubicación de la foseta: la pilonidal se ubica en la región sacrococígea, en la zona del pliegue interglúteo y no se comunica con el canal medular ni tiene relación con malformaciones en planos más profundos, como el plano óseo. En cambio los orificios cutáneos, como los senos dérmicos, son orificios profundos que se ubican en la región lumbosacra, más arriba del pliegue interglúteo; la mayoría de ellos se comunica con el canal raquídeo, pueden causar meningitis a repetición y se relacionan con la presencia de disrafia espinal, como se muestra en la Fig.1, en la que se aprecia en A un seno dérmico sacro que cursa oblicuamente hacia abajo en la grasa subcutánea; y en B, gran contenido dermoide en el saco tecal extendido hacia el cono medular.



Figura 1. A: seno dérmico sacro. **B:** Gran contenido dermoide en el saco tecal.

La presentación aguda se caracteriza por aumento de volumen, dolor espontáneo y consistencia firme o fluctuante a la palpación: cuando la lesión está en etapa flegmonosa se palpa indurada, con eritema o enrojecimiento y aumento de calor local; cuando se absceda aparece la secreción purulenta. Lo más habitual es que no haya síntomas generales, puesto que es un proceso infeccioso localizado (Fig. 2).



Figura 2. Quiste pilonidal: presentación aguda.

En la forma recurrente el paciente refiere una historia de larga data con períodos de supuración y generación de más de un orificio fistuloso, como se observa en la siguiente imagen, en la que se muestran casos con varios orificios fistulosos secundarios (Fig. 3).

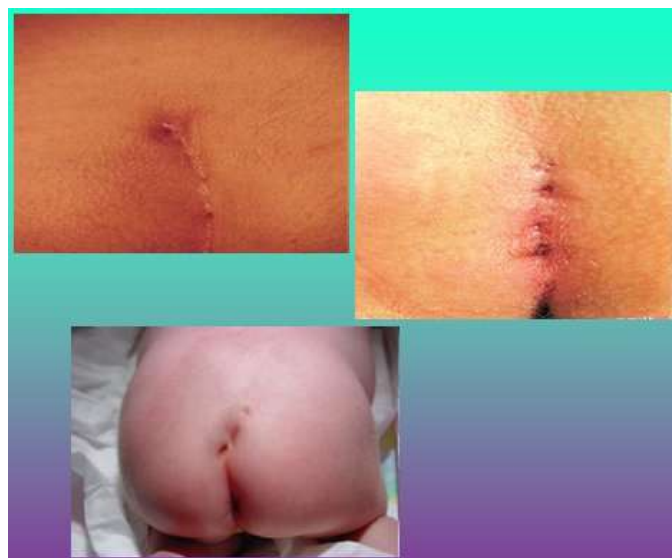


Figura 3. Quiste pilonidal: orificios fistulosos múltiples en pacientes con forma de presentación recurrente.

En la histología se encuentra en las paredes epitelio escamoso con restos celulares y restos foliculares pilosos o pelos, además del infiltrado leucocitario secundario al proceso infeccioso, que puede estar causado por cocáceas aeróbicas o anaeróbicas, especialmente por *estafilococo aureus*.

El estudio o examen más importante es el examen clínico. Las imágenes no son indispensables, pero pueden ayudar a dilucidar el diagnóstico en pacientes que tienen una fosea cuya ubicación con respecto al pliegue interglúteo no está clara. En estos casos la ecografía es muy útil, especialmente en pacientes menores de seis meses de edad porque tiene muy buen acceso al canal medular y permite detectar la cauda equina. Las imágenes permiten, además, precisar el tamaño de la colección, detectar la presencia de otros trayectos fistulosos y determinar en forma más exacta el tamaño de la zona a reseccionar.

Tratamiento del quiste pilonidal

En presencia de un absceso, sea el primer episodio o una recurrencia, se debe realizar drenaje. Técnicamente puede bastar un drenaje simple o se puede requerir marsupialización, pero el concepto básico sigue siendo el que utilizaban los antiguos cirujanos: "*ubi pus, ibi evacua*", donde hay pus hay que drenar y el tratamiento se debe efectuar sin demora. Si además hay celulitis en el área adyacente se debe agregar antibióticos. La probabilidad de recurrencia disminuye si se deja conectada la cavidad drenada al exterior mediante un *Penrose* o mediante la marsupialización, que consiste en dejar abocada la pared interna del quiste a la piel, dejando que la zona cicatrice por segunda intención.

En algunos casos la marsupialización es el tratamiento definitivo, porque la cicatrización por segunda intención deja exteriorizados todos los elementos ajenos al plano celular subcutáneo, eliminando por completo el nicho y por lo tanto, las posibilidades de recurrencia; sin embargo, si los tejidos están muy friables y no permiten la colocación de los puntos de sutura no será posible realizar esta técnica y se deberá drenar lo más posible y dejar instalado un *Penrose*.

Si el paciente ha hecho este episodio uno o más veces, y en esto es fundamental el seguimiento y el control, y luego de este episodio agudo se observa que persiste la fosea o, más aun, tiene una franca fístula que se puede canalizar con un teflón o sonda, entonces ese paciente requiere un tratamiento definitivo, ojalá antes de la recurrencia, porque cada episodio infeccioso va alterando la anatomía que hay debajo de este orificio. Es indispensable evitar la recurrencia.

En caso de múltiples recurrencias, foseas muy pronunciadas o fístulas persistentes se puede efectuar:

1. resección y cierre por segunda intención, o
2. resección y cierre primario.

La primera opción consiste en efectuar resección completa del lecho del quiste y de los trayectos fistulosos, para lo cual se debe extraer una amplia zona de tejido celular subcutáneo alrededor de la estructura quística. La tasa de recurrencia de esta intervención es muy alta debido a las infecciones secundarias, por ello lo mejor es reseccionar lo más posible y dejar que el lecho cicatrice por segunda intención, lo que requiere curaciones frecuentes por periodos prolongados. El trayecto fistuloso se puede marcar con azul de metileno, lo que permite diseccionarlo por

completo; es necesario seguir la disección hasta que el hueso sacro sea visible y palpable, porque puede haber *bolsillos* muy profundos y es indispensable que todos se resequen (Fig. 4).



Figura 4. Quiste pilonidal: resección y cierre por segunda intención.

En la siguiente imagen se observa un paciente que se operó y quedó con cierre por segunda intención, a los 9, 12, 16, 20 y 22 días: no se ve mucha diferencia, ya que la zona se comienza a cerrar recién alrededor de las tres semanas. No es fácil mantener la zona perianal abierta de esta forma, pero es necesario porque si se cierra la incidencia de infecciones secundarias es muy alta (Fig. 5).



Figura 5. Quiste pilonidal: resección y cierre por segunda intención.

En la siguiente imagen se observa un paciente en que hizo cierre primario, en este caso, en la línea media. El problema de este tipo de intervención es la alta tasa de recurrencia debido al pliegue de piel que queda incluido en el cierre (Fig. 6).



Figura 6. Quiste pilonidal: cierre primario.

Para subsanar este problema se han desarrollado algunas técnicas quirúrgicas con el objetivo de eliminar el pliegue, mediante resección de toda la zona comprometida y avance en colgajo lateral que se puede hacer en distintas formas (Fig. 7).



Figura 7. Quiste pilonidal: cierre primario con colgajo lateral (Limberg).

Los avances de colgajo más utilizados por los cirujanos son el Limberg y el Dufourmental. En la siguiente imagen se ilustra el Limberg clásico, en que se reseca una gran pieza romboidea que contiene al quiste totalmente y se efectúa un avance que permite cerrar el gran defecto que queda después de la resección.

Cuando la enfermedad se presenta en forma recurrente a pesar de aplicación de las técnicas descritas, se puede recurrir a colgajos musculocutáneos, que tienen mayor vitalidad e implican cirugías bastante más profundas.

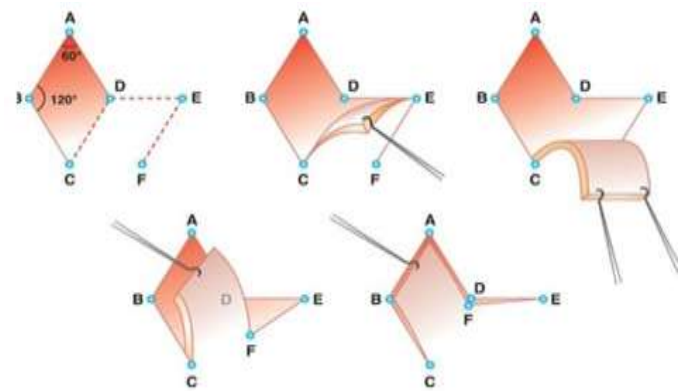


Figura 8. Quiste pilonidal: colgajo lateral de Limberg.

Antes de proceder al tratamiento del quiste pilonidal se debe haber hecho el diagnóstico diferencial apropiado con las siguientes entidades:

- Fístula o fisura perianal: cuando el absceso es de gran magnitud no es fácil determinar si el origen es una foseca pilonidal o una fístula perianal que terminó haciendo la conexión por sobre el pliegue interglúteo.
- Hidradenitis supurativa.
- Absceso perirrectal: son de muy difícil resolución porque tienden a avanzar muy rápidamente.
- Quiste dermoide.
- Sinus presacro: es importante descartar este origen ya que tiene riesgo de comunicación con el canal medular

Complicaciones del quiste pilonidal

- Recurrencia: es la complicación más frecuente, se presenta en alrededor de 40% de los pacientes.
- Formación de abscesos: en el colgajo de grasa con piel habitualmente se generan xeromas que son un excelente caldo de cultivo para el desarrollo de infección.
- Infección diseminada.
- Los carcinomas escamosos y verrucosos son poco frecuentes, pero pueden ocurrir debido a que existe una inflamación crónica que aumenta el riesgo de mitosis patológicas, como en cualquier otro tejido que esté sufriendo una noxa permanente.

Finalmente es importante saber que pesar de la morbilidad asociada y de la alta tasa de recurrencia, el pronóstico definitivo es excelente cuando el tratamiento es adecuado y oportuno.



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.