



ENFERMEDAD PILONIDAL SACROCOCCIGEA (EPSC)

Dr. Guillermo Bannura C.

Actualmente se acepta que la EPSC es una condición adquirida que no corresponde a un quiste. Se trata de un absceso crónico causado por bacterias que ingresan al tejido graso subcutáneo a través de los folículos pilosos ensanchados (poros = pits en la literatura anglosajona) de la piel a nivel de la línea media de la hendidura entre los glúteos. Estos poros se producen por el efecto de tracción hacia abajo de los glúteos que ejercen una formidable fuerza sobre la piel que está fija al hueso coccígeo, especialmente al ponerse de pie y al sentarse. Secundariamente, se produce la penetración del invasor, es decir el pelo, que provoca una infección persistente de bajo grado, el absceso crónico, secundariamente la formación de tejido granulatorio y, en el extremo del abanico, la reacción gigantocelular a cuerpo extraño. Se ha demostrado claramente que el pelo no ingresa por la raíz, confirmando que se trata de pelos sueltos de la región lumbar y de la espalda que son eliminados en forma natural. En algunos pacientes un manojo de pelos puede ser succionado hacia la línea media por la presión negativa o el vacío que se crea entre los glúteos.

Como el surco interglúteo es profundo y húmedo, particularmente en personas con sobrepeso, la obesidad ha sido identificada como un factor de riesgo de desarrollar la EPSC. Del mismo modo, el hirsutismo se ha considerado como un factor predisponente de esta condición, habitualmente denominada “quiste pilonidal” (en latín, nido de pelos). En un estudio realizado en nuestro hospital, se concluye que concluir que la obesidad y el hirsutismo, como factor único o asociados, no son **causas suficientes** para explicar la aparición de la EPSC. Aunque los varones tienen un promedio de IMC superior y son más hirsutos que las mujeres, en nuestro medio la incidencia de la enfermedad es igual en ambos géneros.

Clínicamente se presenta como un aumento de volumen sensible o más comúnmente como un absceso pilonidal que se ha drenado espontánea o en forma



quirúrgica una o varias veces (97% de nuestros casos). Afecta de preferencia adultos jóvenes, con predilección en el género masculino en la literatura extranjera (en nuestra experiencia es 1:1).

Técnica quirúrgica:

Existen más de 100 técnicas quirúrgicas diseñadas para tratar esta patología. Las revisiones sistemáticas y meta-análisis favorecen la resección en bloque del quiste y de los orificios fistulosos hasta la aponeurosis retrosacra, seguida de un cierre primario con técnica asimétrica (Karydakis). Esta técnica intenta corregir los factores predisponentes de la enfermedad mediante un procedimiento simple y reproducible, sin la necesidad de rotación de grandes colgajos o procedimientos de mayor envergadura).

Técnica de Karidakis.

1. Se traza una paramediana vertical a 2 cm de la línea media desplazada hacia el lado del orificio fistuloso o de la cicatriz y se talla una elipse que incluye toda la lesión.

2. El extremo caudal de la incisión es desplazada 1 cm más hacia lateral quedando a 3 cm de la línea media, de modo de alejar la herida del ano.

3. Luego de efectuada la resección con bisturí frío y efectuada la hemostasia se suelta el vendaje en T de los glúteos, se talla un colgajo graso de 2 cm de profundidad que se sutura en la línea media con puntos separados de Vicryl 3/0, lo que aplana la fosita natal.

4. Una segunda capa de puntos separados de Vicryl 3/0 entre el borde libre del colgajo medial y el borde lateral de la herida cierra el espacio muerto.

5. Hemostasia meticulosa. Habitualmente no requiere drenaje. Cierre de la piel sin tensión con monofilamento 3/0 lo que permite apreciar una herida vertical ligeramente oblicua en posición lateral a la línea media.



6. Desde el traslado a su cama el paciente adopta la posición en decúbito supino, lo que, junto al vendaje compresivo, favorece la hemostasia en las primeras horas del postoperatorio.

7. La gran mayoría de los pacientes pueden ser intervenidos en forma ambulatoria.

Técnicas alternativas

- Marzupialización (abierta) o la técnica de Bascom la utilizamos para los quistes infectados.
- Las plastías de Limberg o LLL (Dufourmentel) se reservan para los quistes gigantes con múltiples orificios fistulosos, trayectos laterales o los casos recidivados. Drenaje Hemosuc opcional.

Experiencia HCSBA.

En un periodo de 16 años hemos intervenido 270 pacientes por EPSC, el 98% en forma ambulatoria, mediante la técnica de Karydakis en 238 casos, Limberg en 16 casos y el resto con técnicas abiertas o Bascom. La recidiva de la técnica cerradas asimétricas es de 2% con un seguimiento mayor a 4 años.

Manejo postoperatorio inmediato

- Reposo en decúbito dorsal (favorece la hemostasia)
- Alta a las 4-6 hr (cirugía ambulatoria).

Control postoperatorio ambulatorio

- Retiro tardío de suturas (después de 12-15 días).
- Rasurado de la zona con máquina.
- Control anual para evaluar recurrencia o en caso de excreción por la cicatriz.



Servicio de Cirugía
Coloproctología
Hospital Clínico San Borja-Arriarán

Universidad de Chile
Facultad de Medicina
Dr. Guillermo Bannura C.



Anatomía Patológica

Lo característico es la existencia de un proceso inflamatorio crónico y agudo con formación de granulomas con reacción gigante-celular a cuerpo extraño y la presencia de pelos.