

Medicentro Electrón. 2012 oct.-dic.;16(4)

**HOSPITAL PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO
«JOSÉ LUIS MIRANDA»
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

COMUNICACIÓN

**PUNTOS PARA EL CIERRE PRIMARIO LUEGO DE LA EXTIRPACIÓN DE
QUISTE O FÍSTULA PILONIDAL**

Por:

Dr. Ismael L. Polo Amorín¹ y Dra. Carmen del R. Gómez Maciñeira²

1. Especialista de II Grado en Cirugía Pediátrica. Hospital Pediátrico Universitario «José Luis Miranda». Asistente. UCM-VC. e-mail: polo@hped.vcl.sld.cu
2. Especialista de I Grado en Cirugía Pediátrica. Hospital Pediátrico Universitario «José Luis Miranda». Santa Clara, Villa Clara.

Descriptores DeCS:

SENO PILONIDAL/embriología
TÉCNICAS DE SUTURA
CIRUGÍA GENERAL

Subject headings:

PILONIDAL SINUS/embryology
SUTURE TECHNIQUES
GENERAL SURGERY

El quiste pilonidal es un proceso de origen embrionario que se desarrolla bajo la piel en la línea media del plano dorsal, a nivel del cóccix, y está constituido por elementos cutáneos, principalmente pelos, encerrados en una cavidad quística. Se ha considerado clásicamente como un tumor dermoides producido por la invaginación de elementos de la piel en planos profundos, al ocurrir el cierre del rafe medio durante el desarrollo del embrión; otros lo consideran como procesos adquiridos, causados por traumas mínimos y repetidos que provocan la inclusión de vellos; para otros autores, se derivan de pequeñas glándulas que representan en el hombre el aparato que tienen las aves en esa región, cuya secreción grasosa utilizan para lubricar sus plumas. Es más frecuente en el adulto hombre que posea un abundante sistema piloso; es rara en negros y prácticamente no se conoce en los países asiáticos^{1,2}.

Se presenta como un pequeño nódulo situado en el pliegue interglúteo, unido a la piel frecuentemente por una depresión infundibuliforme. Suele infectarse, abrirse al exterior, y dejar uno o varios trayectos fistulosos por los que drena una secreción seropurulenta, fétida y habitualmente con algunos pelos. Su tratamiento, aún en la actualidad, plantea múltiples aspectos controversiales, lo que se refleja en la profusión de técnicas quirúrgicas propuestas como de elección para su tratamiento definitivo^{3,4}.

El objetivo de este consiste en erradicar la enfermedad en forma ambulatoria o con una hospitalización breve, que implique escasa morbilidad, requerimientos mínimos de cuidados de enfermería, un reintegro laboral o escolar precoz, un leve o nulo efecto cosmético y, sobre todo, una recidiva mínima⁴.

El tratamiento recomendado es la extirpación completa del quiste y los trayectos fistulosos, y extender el área reseca hasta la aponeurosis sacrococcígea en el centro y a las glúteas por los lados; luego de su extirpación, se puede optar por técnicas abiertas, que se caracterizan por un prolongado tiempo de cicatrización con una recidiva considerable; por ello, debieran plantearse las cerradas solo como una alternativa en los casos de abscesos o celulitis local, pues estas aseguran

una cicatrización en el 90 % de los pacientes en un corto plazo, cifra susceptible de mejorar con métodos simples⁵.

Entre las técnicas abiertas se encuentran: la resección abierta, la incisión y curetaje y la marsupialización. La resección abierta tiene un porcentaje de recidiva que puede llegar hasta el 13 % en algunas series, con un rango de curación entre 40 y 150 días. Mediante incisión y curetaje se puede llegar a una recidiva del 20 %; la marsupialización tiene un tiempo de cicatrización de aproximadamente 30 días, con muy baja recidiva. Las técnicas cerradas son las preferidas por el autor. Para lograr un buen resultado, son requisitos obligatorios la manipulación cuidadosa de los tejidos, el empleo de material de ligadura delgado, la hemostasia meticolosa y el cierre del espacio muerto^{6,7}.

Los puntos descritos por Sturmdorf son los más empleados para el cierre primario; estos se colocan a intervalos de 2 cm, con material no absorbible o absorbible a largo plazo, con aguja cortante. La sutura se inicia a 3 cm aproximadamente del borde, se toma una porción grande de la aponeurosis sacra y, después de ello, una porción de 2 mm del borde cutáneo del mismo lado; se vuelven a hacer las mismas maniobras en sentido contrario, y los puntos saldrán a la superficie a poca distancia por dentro del punto inicial. Se anudan sobre un catéter blando o un tubo de caucho. A veces se necesitan puntos intercalados entre ellos. La incisión romboidea con el colgajo de Limbert es otra de las técnicas cerradas descritas con buenos resultados, en cuanto a recidivas y tiempo de cicatrización, pero la cicatriz no es bien aceptada, desde el punto de vista estético^{6,7}.

Los autores de esta comunicación desean mostrar un punto diferente al anterior, que han utilizado para realizar el cierre primario luego de la extirpación completa de un quiste o fístula pilonidal, en ausencia de infección en niños:

Los puntos se colocan a intervalos de 1 cm, con material no absorbible o absorbible a largo plazo, con aguja cortante. La sutura se inicia a 2 cm del borde, se toma una porción grande de la aponeurosis sacra y después de ello una porción de 2 mm del borde cutáneo del otro lado; se vuelven a hacer las mismas maniobras en sentido contrario, y los puntos saldrán a la superficie a poca distancia por dentro del punto inicial; cada uno quedará de forma alterna y se retiran entre el séptimo y octavo días. No se colocan puntos adicionales.

Este punto que recomendamos reúne, al igual que el de Sturmdorf, los requisitos obligatorios para lograr buenos resultados, pero posee algunas ventajas:

- Asegura una aposición adecuada de los bordes de la herida quirúrgica, al incluir tejidos de ambos lados, con lo que se garantiza el principio quirúrgico de correcto afrontamiento de los bordes de la herida.
- Al ser colocados a una distancia aproximada de 1 cm, se asegura que no haya tensión en los bordes aproximados y, además, no se requieren puntos adicionales intercalados.

Los autores han realizado el cierre primario luego de la extirpación del quiste o fístula pilonidal no infectados en seis pacientes, y solo en uno fueron retirados al quinto día por presentar signos inflamatorios de la herida quirúrgica, pero sin infección. En este paciente no se abrió completamente la herida y se logró la cicatrización por segunda intención en menos de 15 días. Ningún paciente ha estado hospitalizado por más de 24 horas después de la intervención y la morbilidad no se ha prolongado más de 30 días, por lo que recomendamos evitar los traumas de la región en este tiempo. No ha existido recurrencia de la enfermedad durante el seguimiento evolutivo, que oscila entre seis meses y tres años. Este punto cumple con los objetivos propuestos al tratar el quiste o la fístula pilonidal, no infectados, en pacientes pediátricos. La poca frecuencia de la afección dificulta mostrar grandes series.

Referencias bibliográficas

1. Bullard KM. Colon, rectum and anus. En: Brunickardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Pollock RE. Schwartz's Principles of Surgery. 8th ed. United States of America: McGraw-Hill; 2007.

2. Glasgow SC, Fleischman JW. Colon, rectum and anus. En: Klingensmith ME, Li CE, Sean CG, Trudie AG, Spencer MJ. Washington Manual of Surgery. 5th. ed. Washington: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 224-5.
3. Villasana Roldós N. Enfermedad pilonidal. En: Gutiérrez AG, Gómez GP. Cirugía. La Habana: Ecimed; 2007. p. 1719-23.
4. Debas HT. Small and Large intestine. En: Gastrointestinal Surgery. New York: Springer; 2004. p. 303-4.
5. Yamout SZ, Caty MG, Lee YC, Lau ST, Escobar MA, Glick PL. Early experience with the use of rhomboid excision and Limberg flap in 16 adolescents with pilonidal disease. J Pediatr Surg. 2009;44:1586-90.
6. Lee S, Tejirian T, Abbas M. Current management of adolescent pilonidal disease. J Pediatr Surg. 2008;43:1124-7.
7. Akca T, Colak T, Ustunsoy B. Randomized clinical trial comparing primary closure with the Limberg flap in the treatment of primary sacrococcygeal pilonidal sinus. Br J Surg. 2005;92:1081-4.

Recibido: 31 de mayo de 2012

Aprobado: 8 de septiembre de 2012