

## CIRUGÍA

## QUISTE PILONIDAL

Carlos Gamboa Pacheco\*

## SUMMARY

**The pilonidal cyst is an acquired condition presented as a cystic lesion in the sacrococcygeal region<sup>(4)</sup>. Results from one or several hair follicles included in the skin surrounded by squamous cells<sup>(8)</sup>. The most frequent presentation is the acute abscess of the cyst as a painful and fluctuant mass. The abscess drainage is the standard treatment; the use of antibiotics is reserved for severe cases. The surgical treatment is indicated in recurrent disease<sup>(1)</sup>.**

**Keywords:** Pilonidal cyst, hair follicles, acute abscess, abscess drainage.

## QUISTE PILONIDAL

El quiste pilonidal es una lesión quística de la región sacrococcígea que se manifiesta como aumento de volumen de la zona cuando se complica<sup>(1)</sup>. Es una condición adquirida que requiere de la presencia de tres elementos: pelo invasor, mecanismo anómalo de inserción del pelo y susceptibilidad de la piel. El quiste es el resultado de uno o varios folículos pilosos incluidos dentro de la piel rodeados por células escamosas, generando una reacción de cuerpo extraño<sup>(1,6,8)</sup>. La razón por la que ocurre en

esta zona y la predisposición de ciertas personas (sexo masculino, segunda o tercera década, hirsutismo) a desarrollar el quiste pilonidal aún no es del todo clara<sup>(4,5)</sup>.

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El quiste pilonidal tiene tres formas de presentación. La primera es asintomática, se encuentran orificios o fosetas a nivel sacrococcígeo cubiertas por el pliegue interglúteo denominados senos o fosetas pilonidales<sup>(1,8)</sup>. La segunda y más

frecuente forma de presentación es el absceso agudo del quiste pilonidal que puede drenar espontáneamente<sup>(4)</sup>. Por último, la tercer forma de presentación es la enfermedad crónica, caracterizada por la supuración recurrente de la lesión<sup>(1,3)</sup>.

## DIAGNÓSTICO

La presentación inicial de una masa dolorosa, fluctuante es típica del quiste pilonidal. En etapas tempranas puede solo haber celulitis, mientras que en estados crónicos se observa la abertura del seno hacia el pliegue interglúteo, aproximadamente 5cm superior y posterior del ano<sup>(4)</sup>. La mayoría de los tractos se dirigen de manera cefálica (93%); el resto de manera caudal (7%) que pueden confundirse con una fistula anal o hidradenitis supurativa. Si se realiza una examinación cuidadosa, la mayoría de las veces se logra encontrar un acúmulo de cabello en línea media representando los folículos. Las imágenes no son indispensables<sup>(1)</sup>. Dentro de los diagnósticos diferenciales están: forúnculos, fistula anal, granuloma tuberculoso o sifilítico, osteomielitis.

## TRATAMIENTO

El tratamiento médico de la enfermedad pilonidal se basa en

el control local del pelo, el cual tradicionalmente se realiza con el rasurado de la zona afectada y cambios en hábitos higiénicos<sup>(9)</sup>. En presencia de un absceso, sea el primer episodio o recurrencia, se debe drenar. El drenaje del absceso pilonidal puede alcanzarse casi siempre bajo anestesia local<sup>(4)</sup>. Se realiza una incisión longitudinal lateral a línea media sobre el absceso, y se ingresa hacia la cavidad. Todo el cabello en la cavidad abscedada es removido y la herida cubierta<sup>(10)</sup>. El paciente es educado a limpiar la herida al menos una vez al día y cubrirla. Se hace hincapié en que la incisión debe realizarse lateral a línea media, ya que se ha demostrado una mejor cicatrización y menor tasa de recurrencia que si se hiciera en línea media<sup>(9)</sup>. La decisión de realizar un cierre primario o secundario depende del tamaño de la herida<sup>(11)</sup>. El uso de antibióticos como terapia para esta enfermedad es limitado y aunque se reconoce que en forma preoperatoria ha logrado la disminución de complicaciones de la herida, mejora en cicatrización y disminución de recurrencia, no es información concluyente. Los antibióticos se indican en aquellos pacientes inmunosupresos, con celulitis importante o con enfermedad sistémica concomitante<sup>(9)</sup>. Para quistes pilonidales crónicos, se realiza incisión en la cavidad

crónica y se marsupializan los bordes de la herida. Otra medida es realizar una escisión del quiste y reparación con colgajo local<sup>(10)</sup>. La depilación con laser ha sido descrita como tratamiento no quirúrgico definitivo en pacientes con enfermedad recurrente, sin embargo no ha sido completamente estudiado ni es de primera línea<sup>(3)</sup>.

## COMPLICACIONES

La complicación más frecuente es la recurrencia, es presentada en alrededor del 40% de los pacientes<sup>(1)</sup>. En casos de abordaje quirúrgico en los que se formen seromas, hay mayor predisposición de infección y formación de abscesos<sup>(7)</sup>. Infección diseminada. Carcinomas escamosos y verrucosos: son poco frecuentes, sin embargo pueden ocurrir dada la inflamación crónica que aumenta el riesgo de mitosis patológicas<sup>(1)</sup>.

## RESUMEN

El quiste pilonidal es una condición adquirida que se presenta como una lesión quística en la zona sacrococcígea<sup>(4)</sup>. Es resultado de uno o varios folículos pilosos incluidos dentro de la piel rodeados por células escamosas<sup>(8)</sup>. La presentación más frecuente es el absceso agudo del quiste como

una masa dolorosa y fluctuante. El drenaje del absceso es el tratamiento estándar, el uso de antibióticos se reserva para casos graves. El tratamiento quirúrgico esta indicado en la enfermedad recurrente<sup>(1)</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Astudillo, José. Quiste pilonidal. Medwave. 2009; 9(8).
2. Bascom, John. Pilonidal sinus. Current Therapy in Colon and Rectal Surgery. 1990.
3. Bendewald, Franklin; Cima Robert. Pilonidal Disease. Clin Colon Rectal Surg. 2007; 20(2): 86-95.
4. Greenfield, Lazar J., and Mulholland. Greenfield's surgery: scientific principles & practice. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2011;5: pp1150-1151.
5. Harlak, Ali; Mentes, Oner; Kilic, Selim; Coskum, Kagan; Duman, Kazim; Yilmaz, Fahri. Sacrococcygeal pilonidal disease: analysis of previously proposed risk factors. Clinics. 2010; 65(2): 125-131.
6. Kitchen, Paul. Pilonidal sinus: management in the primary care setting. Australian Family Physician. 2010; 39(6): 372-375.
7. Onder, Akin; Girgin, Sadullah; Kapan, Murat et al. Pilonidal Sinus Disease: Risk Factors for Postoperative Complications and Recurrence. Int Surg. 2012; 97: 224-229.
8. Oxford Radcliffe Hospitals. Pilonidal Sinus: information for patients. 2013; 2.
9. Salgado, Noel; Vergara, Omar. Resultados basados en evidencia y nuevos tratamientos de la enfermedad pilonidal. Cirujano General. 2011; 33(1): 86-89.
10. Townsend, Courtney M., et al. Sabiston tratado de cirugía: fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna. Barcelona: Elsevier. 2013;19: pp1422-1423.
11. Varnalidis, I; Ioannidis, O; Paraskevas, G et al. Pilonidal sinus: a comparative study of treatment methods. Journal of Medicine and Life. 2014; 7(1): 27-30.