

TECNICA QUIRURGICA

Fístula coccígea. Quiste pilonidal

*Análisis de 45 casos.
Procedimiento semicerrado*

Dres. Luis A. Praderi,
Ricardo Pérez Tambasco,
Luis Praderi Gambardella

Hemos expuesto el problema de la fístula coccígea, indicaciones quirúrgicas, su larga morbilidad postoperatoria y sus frecuentes recidivas. Clasificamos los métodos empleados en abiertos y cerrados con sus principales variantes y proponemos una variante al método de Mac Fee. Lo hemos empleado en 24 casos, logrando reducir los días de curación postoperatoria y las recidivas.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS.
Pilonidal cyst / Surgery.

SUMMARY: Coccygeal fistula. Pilonidal cyst. Analysis of 45 cases. Semiclosed surgical procedure.

We have discussed the problem of the coccygeal fistula, surgical indications, its extended postoperative morbidity and frequent recidivation. Methods employed have been classified into open and close and main variations of same and we propose a modification of Mac Fee's method. We have applied said variation in 24 cases reducing the postoperative period for recovery and recidivation.

Summing up, the object is to lay the lips of tissue in a manner permitting suture on their middle line, on the sacrum aponeurosis, thus eliminating the dead space and making unnecessary the use of rolls that keep supuration going for a long time until secondary closing.

Clinica Quirúrgica "F" (Director Prof. Dr. Luis Praderi). Hospital de Clínicas. Fac. de Medicina. Montevideo.

RÉSUMÉ: Fistule Coccygée. Kyste Pilonidal. Analyse de 45 cas. Procédé chirurgical semi-fermé.

Nous avons exposé le problème de la fistule coccygée, des indications chirurgicales, de sa grande morbidité post-opératoire et de ses récurrences fréquentes.

Nous classifions les méthodes employées en ouvertes et fermées, avec leurs variantes principales et nous proposons un variante à la méthode de Mac Fee. Nous l'avons employée dans 24 cas, ayant réussi à réduire les jours de récupération post-opératoire et les récurrences.

En somme, il s'agit de creuser les lambeaux cutanés de manière que l'on puisse suturer sur la ligne médiane, sur l'aponévrose du sacrum, en supprimant ainsi l'espace mort et en évitant l'utilisation de mèches qui maintiennent largement la supuration avant d'obtenir la cicatrisation.

Constituye una afección *relativamente frecuente* (cuadro I) sobre todo en jóvenes, que suelen consultar cuando *se complica por supuración*.

Cuadro I

PLANTEAMIENTO

Patología común
Frecuente supuración
Cirugía menor
Morbilidad postoperatoria prolongada
Numerosas técnicas quirúrgicas
Resultados operatorios disímiles

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 14 de noviembre de 1984.

Prof. Titular de Clínica Quirúrgica y Practicantes Internos.
Dirección: Bvar. Artigas 2761, apto. 301. Montevideo. (Dr. L. Praderi).

Esta complicación ya ocasiona problemas al paciente, pues es tratado con antibióticos exclusivamente, determinando una prolongación inútil en días de enfermedad con la consiguiente perturbación en el trabajo o el estudio. Es común que el absceso, al igual que en otras localizaciones, sea mal tratado, contemporizando antes de pasarlo al cirujano para ser drenado; otras veces es el propio cirujano que indica tratamiento médico inefectivo y el absceso se drena espontáneamente.

Solamente cuando el paciente consulta al inicio de su proceso inflamatorio, se puede evitar la formación del absceso, con la depilación y la extracción de los pelos que emergen por los orificios fistulosos, a los que pueden sumarse los antibióticos.

Otras veces el paciente consulta por la fistula no complicada; en estos casos, si no hay antecedentes de supuraciones anteriores, podemos esperar o postergar la indicación quirúrgica. Hemos visto que si se cuida la higiene o mejor aún, depilando la zona, la fistula no se complica con supuración permaneciendo asintomática.

En resumen, *la indicación quirúrgica* es formal cuando se complica con dolor, inflamación y/o supuración; y relativa, en la no complicada como profilaxis de futura supuración.

Se considera habitualmente como *cirugía menor*, y realmente lo es, pues constituye una patología de piel y del tejido celular que nunca rebasa el plano aponeurótico profundo. Por tanto, muchas veces se improvisa el método quirúrgico o no se realiza con el total conocimiento del problema, y en consecuencia, los resultados son malos.

Los métodos quirúrgicos más empleados son los denominados abiertos, que luego analizaremos, y que determinan una brecha muy amplia que puede demorar de dos meses hasta un año o aún más para obtener el total cierre de la zona. La mayoría de estos métodos destacan la *morbilidad postoperatoria prolongada*, que, aunque no invalidan totalmente, pues el paciente puede trasladarse y aún trabajar, exige curarse periódicamente con las dificultades de mantener la higiene de dicha región.

De las *numerosas técnicas quirúrgicas* aún no se destaca de entre ellas aquella que reuna las condiciones de ser sencilla, rápida y segura, reduciendo la morbilidad postoperatoria y evitando la recidiva.

Los *resultados operatorios son totalmente disímiles*, variando en función no solamente de la técnica sino de la forma de llevarla a cabo.

¿Cuáles son las razones que explican estas peculiaridades de la fistula coccígea? Las hemos sintetizado en el cuadro II.

Cuadro II

Zona pilosa y sebácea
Higiene dificultosa
Piel de cicatrización difícil - Zona móvil
Frecuentes espacios muertos
Tendencia a la supuración

La condición básica para que aparezca la fistula o quiste es el mayor desarrollo piloso y sebáceo de la zona coccígea en algunas personas. Se suma frecuentemente, la higiene dificultosa por las condiciones del trabajo, la posición sentada que determina microtraumas repetidos, etc.

La piel coccígea del pliegue interglúteo es gruesa y de gran movilidad en la marcha y cambios de posición, sobre un plano acolchado por abundantes celdas adiposas a ambos lados de la línea media que está más o menos fija por tractus fibrosos a la aponeurosis sacrococcígea.

La foliculitis o el intertrigo son el punto de partida de la infección que migra rápidamente a la zona fistulosa. Cuando se reseca la fistula, quiste y zona vecina, queda frecuentemente un *espacio muerto* entre los planos superficiales cutáneos y el osteoaponeurótico de fondo, pues es imposible exigir al paciente una inmovilidad prolongada. Este espacio muerto es el *enemigo de la cicatrización rápida* y la de la formación de tejido de granulación.

El propósito de este trabajo luego de planteado el problema, es revisar los diferentes métodos quirúrgicos, sugerir una modificación técnica a uno de ellos y mostrar los resultados que hemos obtenido con su empleo en una serie de 45 pacientes.

En los cuadros III y IV, hemos reunido la mayoría de los resultados de los métodos quirúrgicos que pueden realizarse según la bibliografía consultada⁽¹⁾.

Cuadro III

MÉTODOS QUIRÚRGICOS ABIERTOS

Simple
Marsupialización - Buie-Curtiss
Agentes químicos - Anderson - Crookall-Cutler, etc.
Electrocoagulación - Rogers-Hall
Radioterapia - Smith-Turell

Cuadro IV

METODOS QUIRURGICOS CERRADOS O SEMICERRADOS

Con sutura - Dunphy-Matson	Hilo acero Catgut cromado Lino
Sutura y drenaje - Madden	
Sutura en Z plástica - Monro	
Sutura inc. oblicua - Alday	
Sutura inc. estelar - Gage	
Sutura inc. descarga - Lahey-Cattell	
Movilización glúteo - Pope-Shute-Swinton	
Injerto prim. de piel - Scarborough	
Semicerrado con colgajos	Mac Fee Modif. Mac Fee - Praderi y col.

Sobre la base del más simple y empleado en nuestro medio, que consiste en la exéresis de la zona⁽³⁾ y luego el mechado con gasa yodoformada, cuyos inconvenientes ya los conocemos, se han ideado variantes; Buie y Curtiss⁽⁶⁾ realizan un destechado o marsupialización; otros autores emplean agentes químicos⁽¹²⁾ como cloruro de mercurio (Anderson), nitrato de plata (Crookall), ácido nítrico (Biegeleisen) o solución Carnoy (Cutter-Zollinger).

La electrocoagulación empleada por Rogers y Hall^(12, 15) fue considerada como uno de los mejores procedimientos en estadística realizada en 1936 por la Sociedad Americana de Proctología sobre un estudio de 4699 casos.

Posteriormente en 1942⁽¹⁵⁾ se comparan los métodos abiertos con los cerrados y se demuestran las ventajas de estos últimos pues reducen notablemente la morbilidad.

Dunphy y Matson⁽⁴⁾ suturan con diferentes materiales (catgut, acero). Madden⁽¹⁰⁾ emplea el cierre y le agrega drenaje. Para evitar la tracción y dehiscencia de la línea media de sutura se idea la Z plástica (Monro)⁽¹¹⁾, incisión estelar (Gage)⁽⁵⁾, con incisiones de descarga laterales (Lahey-Cattell)^(2, 8, 12), figuras 1 y 2 o movilizándolo junto a la piel el tejido celular y los músculos glúteos mayores (Swinton)^(13, 14). Scarborough cubre el área de resección con un injerto primario de piel, solución empleada exclusivamente en los casos sin supuración.

Por último, entre los métodos semicerrados se destaca el Mac Fee^(9, 12) que se observa en la figura 3; la sutura se realiza con seda negra y aproxima con puntos en U los bordes de piel a la aponeurosis sacra logrando hacer desaparecer el área cruenta y cubrir el defecto con piel.

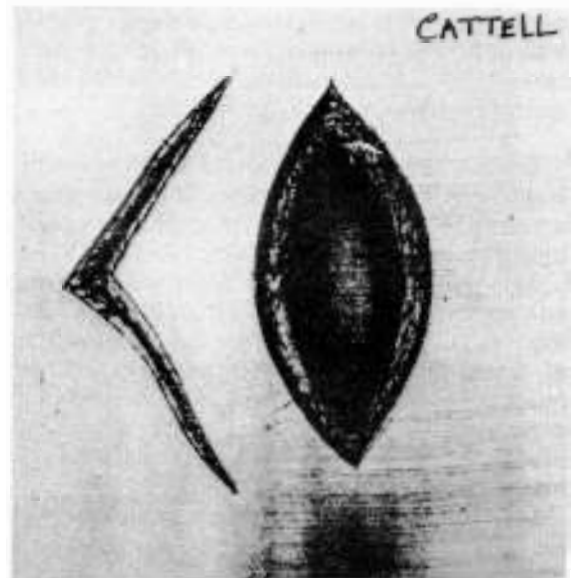


Fig. 1.

En la variante que empleamos tal como se detalla en las figuras 4, 5 y 6, la exéresis se practica igual, creando dos colgajos de piel y celular, socavando el celular mediante un corte oblicuo que respete más la piel que el tejido célulo-adiposo. La sutura se realiza con puntos en U transversales, 2 ó 3 en cada lado, con nylon grueso, como se observa en las figuras 7, 8 y 9. El borde de la piel desciende así al plano de la aponeurosis sacra, quedando una zona lineal entre ambos lados, mediana, a través de la cual puede drenar líquido serohemático. Terminada la intervención, sólo se

coloca una cura plana; no es preciso usar mecha pues no hay cavidad. Los puntos se deben retirar después del 10° día cuando ambos colgajos ya están adheridos al plano profundo. Suele ocurrir que el tejido que abraza cada punto necrose parcialmente la piel; esa necrosis se repara rápidamente, Fig. 10.

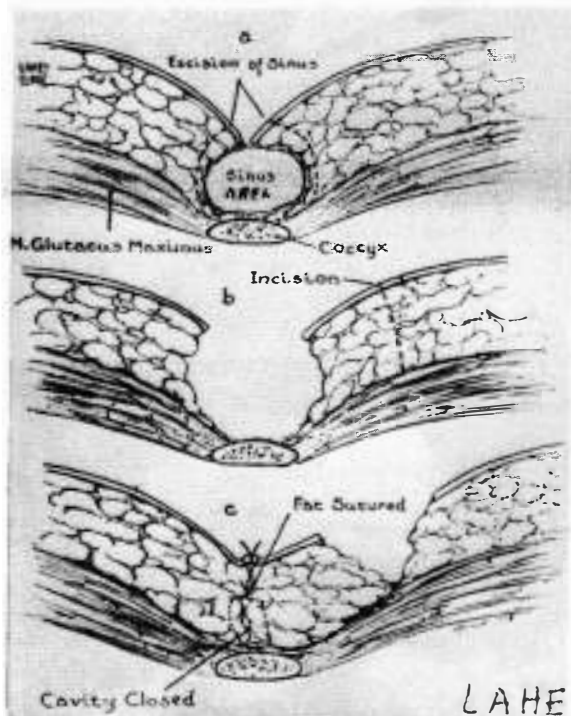


Fig. 2.

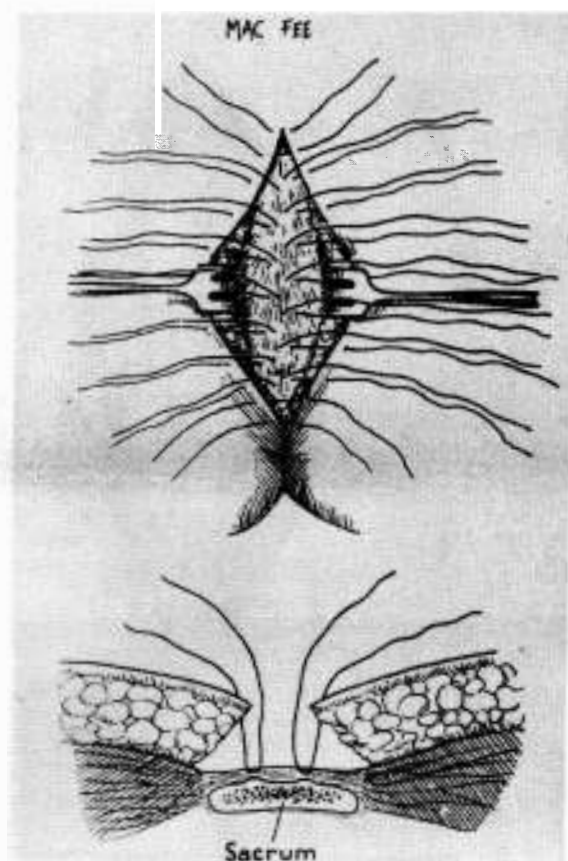


Fig. 3.

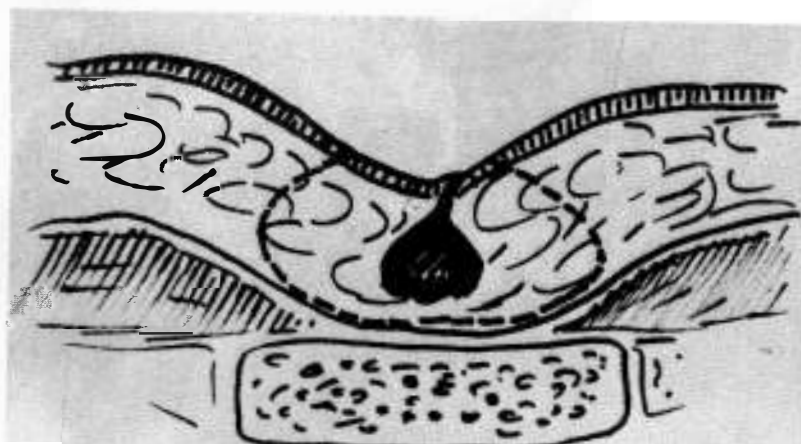


Fig. 4.

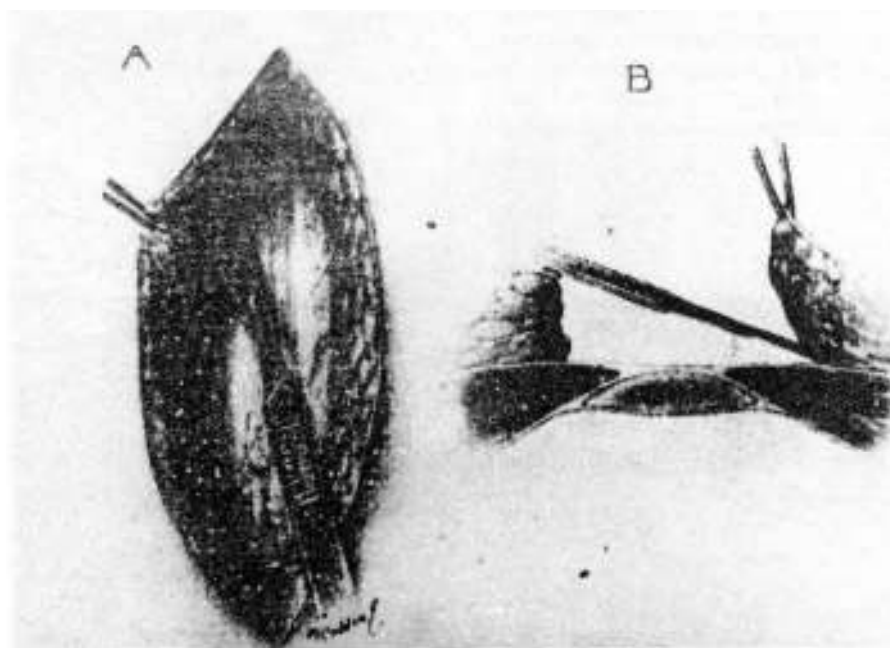


Fig. 5.

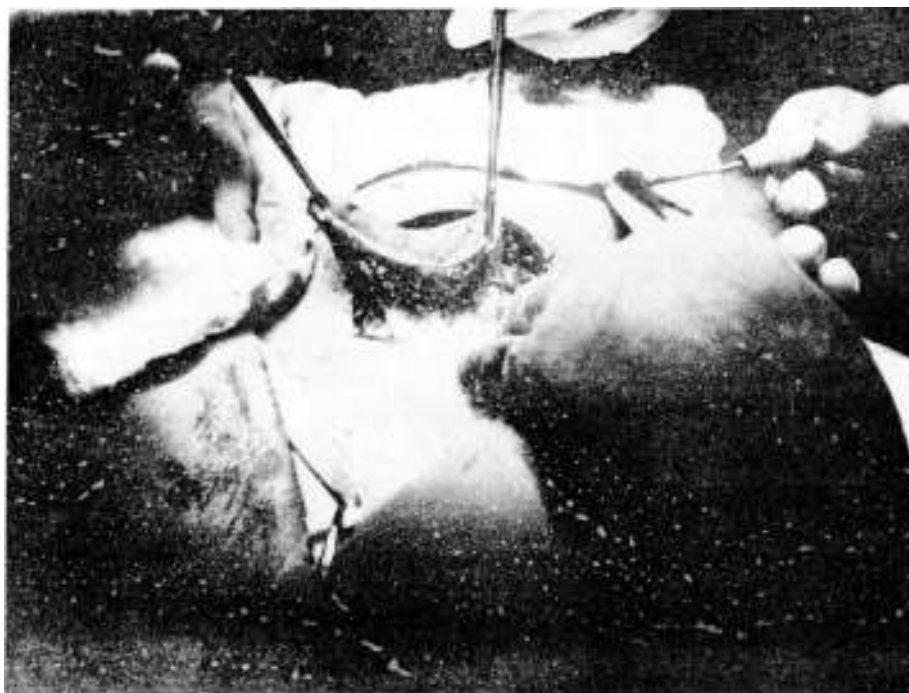


Fig. 6.

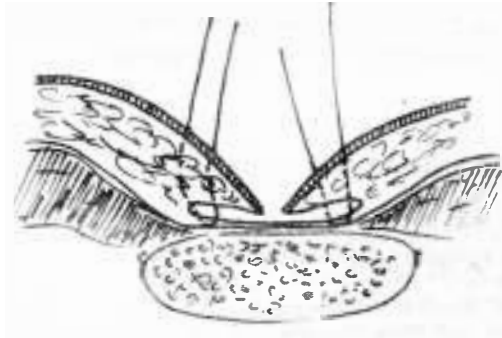


Fig. 7.

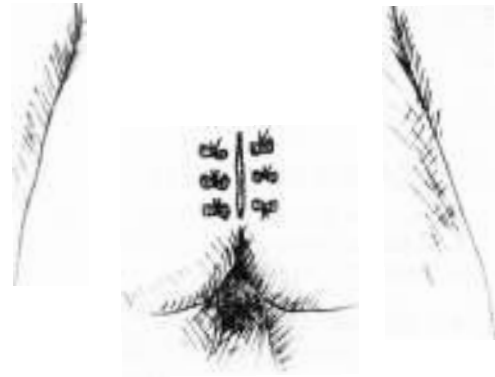


Fig. 9.



Fig. 8.

Este método, puede emplearse en casos supurados, ventaja importante frente a otros métodos cerrados que se pueden emplear solamente en fistulas no supuradas. Rara vez los colgajos se han infectado y supurado. Si la resección es completa, habremos logrado no solamente reducir la morbilidad postoperatoria sino también evitar las recidivas cuyas causas se esquematizan en el cuadro V.



Fig. 10.

Recomendamos siempre al enfermo que debe depilarse siempre la zona (con crema depilatoria y pinza) escrupulosamente, y sobre todo en la vecindad de la cicatriz hasta que ésta esté bien consolidada; es el único tratamiento para evitar recidivas alejadas pues el pelo que crece en vecindad

puede penetrar por su extremo libre en la herida y crecer en profundidad, manteniendo la herida abierta y la supuración.

Cuadro V

CAUSAS DE RECIDIVA

- 1) Infección primaria o secundaria
- 2) Falla obliteration espacio muerto
- 3) Resección incompleta

Hemos comparado en el cuadro VI, de un análisis de 45 casos operados, el tiempo de curación empleando el método abierto que practicábamos hace años y el cierre primario con la variante al método de Mac Fee; las diferencias son notorias.

Cuadro VI

ANALISIS DE 45 PACIENTES (tiempo de curación)

METODO ABIERTO - 21 CASOS

13	Promedio curac. P.O.: 50 días (de 21 a 365 días)
8	Se ignora

CIERRE PRIMARIO - 24 CASOS

20	Promedio curac. P.O.: 27 días (de 12 a 60 días)
4	Se ignora

CONCLUSIONES

En suma, se trata de labrar los colgajos cutáneos de tal manera que puedan suturarse en la línea media, sobre la aponeurosis sacra, suprimiendo así el espacio muerto y evitando el uso de mechas que mantienen largamente la supuración antes de lograrse el cierre por segunda.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALDAY E.S. — Quiste y Fístula pilonidal. Extirpación radical y oclusión primaria. *Clín. Quir. Norte Am.*, Jun. 1973, p. 560.
2. CATTELLI R.B. — Technic of Operation for Pilonidal Sinus. *Surg. Clin. North Am.*, Lahey Clinic Number. Oct. 1934, p. 1289.
3. CUL CLYDE E. — Enfermedad pilonidal y su tratamiento. *Clín. Quir. Norte Am.*, Ag. 1967, p. 1007.
4. DUNPHY J.E., MATSON D.D. — The treatment of Pilonidal Sinus. *Surg. Gynecol. Obstet.* 75: 737, 1942.
5. GAGE M. — Pilonidal Sinus. *Ann. Surg.* 109, 1939.
6. HOLMAN E. — Pilonidal Sinus. Treatment by Primary Closure. *Surg. Gynecol. Obstet.* 83: 94, 1946.
7. KLEIMAN A. — Pilonidal Cysts: A Comparison of Surgical Treatments. *Surgery* 28: 851, 1950.
8. LAHEY F.H. — A Further Suggestion for the Operative Treatment of Pilonidal Sinus. *Surg. Gynecol. Obstet.* 54: 521, 1932.
9. MAC FEE W.F. — Pilonidal Cysts Sinuses. *Ann. Surg.* 116: 689, 1942.
10. MADDEN J. — Atlas de Técnica Quirúrgica. 1ª ed., 1961.
11. MONRO R.S. — Mc DERMOTT F.T. — The elimination of causal factors in Pilonidal sinus treated by Z Plasty. *Br. J. Surg.* 52: 177, 1965.
12. SHUTE F.C., SMITH T.E., MAX LENINE-BURCH J.C. — Pilonidal Cysts and Sinuses. *Ann. Surg.* 118: 706, 1943.
13. SWINTON N.W., Mc ROSE A. — Quiste Pilonidal. *Clín. Quir. Norte Am.*, Jun. 1962, p. 787.
14. SWINTON N.W., ROWE W. — Quiste Pilonidal. *Clín. Quir. Norte Am.* Jun. 1964.
15. ROGERS H., HALL Jr. — Pilonidal Sinus. *Arch. Surg.* 31: 759, 1935.