

## SINUS PILONIDAL

El sinus es una formación que consta de:

- varios hoyuelos recubiertos de epitelio escamoso,
- situados en el pliegue de la hendidura,
- conduce a la cavidad subcutánea revestida por tejido de granulación y que contiene una masa de pelos.

A partir de la cavidad principal, la masa pilosa puede fraguar uno o más trayectos subcutáneos, dando lugar a cavidades y aperturas secundarias a la piel. El trayecto adopta una dirección cefálica, bien en la línea media o bien lateralmente hacia las nalgas.

**Histología.**—Los hoyuelos son de epitelio escamoso, sin folículos pilosos. La cavidad está revestida de tejido de granulación, con células gigantes de cuerpos extraños y pelos. Algunos han descrito epitelio escamoso dentro con folículos. Otros no lo han comprobado. (Figs. 1 y 2.)

**Etiología.**—Adultos jóvenes, entre 18/20 años, más varones, el hirsutismo, la irritación crónica, el intertrigo, la sepsis, causas o factores desencadenantes.

La posición sedente es otro factor importante y el crecimiento excesivo de pelo. El hoyuelo es el punto de penetración del pelo y de otros elementos extraños. El origen de estos hoyuelos es muy discutido. Se piensa en una unión cutánea imperfecta, con cicatriz de espina bífida con invaginación del epitelio escamoso.

La tracción dermoide, conexión fibrosa entre piel y sacrococcígea, etcétera.

**Etiología adquirida del sinus.**—Hemos observado en barbero de Bailén (Jaén), en la comisura digital de la mano derecha, con la que manejaba la tijera, cómo el pelo que ha ido cortando se introducía dentro, labrando una fovea, un hoyuelo, y luego una cavidad con su granuloma de cuerpo extraño. Esto es evidente.

El epitelio escamoso, pues, prolifera hacia abajo, para formar un hoyuelo primario. Los hoyuelos están producidos por pelos que se intro-

ducen en la hendidura y formar un tejido granulomatoso con la cavidad subyacente. La tracción lateral sobre la nalga en la posición sedente, produce un efecto de succión que ayuda a la penetración del pelo. Es, por tanto, que después de haber comprobado nosotros el caso del barbero de Bailén, no dudamos en esta etiología del quiste o sinus pilonidal.

**Evolución.**—Supuración prolongada y abertura de nuevos trayectos.

**Diagnóstico.**—No hay trayecto palpable hacia el ano, no hay comunicación anal, está a unos cms., por detrás del ano. Puede haber una patología anal sobreañadida, paralela, sin tener ninguna relación y que habrá que diagnosticar. Hay forúnculos de la nalga que no son quistes pilonidales, así como las hidrosadenitis con trayecto perineal.

**Evolución maligna del quiste pilonidal.**—En casos antiguos se han descrito. Es necesario el examen histopatológico rutinario de estas lesiones.

**Quistes pilonidal de otras localizaciones.**—Se han descrito hoyuelos en la piel fruncida que rodea el ano, en el periné y en el escroto.

Hay descripciones en el ombligo, axila y pubis. Acumulación de pelos en las comisuras interdigitales de las manos de los barberos, también en los pies.

Los gruesos pelos de las ubres de las vacas, pueden penetrar en las manos de los ordeñadores y se han descrito en los esquiladores.

**Tratamiento.**—Ha podido citarse alguna curación espontánea.

**Métodos operatorios:**

- 1) excisión amplia con cierre del defecto
- 2) excisión amplia y cicatrización por granulación
- 3) incisión y aplanamiento.

**Excisión amplia con cierre del defecto.**—Extirpación en bloque desde el tejido sano, hasta la fascia que recubre el sacro. Sutura primaria con puntos profundos que incluyen la fascia sacra y se anudan con fijación del apósito.

**Excisión amplia y cicatrización por granulación.**—Se extirpa en bloque todo como en el caso anterior, y se deja que la herida granule por segunda intención. Tiene convalecencia larga.

**Incisión y aplanamiento.**—O sea, puesta a plano de todos los trayectos y limpieza de pelos, etc. Una modificación es la marsupialización de los bordes y el legrado de todas las irregularidades.

Lo importante para evitar la recidiva, es conseguir cicatriz dura.

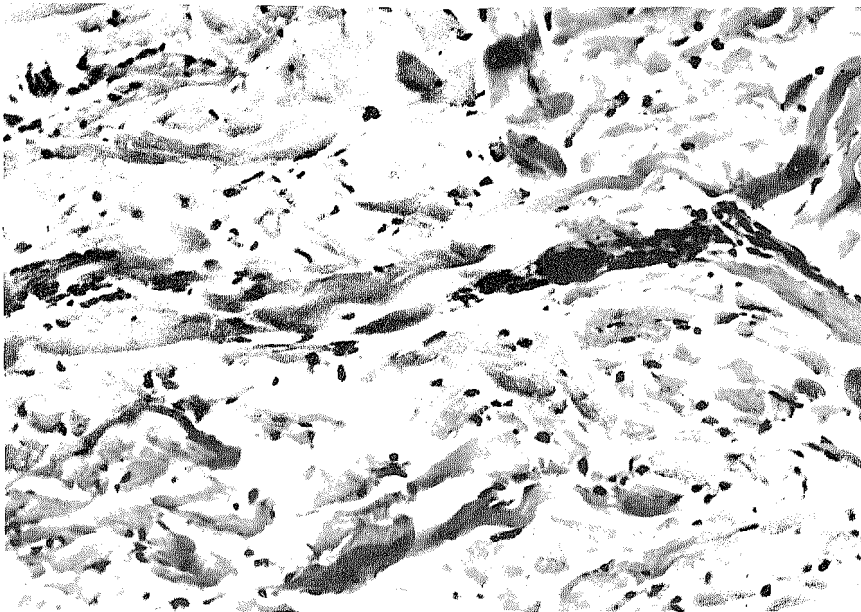
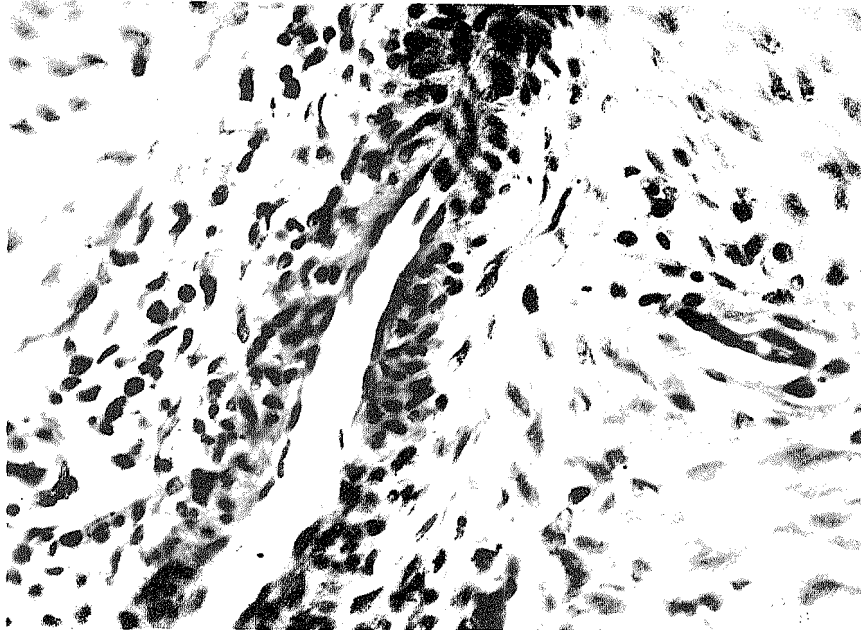


FIG. 1

El estudio histológico nos demuestra que el fondo del quiste ofrece un granuloma constituido por elementos, en su mayoría, linfocitaria y plasmocitarios, que se dispone de una manera difusa, alterando completamente la estructura de los estromas y parenquimas de los tejidos interesados. Existe una rica reacción vascular de elementos capilares que se disponen, asimismo, de una manera difusa, que alteran y comprometen, aún más, la ya destruida estructura conjuntiva. No se ven rastros de carácter ectodérmico.

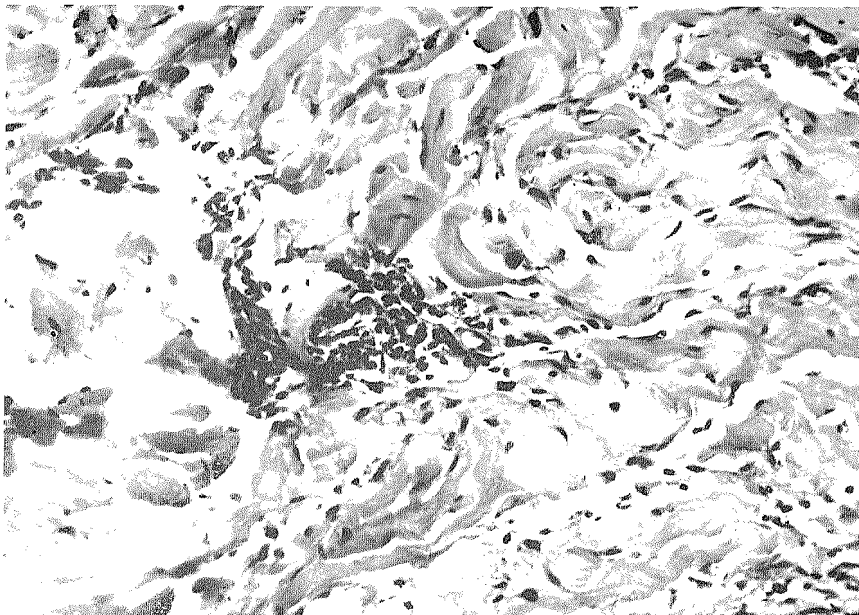
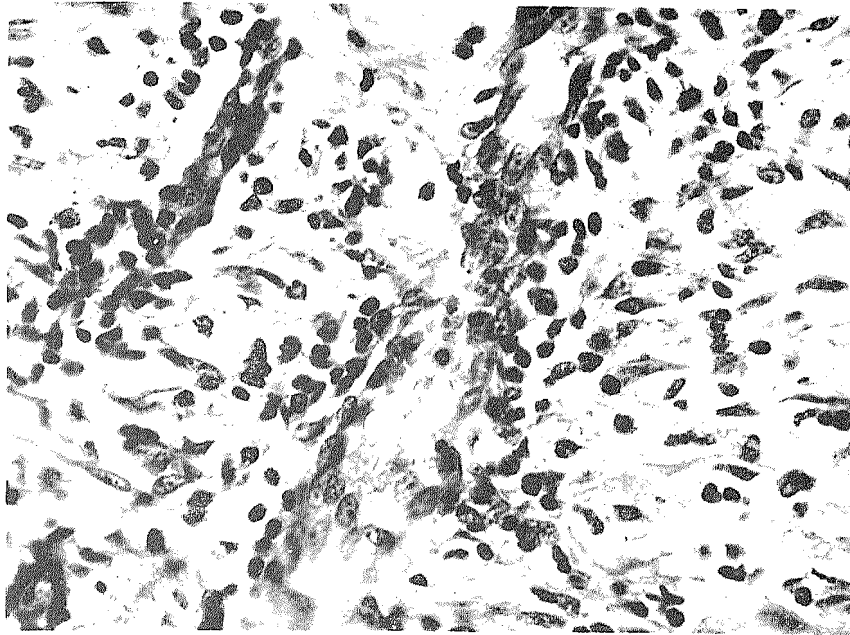


Fig. 2

El estudio histológico del presente caso, nos demuestra que, bajo la piel, existe un tejido de granulación que está constituido por elementos móviles de tipo polimorfo nuclear linfocitarios, que se dispone de una manera irregular, alrededor de las fibras conjuntivas. Hay un rico componente vascular angiomatoso. No se ven en esta preparación, elementos residuales.

**BIBLIOGRAFIA**

- 1 BECKER, E.—(1930), *Chirurg.*, 2, 708.
- 2 BUJE, L. A.—Jeep disease (pilonidal disease of mechanized warfare). *South. M. J.*, 1944, 37, 103-109.
- 3 CRONE, E.—Die Dermoidfisteln über dem Steissbein. *München. med. Wchnschr.*, 1917, 64, 521-552.
- 4 GOLDBERG, S. L., and BLOOMENTHAL, D. E.—Pilonidal sinus in identical twins. *J. A.M. A.*, 1939, 113, 1.401.
- 5 HUESTON, J. T.—(1952), *Aust. N. Z. J. Surg.*, 21, 226.
- 6 KING, E. S. J.—(1947), *Aust. N. Z. J. Surg.*, 16, 182.
- 7 MASSON, J. C.—Sacrococcygeal sinuses and cysts. *S. Clin. North America*, 1925, 5, 737-742.
- 8 PATEY, D. H. and SCARFF, R. W. (1946). *Lancet*, 2, 484.
- 9 STONE, H. B.—Pilonidal sinus (coccygeal fistula). *Ann. Surg.*, 1924, 79, 410-414.
- 10 STONE, H. B.—The oring of pilonidal sinus. *Ann. Surg.* 1931, 94, 317-320.
- 11 TURELL, R., and GLADSTONE, A. A.—(1951), *Int. Abstr. Surg.*, 93, 417.