

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

Enfermedad Pilonidal Crónica Tratada con Técnica de
Dufourmentel

Estudio de 12 casos de pacientes con Enfermedad Pilonidal
Crónica tratados con la técnica de Dufourmentel en la cuarta
unidad de Cirugía, Hospital General San Juan de Dios

TESIS

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias
Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

POR

SILVIA LORENA OLIVA LEAL

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, julio de 1995

.

o

Guatemala, 11 de Julio - de 1995.

Bachiller: Silvia Lorena Oliva Leal
CARNET. No. 8812488

PRESENT E.

Eatimada Br. Oliver

El Comitg de Investigaci6n le infcrma que au Informe Final ha sido autori-
zado para la divulgscign de su trabajo de Tesic tituladc.;

" ENFERMEDAD PILONIDAL CRONICA TRATADA CON TECNICA DE DUFOURMENTEL".

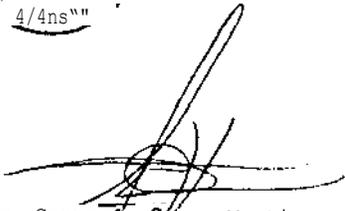
Sin otro particular quedo de usted.

Atentamente,


DR. BERNARDO CORDADO.
COORDINADOR COMITE DE INVESTIGACION.

LC/h7-
k
65; !q
t 1,01611(1400
re
Oq.
4/4ns""

Vo.Bo.


Dr. Oscar R. Reyes Martinez.
JEFE DEPTO. DOCENCIA E INVESTIGACION



e,
4), 9 6

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

RACE CONSTAR QUE :

El (La) Bachiller: SILVIA LORENA OLIVA LEAL

Carnet Universitario No. 88-12488

Ha presentado para su Examen General Piblico, previo a optar al
Titulo de Módico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:

ENFERMEDAD PILONIDAL CRONICA, TRATADA CON TECNICA DE
DUFOURMENTEL

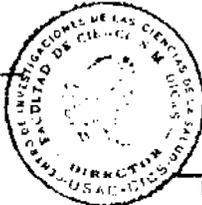
Trabajo asesorado por: DR. JOSE ROBERDO CACACHO

y revisado por: DR= ELMER ENRIQUE GRIJALVA
quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se smite,
firma y Bella la presente

ORDEN DE INPRESION :

Guatemala, 10 de julio de 19%

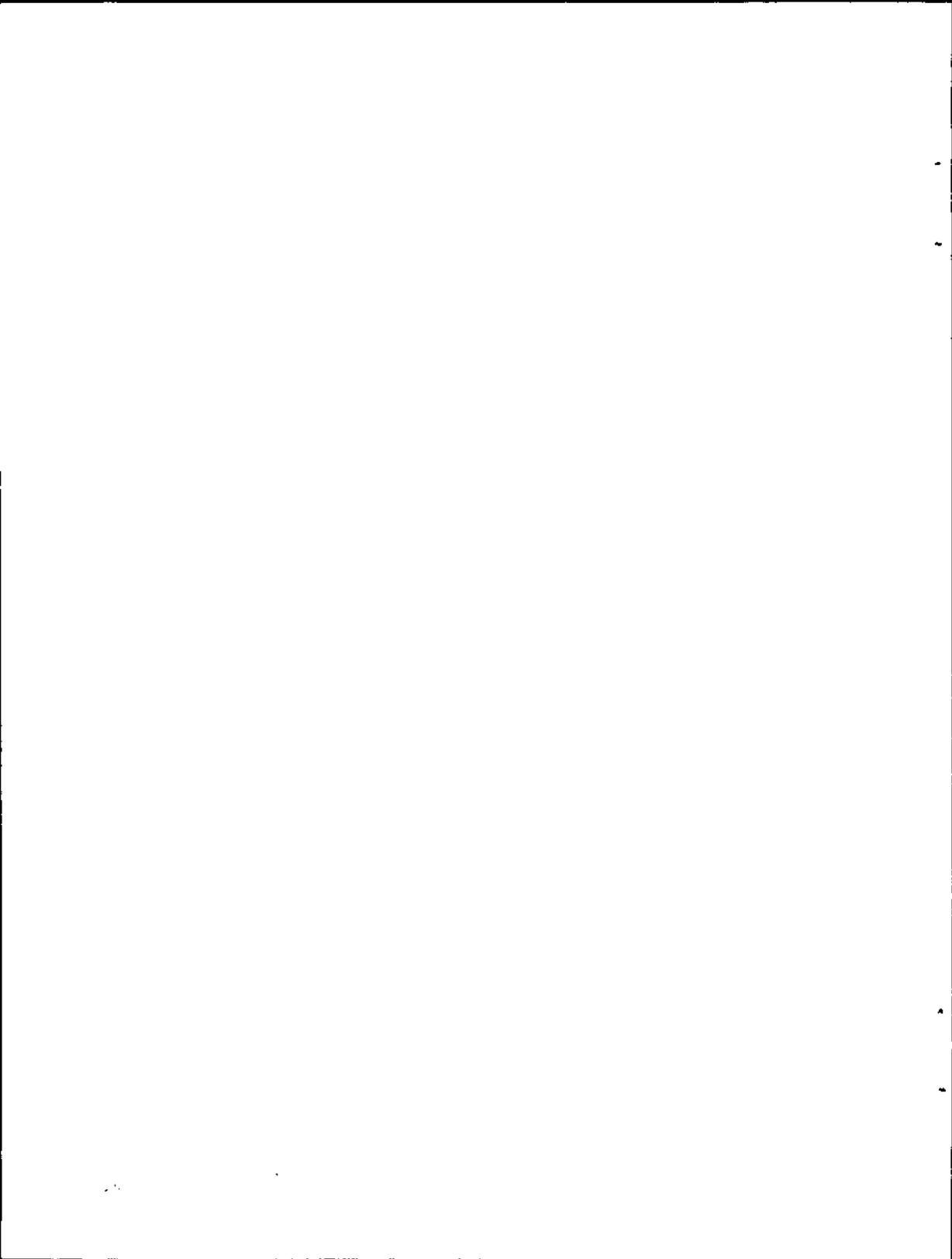
DR. EDGAR DE BAGILLAS
Por Unida, de Tesis



DR. RA TILLO RODAS
DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

IMPRIMA Et

Dr. Edgar Alex Oliva Gonzalez
DECANO





FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS/MICAS
GUATEMALA. CENTRO AMERICA

Guatemala, 10 de julio de 1945
DIF-081-95

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las
Ciencias de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: BACHILLER EN CIENCTAS Y LETRAS Silvia Lorena
Titulo o diploma de diversiftcado, Nombres y ape-

Oliva Leal. Carnet No. 8812488-8
llidos completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de teals titulado

ENFERMEDAD PILONIDAL CRONICA, TRATADA CON TECNICA DE

DUFOURMENTEL.

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodologia, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, asi como la calidad - técnica y científica del mismo, por lo que firmamos • formes:

Air
Estudiante

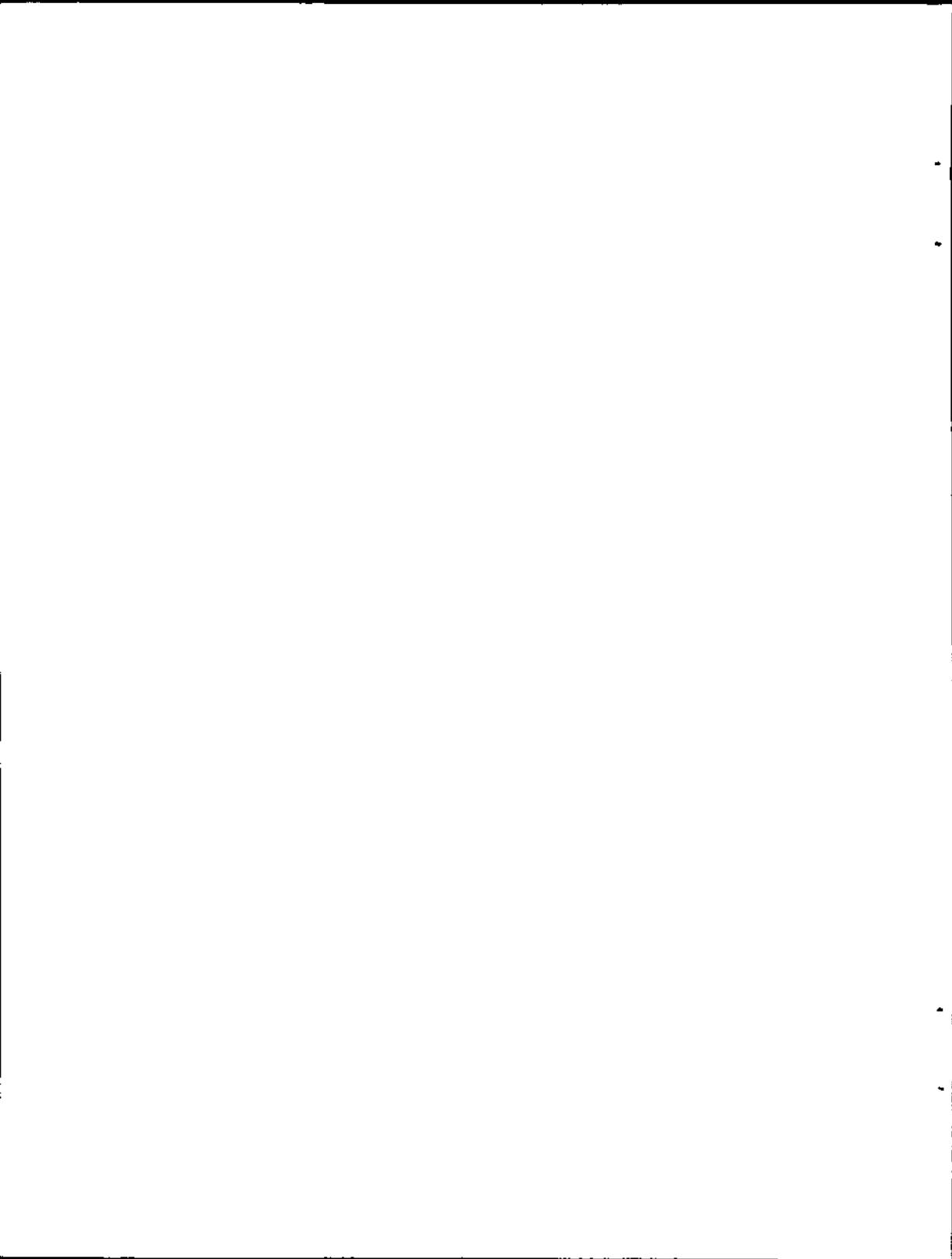
[Signature]
Asesor

Firma Bello personal

Dr: 7:5; Cantil geri,
AistrA) (inr.ti:1 •
(XX...)

[Signature]
Revisor
Firma y sello
Gómez Enrique Grijalva Barroco
Médico y Cirujano
GIMENEadDIP46246

Registro Personal _____



ACTO QUE DEDICO_

A DIOS_

Mi fuerza, guía y voluntad de todo momento.

A MIS PADRES:

Silvia Victoria Leal de Oliva.
Jesus Arnulfo Oliva Fernandez.

Pilares de mi vida. Este triunfo es de ustedes.

A MIS HERMANOS:

Mayra Dalila, Jesus Arnulfo y Ligia Susana.

Por el amor y el apoyo de siempre.

A MIS SOBRINOS:

Con cariño especial.

A:

Luis Estuardo Laguardia G.

Con todo mi amor.

A MI FAMILIA, EN ESPECIAL A:

Vivian Karina Linares Leal, Carlos Alberto Carrera Leal,
Marlon Guillermo Carrera Leal, Luz Maria López Leal, Fredy
Caceros y Nery Anleu.

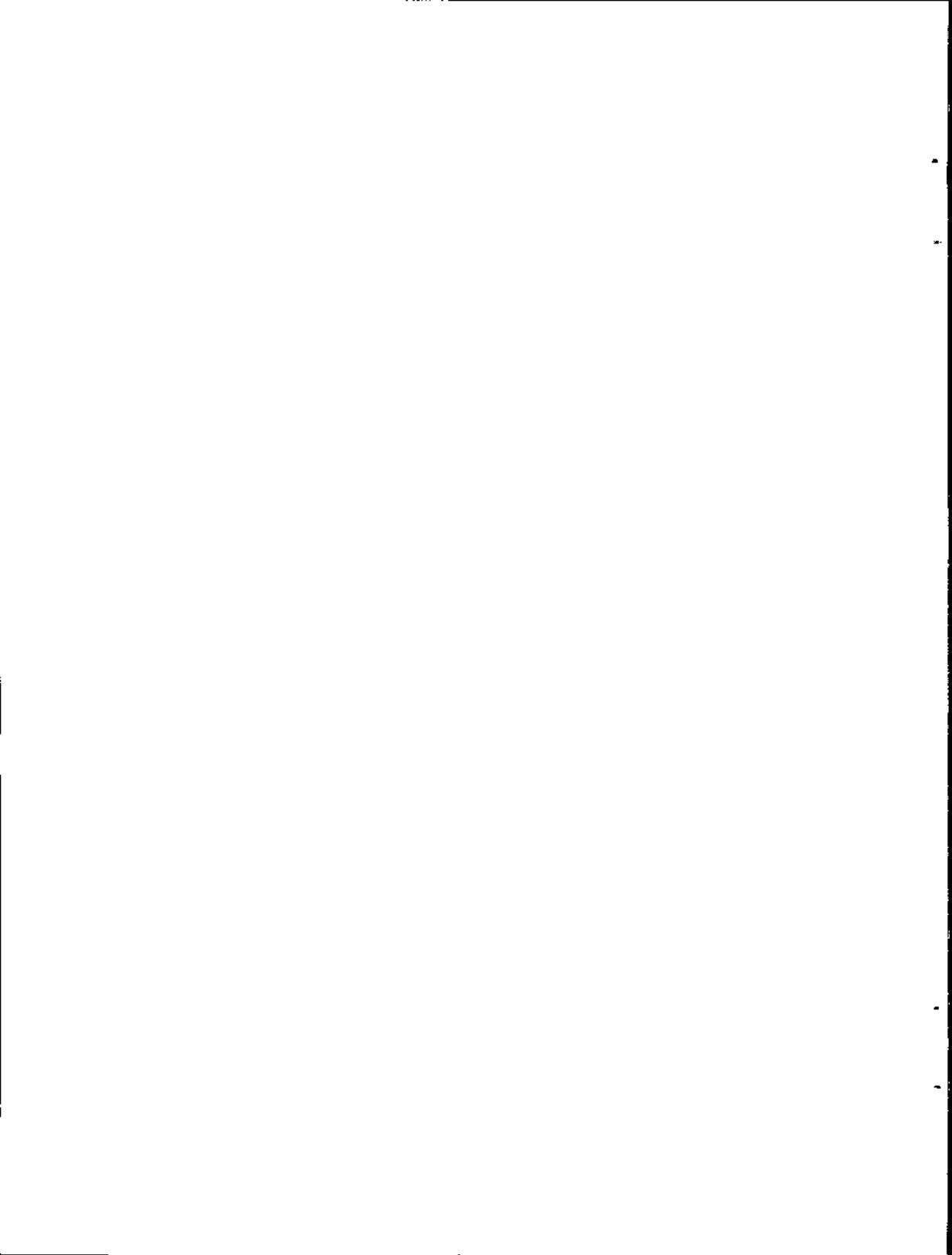
A MIS AMIGOS Y COMPANEROS, EN ESPECIAL A:

Magda Centeno, Verónica Dublin, Mónica Ramirez, Lourdes
Blanco, Rosita Quinteros, Luis Fernando Lara y Juan Pablo
Vickers.

A LAS FAMILIAS:

Mendizabal (Deaf% y
Centeno Cabrera,

Por el apoyo y cariño brindado.



A LOS DOCTORES:

Elmer Grijalba B.,
Roberto Cacacho,
Axel Oliva y
Eduardo Caceres.

Por su mano amiga.

A LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS_

**A LA GLORIOSA Y TRICENTENARIA, UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
GUATEMALA.**

AL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS.

AL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS.

Mi hogar academico. Imborrables momentos de aprendizaje,
amistad, esfuerzo y suefios.

I N D I C e s : D E C O N T E N I D O S

I.	INTRODUCCION	2
II.	DEFINICION DEL PROBLEMA	3
III.	JUSTIFICACION	4
IV.	OBJETIVOS	5
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA	6
VI.	METODOLOGIA	22
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS	26
VIII.	ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	38
IX.	CONCLUSIONES	41
X.	RECUMENDACIONES	42
XI.	RESUMEN	43
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	44
XIII.	ANEXOS	45

_ I Nal-to DU CC I ON

El presente estudio observacional descriptivo realizado en la Cuartada de Cirugía del Hospital General San Juan de Dios, el propósito de dar a conocer la Monografía de Dufourmentel-ei tratamiento para la Enfermedad Pilonidal Crónica.

Para la realización del mismo, se revisaron los libros de Sala de de donde se obtuvieron los registros de los pacientes referidos, se transcribieron, tabularon y analizaron los datos obtenidos; por medio de cuadros y gráficas estadísticas.

De acuerdo a la alta frecuencia de la Enfermedad Pilonidal Sacrococcígea desde su primera descripción en 1833, la búsqueda de una terapéutica que la disminuya ha sido el anhelo de muchos cirujanos.

En el estudio de doce pacientes con Enfermedad Pilonidal Crónica tratados con Técnica de Dufourmentel, se encontró una mayor incidencia en el sexo femenino con un 58% y el sexo masculino, un 42%. El rango de edad más afectada por esta enfermedad fue de 20 a 29 años con el 67%. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: dolor, descarga de pus y sangre y absceso.

El promedio de estancia hospitalaria en días, fue del 5.5%. Las complicaciones post-operatorias más frecuentes fueron infección (17%), hipersensibilidad del colgajo (8%), por tanto, un 75% de los casos tratados no tuvieron ninguna complicación.

El seguimiento de los pacientes post-operados fue a corto plazo, para estos fines, definimos corto plazo de uno a doce meses.

Al hacer la comparación con otras series internacionales, se encontró que los resultados son similares y podemos constatar el éxito de la Monografía de Dufourmentel en el tratamiento de la Enfermedad Pilonidal Crónica.

I I _ DEFINICION DEL. PROBLEM&

La enfermedad pilonidal crónica es una entidad patológica que consiste en un seno vrs absceso recurrentes en un folículo piloso, distendido y sobrecargado de queratina, subsecuentemente infectado.

El manejo de la enfermedad pilonidal crónica, frecuentemente ineatisfactorio.

Pocos padecimientos a los cuales suele administrarse una atención definitiva, han sido tan debatidos como la enfermedad pilonidal crónica.

La gran cantidad de técnicas quirúrgicas descritas en la literatura sugiere que no hay un método universalmente aplicable.

La técnica de Dufourmentel, que consiste en la excisión radical y la utilización y transposición de colgajos para cubrir el defecto; ha sido utilizada desde 1963 con resultados satisfactorios.(3).

Esta técnica ha sido practicada de manera constante en el Departamento de Cirugía del Hospital General San Juan De Dios, desde enero de 1994 hasta la actualidad, y se incluyen en dicho tratamiento a pacientes de ambos sexos, de 13 años o más.

La recurrencia y las complicaciones de esta técnica son bajas, aunque como todas las técnicas no es el 100% satisfactoria.

III_ JUSTI CACION _

La enfermedad pilonidal crónica es una patología que predomina en personas jóvenes. **Es** por lo tanto, importante en un país como el nuestro que cuenta con una pirámide poblacional de base ancha, su reconocimiento, estudio y tratamiento.

Estudios bien controlados en otros países han determinado una prevalencia promedio de 1 por cada 1000 adultos jóvenes, tal situación parece reflejarse en el número de pacientes que consultan al Departamento de Cirugía del Hospital General San Juan De Dios, por dicho motivo.

En los últimos 25 años muchos tratamientos han sido introducidos para la enfermedad pilonidal crónica, pero no se ha logrado llegar a un consenso.(9).

En el Departamento de Cirugía del Hospital General San Juan De **Dios** se han empleado diferentes modalidades quirúrgico-terapéuticas, dependiendo de la preferencia personal del Cirujano. Realmente, el tratamiento ideal para la enfermedad pilonidal crónica, debe proveer un gran índice de curación . con poca recurrencia, mínimas molestias y el menor tiempo de reincorporación a las labores.

Por lo tanto se hace indispensable la investigación evaluativa y unificación en una sola conducta terapéutica que demuestre ser la más efectiva posible.

GENERAL.

- 1.- Dar a conocer la Técnica de Dufourmentel para el Tratamiento de la Enfermedad Pilonidal Crónica.

ESPECIFICOS.

- 1.- Comparar la frecuencia para cada sexo de la enfermedad pilonidal crónica.
- 2.- Identificar que grupo etareo es el mas afectado.
- 3.- Describir la manifestaciones clinicas de la enfermedad pilonidal crónica.
- 4.- Determiner el tiempo promedio de estancia hospitalaria post-operatoria.
- 5.- Identificar las complicaciones post-operatorias mas frecuentes.
- 6.- Comparar los resultados obtenidos con la técnica de Dufourmentel en nuestro medio con los obtenidos con la misma técnica, en centros hospitalarios de referencia de otros países.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA.

ENFERMEDAD PILONIDAL.

El manejo de la enfermedad pilonidal es frecuentemente insatisfactorio. No hay modo que satisfaga todos los requerimientos para el tratamiento ideal. (11).

Aun hay cierta controversia más de 150 años después de que en 1833 Mayo informara el caso de una mujer joven con una fístula con contenido piloso en la región sacrococcigea. En 1847 Anderson publicó Haier Extracted from an Ulcer, que fue seguido en 1854 por el informe de Warren sobre la incisión y el drenaje de un absceso sacrococcigeo con extracción de una bola de pelo. En 1880 Hodges introdujo el término "pilonidal" (pilus = pelo, nidus = nido) y sugirió una teoría sobre el origen congénito. Los estudios embriológicos de Mallory y otros . así como hallazgos más recientes en necropsia de especios subcutáneos recubiertos por epitelio escamoso extirpados de la región del sacro y del cóccis, han llevado a algunos a concluir que un origen congénito es el factor anatómico primario esencial en el desarrollo de la entidad clínica y patológica.

Desde que Patey y Scharff reiniciaron el debate referente a su patogenia en 1946, las pruebas han pasado fuertemente a favor de una naturaleza adquirida para todos los casos, con excepción de aquellos poco comunes de enfermedad pilonidal sacrococcigea. Estos investigadores pensaron que tal vez la fricción producida por la hendidura natal era la causa de la fístula. Brearley

sugirió que el pelo se impacta en forma semejante a como lo haría un taladro que penetrara la piel y que, con el desprendimiento, los pelos son atraídos cada vez más al interior del trayecto, con lo que aumenta su profundidad. Palmer sugirió que el estiramiento del intergumeno durante la pubertad puede producir una ampliación suficiente de los orificios de la piel para permitir la penetración de materiales extraños. Hay cada vez más pruebas de que los pequeños orificios o foveas de la línea media (que algunos llaman fistulas) observada en la hendidura de casi todos los pacientes de enfermedad pilonidal son la fuente de la enfermedad. Parece que los orificios o foveas representan folículos pilosos distorsionados. La hipótesis de Boacom de la evolución de los quistes pilonidales a partir de folículos pilosos es atractiva y proporciona una explicación razonable sobre el hecho de que el pelo, hasta ahora considerado la causa única de la enfermedad pilonidal, se encuentra en solo la mitad de los pacientes.

Aunque la enfermedad pilonidal se produce más comúnmente en la región de la unión sacrococcígea, se ha descubierto en ombligo, axila, clitoris, membranas interdigitales de las manos de los barberos, y membrana interdigital de la planta del pie de un trabajador de una fábrica de colchones de pelo y conducto anal. Se han informado^o fistulas pilonidales con contenido de lana, hierba, pelo de animal y pelo de color distinto al del paciente. (1,11).

INCIDENCIA.

La enfermedad pilonidal sacrococcigea afecta a los adultos jóvenes después de la pubertad. En un estudio realizado en los estudiantes de la Universidad de Minnesota, el seno pilonidal fue notado en el examen físico rutinario en 365 (1.1 %) de 31,497 varones y 24 (0.11 %) de 21,367 mujeres, pero proporcionalmente más mujeres experimentan tratamiento, y entonces el ratio de pacientes tratados es cercano - rutinariamente 4:1. La relación de varones : mujeres admitidos en hospitales Ingleses en 1985 para tratamiento de enfermedad pilonidal fue de 1.5:1. La relación abeceso : seno (0.7:1) la relación fue baja para los varones (0.5:1) que para las mujeres (1.1:1).

El apareamiento de la enfermedad pilonidal coincide con la pubertad, aunque la edad promedio es de 21 años, y **es rare después de los 40 años. Es compatible una asociación con los hormones sexuales, las cuales es sabido que afectan las glándulas pilosebáceas. Sato puede explicar el apareamiento más temprano en las mujeres que en los varones, ya que la pubertad se inicia primero en estas.**

Se han encontrado también diferencias en la incidencia entre razas. La incidencia es más alta entre los caucásicos y es menor entre los Africanos y Asiáticos. Esto probablemente resulta por las diferentes características del pelo, como cantidad y grado de crecimiento.

La incidencia es también dada por otros factores que no tienen que ver con las características del pelo, tales como, obesidad, pelvis estrecha, surco profundo entre pliegues prominentes de las regiones glúteas abultadas, y actividad glandular excesiva. (1,2).

PATOGENESIS.

Existen dos teorías acerca de la patogenesis. Ambas tienen implicaciones para la extensión de la resección quirúrgica que sea necesario para lograr la curación.

TEORÍA DE LA ENFERMEDAD ADQUIRIDA.

Es probable que la infección pilonidal sacrococcigea; se origina dentro de un folículo piloso de la línea interglútea, que posteriormente se distiende con queratina.

Las glándulas sudoríparas y sus conductos son normalmente estériles, pero los organismos anaeróbicos son encontrados en los folículos pilosebáceos. El folículo distendido se inflama y esto produce foliculitis, produciendo edema que ocluye los folículos abiertos. El folículo obstruido se expande y eventualmente se rompe, en el tejido celular subcutáneo y produce un absceso pilonidal. (1,3,11).

Otros estudios de secciones microscópicas evidenciaron, múltiples estadios de la enfermedad pilonidal. Estos estadios

con esquematizados en La Fig_1. Una infección se forma en el foliculo aumentado de tamaño. La infección crea edema, y la hinchazón se encierra en el foliculo.

El contenido folicular es empujado hacia el tejido celular subcutáneo, por la presión del pus acumulado en el foliculo cerrado. El fondo del foliculo estalla, y suelta el contenido infectado hacia el tejido celular subcutáneo. Un absceso pilonidal agudo en el tejido celular subcutáneo es el resultado.

El absceso agudo es drenado. Como el edema subsiste, la boca del foliculo se vuelve a abrir. El remanente folicular, ahora abierto en ambos extremos, forma la cavidad del absceso crónico, la cavidad se funde y se aspira. Cuando el paciente se sienta, el tejido gluteal es empujado contra el sacro. El aire sale de la cavidad, cuando el paciente se para, la gravedad empuja el tejido gluteal en sentido opuesto al sacro.

Un tubo epitelial es formado por epitelio avanzado, hacia abajo de las paredes de la cavidad del absceso crónico. La fuente del epitelio avanzado es el final del foliculo estallado.

Por tanto los tubos epiteliales pueden extenderse varios centímetros dentro del tejido celular subcutáneo.

Estas observaciones de los estadios de la enfermedad pilonidal forman la base del tratamiento. (3).

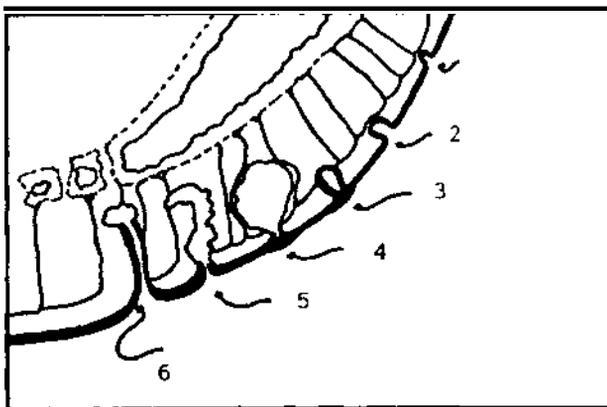


Fig. 1. Los estadios de la enfermedad pilonidal (de arriba hacia abajo: (1) Folículo normal. (2) Folículo distendido con queratina. (3) Infección en el folículo distendido, el edema cierra la boca del folículo. (4) La ruptura del folículo infectado dentro del tejido celular subcutáneo, crea un absceso pilonidal agudo. (5) Absceso pilonidal crónico. El folículo roto el cual es abierto de ambos extremos, la boca del absceso. (6) Tubo epitelial.(3).

TKORIA DE LA ENFERMKDAD PILONIDAL CONGKNITA.

La identificaci6n de restos de c6lulas de la epidermis poetcoccigea, sacos eacroccigeos y la observaci6n de tendencia familiar a la enfermedad pilonidal, sugiere que los tractos epitelizados de senos pilonidales encontrados en el adulto se originan de anormalidades congenitas. Si esto fuera asi, remover todos los tractos epiteliales de la fascia presacra as definitivamente necesaria pars lograr una cure.' Sin embargo, la mayoria de senos congenitoe del canal neural son lumbares, mar que sacros y m48 se extienden a la duramadre. Las infecciones ocurridas dentro de estos tractos congenitos, puede esperarse que tienda a ocurrir en ninos y puede producir meningitis.

Los tractos cong6nitos son usualmente situados mar cranealmente sobre el sacro que los senos pilonidales, no contienen pelo, y pueden ser comunicaci6n con el canal espinal.

La ausencia de evidencia histol6gica de condiciones intermedias demostradas, ni de estructuras previas al desarrollo de los senos pilonidales invalida Elates teorias.

Aunque raramente el seno sacrococcigeo conganito puede parecer un seno pilonidal, la falta de evidencias, hace parecer la teoria la enfermedad adquirida, como la mgr probable.(2).

La lesión usualmente es asintomática hasta que la fístula se obstruye, se produce infección o se forma un quiste. Los hallazgos de supuración aguda, sensibilidad anormal, dolor, hinchazón y calor son semejantes a los que acompañan a los abscesos agudos en otros sitios. En general hay celulitis e induración mínima que rodean el abceso pilonidal. La reacción general al abceso no es frecuente, pero en ocasiones se encuentran fiebre, leucocitosis y malestar general.

Como el abceso de un quiste pilonidal infectado se encuentra colocado profundamente bajo una piel relativamente gruesa, crece con rapidez y pocas veces se abre de manera espontánea. El abceso puede extenderse en cualquier sentido, pero raras veces lo hace al área perianal. Con el crecimiento del abceso suelen producirse fístulas tortuosas y usualmente múltiples por fuera de la aponeurosis post-sacra. El proceso inflamatorio puede ceder tempranamente o evolucionar hasta que se logra aliviarlo, más a menudo por medios quirúrgicos y pocas veces con drenaje espontáneo. Después de producirse el drenaje es posible que la secreción purulenta cese por completo, pero con más frecuencia recurre en forma intermitente en drenaje de una o más fístulas. (2,11,12)

Al examen, se encuentran en la línea media una o más foveas. Puede observarse que la piel crece hacia el fondo para recubrir estas foveas, lo cual se confirma con los estudios microscópicos.

En la parte profunda de las f6veas de la linea media puede demostrarse la presencia de pelos en la mitad de los pacientes vivos o menos. Aunque las f6veas de la linea media tienen el aspecto de ser congenitas, una vez que la fistula pilonidal se ha infectado las nuevas aberturas que por lo comun son elevadas y edematosas y presentan alacorte tejido de granulaci6n que recubre las fistulas. (1).

DIAGNOSTIC° DIFERENCIAL.

El diagnostico suele ser obvio, aunque deben considerarse otros padecimientos como abscesos perianales originados en la cripta posterior de la linea media, hidradenitis e purpurativa y un Antrax o furunculo simples. Algunos otros focos de infecci6n, como la osteomielitis, pueden producir fistulas en esta Area, pero no constituyen una causa comun de confusi6n. Buie hizo incapiA en el hecho que frecuentemente hay pelo dentro de la cavidad estas lesiones y que es patognom6nico de la enfermedad pilonidal. Si una sonda insertada en la fistula sigue un trayecto en sentido opuesto al ano, esto puede considerarse indicador de la existencia de una fistula pilonidal. Sin embargo, debe tenerse cuidado de excluir la fistula anal complicada, que puede angularse en sentido posterior antes de pasar a un absceso retrorrectal. En esta situaci6n, el examen minucioso de la cavidad anal usualmente descubre el punto de origen.

Con poca frecuencia coexisten la enfermedad pilonidal y la fistula anal. Debe comprenderse que se originan independientemente y que se desarrollan en el trastorno combinado debido a que la fistula anal se ha extendido hacia atrás y ha alcanzado al quiste o fistula pilonidal. La mayoría de estos pacientes han sido sometidos a operaciones previas, y es posible que el cirujano haya comunicado los dos procesos patológicos con una incisión. (1).

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PILONIDAL SACROCOCCIGEA.

Aunque hay una amplia variedad de opciones quirúrgicas para el tratamiento de la enfermedad pilonidal crónica, el tratamiento a escoger depende de la preferencia del cirujano. El documento clásico de Allen - Merz, hace una revisión de el tratamiento de la enfermedad pilonidal crónica, en los últimos 30 años. El tiempo promedio de curación para cada tratamiento, la recurrencia es dividida en temprana (menor de un año), y tardías (mayor de un año).

TECNICAS CERRADAS.

Lord y Millar han descrito un tratamiento para de pacientes ambulatorios afectados en los folículos epiteliales de la línea media, son removidos bajo anestesia local y los vellos que quedan

dentro de la línea de granulación, son removidos por medio de un pequeño cepillo a lo largo del tracto. • El cepillado del camino es repetido con intervalos de una semana, hasta que el tracto cierra. La curación regular del sitio de la excisión es importante. Los resultados obtenidos sugieren que el tiempo promedio de curación toma 42 días. Maurice y Greenwood y otros autores han obtenido similares resultados, con la diferencia que el componente epitelial y los remanentes han sido tratados con fenol al 50% después del raspado. El tiempo promedio de curación es similar (40 días) a lo reportado después del cepillado del tracto y la excisión.

TECNICA ABIERTA.

Hay numerosos reportes de la experiencia con técnica abierta para el tratamiento del seno pilonidal, a menudo bajo anestesia local y a pacientes ambulatorios. Marks y col. han sugerido que es conveniente una excisión ancha necesaria para asegurar que la cavidad quede de tal forma que el drenaje sea fácil y que por su medio se pueda evitar la estasis y la infección crónica. La sanación y la curación de la herida requiere curación regular. Los resultados sugieren que el tiempo promedio de curación es de aproximadamente 43 días. Similar al tiempo promedio de la curación con cauterización de la cavidad con electrocauterio, fenol, nitrato de plata, o congelación, pero hay una amplia variación entre estos reportes.

EXCISION ANCHA Y CUIDADOSA DEL SACRO.

El punto de vista de que el seno pilonidal es congênito. ha dado como resultado una tecnica que involucre los restos de cèlulas epiteliales, extendiéndose hacia ambos lados y hacia abajo del sacro. Estos intentos consisten en extirpar completamente todo el tejido entre la piel y la fascia pre-sacra. El promedio de curaciOn es de 73 dies, Eli la herida es dejada abierta, pero esta cifra es reducida a 27 dies si la herida es parcialmente cerrada en sus bordes por puntos o clip a la piel (marsupializaciOn).

TECNICAS UTILIZANDO COLGAJOS DE PIEL.

El uso de colgajos de piel para cubrir el defecto sacro, despuès de la excision ancha, tiene la ventaja de guardar la cicatriz fuera de la linea media, y aplanar el contorno de la linea interglutea, por lo tanto reduce la fricciOn de la piel y la acumulaciOn de palmas y restos. Las complicaciones son bajas, las desventajas son los dias de hospitalizaciOn, la anestesia general y la tecnica quirurgica es mas especializada.

DEPILACION Y CUIDADOS LOCALES

Sin tomar en cuenta el método utilizado, la higiene y atención meticulosa además del rasurado del Área, es esencial para prevenir la penetración del Área de curación por el pelo.

RECURRENCIA DESPUES DEL TRATAMIENTO DE LA KNEE:RN:MAD PILONIDAL.

La recurrencia incrementa proporcionalmente al seguimiento dado al paciente después del tratamiento, pero la mayoría ocurre dentro de los primeros 3 años. Además los pacientes que han tenido un mal cuidado y seguimiento, tienen más recurrencia que los que se han seguido con regularidad. La recurrencia se incrementa después del primer año, independientemente del método de tratamiento utilizado. Los tratamientos que incluyen excisiones anchas con marsupialización, cierres primarios asimétricos, o el uso de colgajos de piel, son asociados con índices de recurrencia menor al 10%, después de un año de tratamiento. (1).

TECNICA DE DUFOURNENTEL.

La excisión con técnicas reconstructivas o plásticas, tales como la Z-plastia, W-plastia y la L.L.L-plastia (Monica de Dufourmentel), es la mejor decisión para el tratamiento de la