

Actualización en Sinus Pilonidal

Andrés Roldán
EPA HCC DSASN

¿Qué estrategias de cuidado postoperatorio soléis recomendar en estos casos?



¿Cuáles creéis que son los principales retos en la cicatrización de la herida?

¿Cuáles pensáis que son las complicaciones más frecuentes y cómo las habéis abordado?

¿Cierre primario vs. cicatrización por segunda intención?

¿Terapias avanzadas en el manejo de estas heridas? (Ejemplo: terapia de presión negativa, apósitos específicos, etc.)

¿Cuáles son vuestras principales dudas sobre la curación de estas heridas y el seguimiento del paciente?

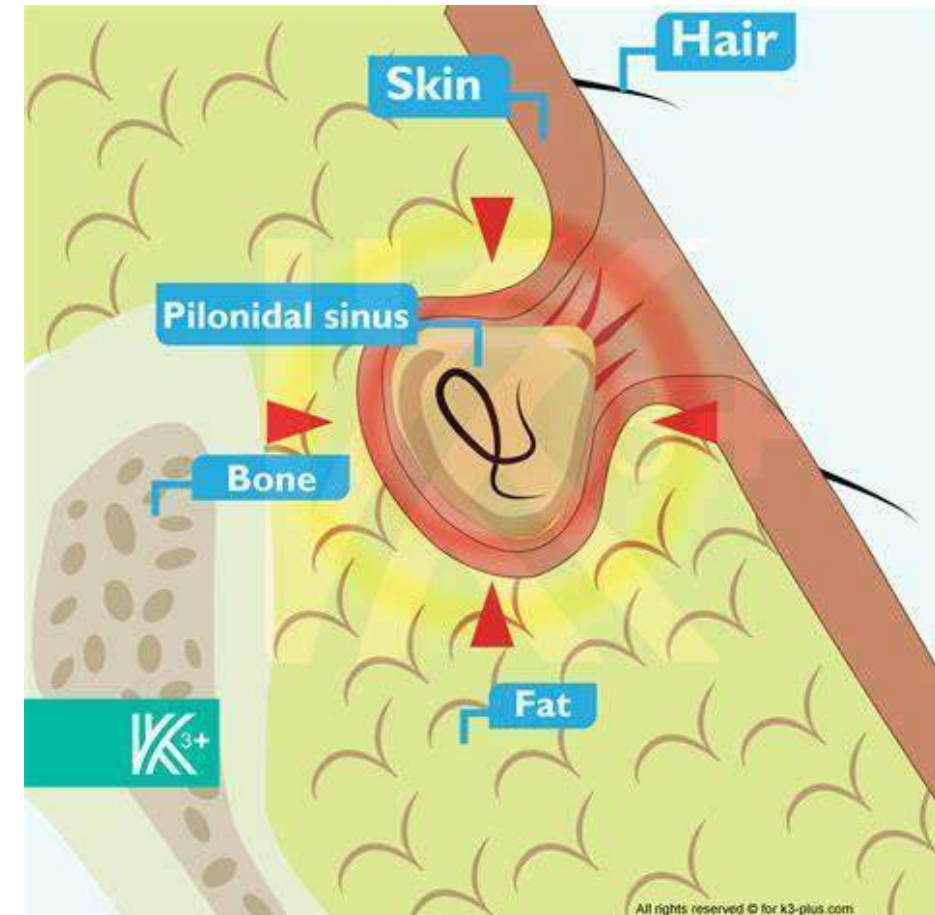


¿Qué es un “Sinus Pilonidal”?

(1)

(nido de pelo en latín)

- El sinus o quiste pilonidal (también llamado quiste dermoide o fístula sacrocoxígea) es una afección supurativa localizada en la región sacro-coxígea y principalmente causada por un pelo con polaridad de crecimiento invertida
- La forma aguda, es la presentación más frecuente y se caracteriza por una tumefacción dolorosa acompañada o no de secreción sanguinopurulenta.
- La forma crónica permanece asintomática hasta que se infecta y forma un absceso.



Extraído de: Dr Pimple Popper Perianal Abscess

Causas

La causa exacta del sinus pilonidal sigue siendo objeto de debate (2,3):

- Algunos creen que es un defecto o resto embrionario presente desde el nacimiento.
- Otra teoría más aceptada es que se produce por la migración hacia dentro del cuerpo de pelos y células de piel muerta.
- No está claro si tiene relación con el vello corporal o factores como estar sentado mucho tiempo. “Enfermedad del Jeep”(4). En la Segunda Guerra Mundial, 70 mil soldados fueron hospitalizados debido a la enfermedad pilonidal



Extraído de: Jeep, Escarabajo y Jimny: los iconos de la Segunda Guerra Mundial - AMAXOFILIA

Las teorías de mayor aceptación actualmente apuntan hacia la **invaginación de pelo en la piel como resultado de fricción crónica en la zona interglútea**(5)

(4)K. Søndena, E. Andersen, I.S.J. Nesvik, *et al.* Patient characteristic and symptoms in chronic pilonidal sinus disease

Int. J. Colorectal Dis., 10 (1995), pp. 39-42

(2)Quiste pilonidal | Síntomas, diagnóstico y tratamiento | CUN

(3)Sinus pilonidal: síntomas, causas y tratamiento - Clínica Proctológica

(5) Notaro JR. Management of recurrent pilonidal disease. Seminars in Colon [amp] Rectal Surgery. 2003; 14: 173-85

Epidemiología

-Prevalencia aproximada del 0'7 % en la población

-Incidencia 26 personas por cada 100.000 habitantes⁽⁴⁾.

-La edad media entre los 15 y los 30 años. Más en hombres blancos obesos

-2 veces más común en hombre que en mujeres ⁽⁵⁾

Incidencia en nuestra área asistencial:

-147 casos/año HUVM

-147 casos/año HSJD



Con estos datos, la incidencia del sinus pilonidal en el Distrito Sanitario Aljarafe-Sevilla Norte es aproximadamente del **0,026%**

(4)K. Søndena, E. Andersen, I.S.J. Nesvik, *et al.* Patient characteristic and symptoms in chronic pilonidal sinus disease
Int. J. Colorectal Dis., 10 (1995), pp. 39-42

(5)O.F. Akinci, M. Bozer, A. Uzunkoy, *et al.* Incidence and aetiological factors in pilonidal sinus among Turkish soldiers
Eur. J. Surg., 165 (4) (1999), pp. 339-342

V. de Parades V, Bouchard D, Janier M, Berger A. Pilonidal sinus disease. J Visc Surg. 2013 Sep;150(4):237-47. doi: 10.1016/j.jvisc Surg.2013.05.006. Epub 2013 Aug 1. PMID: 23911903.

Mahmood F, Hussain A, Akingboye A. Pilonidal sinus disease: Review of current practice and prospects for endoscopic treatment. Ann Med Surg (Lond). 2020 Aug 1;57:212-217. doi: 10.1016/j.amsu.2020.07.050. PMID: 32793341; PMCID: PMC7415633.

Nixon AT, Garza RF. Quiste pilonidal y seno. [Actualizado el 8 de agosto de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557770/>

Factores de Riesgo ⁽⁶⁾:

- Aparece principalmente en “**varones entre 15 y 30 años, caucásicos y con abundante pelo**”
- **La obesidad**
- El trauma local por la práctica de algunos deportes como la bicicleta, motociclismo y equitación
- La vida sedentaria
- La existencia de un pliegue interglúteo profundo
- La presencia de abundante vello en la zona del pliegue interglúteo
- Predisposición familiar



Tratamiento del sinus pilonidal

No Qx

- Depilación.
- Tratamientos con fenol.
- Aspiración con aguja.
- Laser

Qx

- Escisión con bisturí, drenaje del contenido y limpieza del absceso.
- Cierre primario (CP) o **incisión abierta y cierre por segunda intención o diferido (CD)**



Extraído de: What Is Pilonidal Disease | Healthtian

Cierre primario (CP) versus cierre por segunda intención o diferido (CD)

- (CP) cierre primario de esta herida con puntos sueltos, incluyendo tejido celular subcutáneo y fascia sacra y en la piel una sutura subcuticular.
- (CD) no se aproximaron los bordes de la herida, dejando el lecho quirúrgico expuesto empaquetado con gasas a modo hemostático y vendaje compresivo
- (CP) vs (CD) tasa de dehiscencia de uno por cada cuatro pacientes.⁽¹⁾
- El CD ha evidenciado una tasa de recurrencia y seromas menor que al CP, pero un tiempo de cicatrización mayor⁽²⁾



(1) M.A. Barria 2020

(2) Stauffer VK 2018

Cierre por Segunda Intención⁽⁷⁾



Característica de la herida y las curas tras cirugía de sinus pilonidal

- Herida abierta cavitada con cierre por segunda intención.
- Muy exudativa.
- Dolorosa.
- Curas DIARIAS.
- Riesgo de infección y de recidiva.
- Afecta a la calidad de vida de los pacientes.
- Tiempo medio para la cicatrización de 1-3 meses
- Gastos en recursos materiales y tiempo de enfermería



Impacto negativo del Sinus Pilonidal ⁽⁸⁾

- Afecta a gente en edad productiva.
- Estas personas tienen que paralizar su actividad profesional para hacer las curas diarias y debido a los síntomas.
- La herida exuda, duele y puede oler mal lo que afecta a su esfera personal.
- Requiere mucho tiempo de enfermería y recursos materiales.
- Las complicaciones como la infección tienen costes añadidos
- Tiene una alta recurrencia.



Tratamiento convencional: Cura Seca⁽⁹⁾

Gasas en el interior de la cavidad + pomadas



Acúmulo de exudado por inadecuada gestión del mismo:

Riesgo de infección.

Maceración de bordes y piel perilesional.

Impacto negativo en la vida del paciente.

Mayor frecuencia de curas.

Mayor gasto sanitario (número de apósitos, tiempo de enfermería fungibles, gastos asociados a las complicaciones...)

Mayor manipulación.

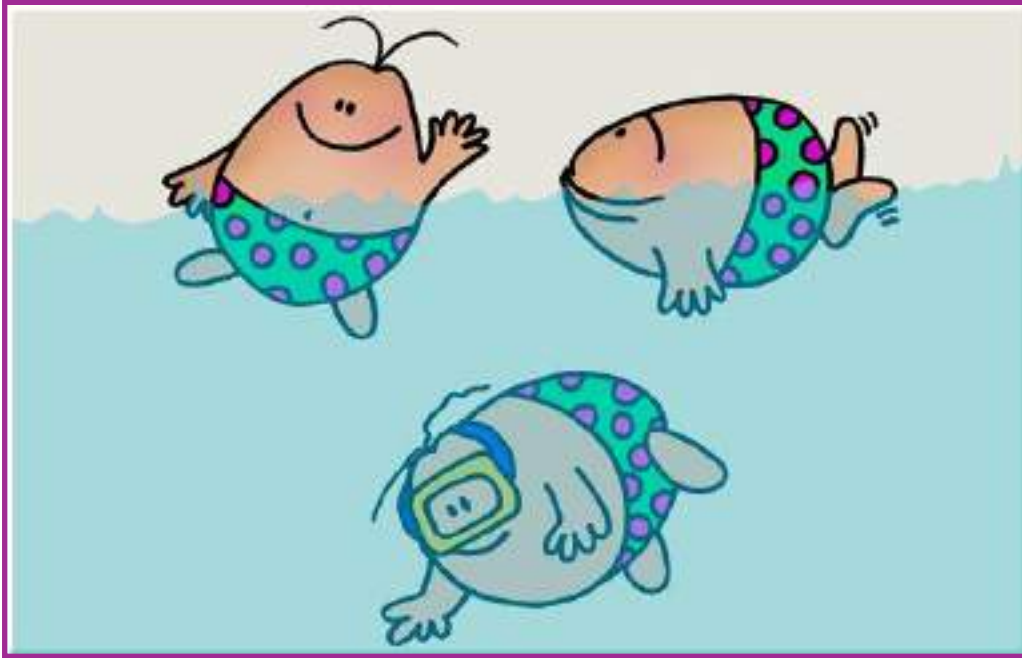
Inadecuada protección frente a agentes externos y fuerzas aplicadas sobre la zona.

Dolor y retirada traumática de la gasa del lecho de la herida.

Retraso en la cicatrización y complicaciones⁽⁹⁾

9. Charles K. Field, Morris D. Kerstein, Overview of wound healing in a moist environment, The American Journal of Surgery, Volume 167, Issue 1, Supplement, 1994, Pages S2-S6, ISSN 0002-9610,

Cura en Ambiente Húmedo ⁽¹⁰⁾



Menor riesgo de infección

Acidificación del pH de la zona, creando ambiente bacterioestático.
Protección frente a agentes externos. .

Temperatura adecuada

Reduce tiempo cicatrización

Estimulación de la síntesis de colágeno.
Contracción más temprana de la herida.
Proliferación migración de los queratinocitos
Proliferación mayor de los fibroblastos.

Control del exudado

Menos dolor

Menor número de curas y menor manipulación

Mejora calidad de vida del paciente

Evidencia: de la Cura en Ambiente Húmedo (CAH)

En 2012, metanálisis de 170 ensayos controlados y no controlados mostró que los apósitos que hacen CAH en comparación con los apósitos convencionales (cura seca) **mostraron un aumento significativo en los tiempos de curación** de las heridas crónicas¹²



En las décadas de 1980 y 1990, la investigación clínica demostró que las condiciones húmedas en la superficie de la herida aumentaron las tasas de curación ¹¹



11: Baranoski, S. (2012). Wound Dressings: An Evolving Art and Science. d1mestic pig

12: Heyer K. (2013). Effectiveness of Advanced versus Conventional Wound Dressings on Healing of Chronic Wounds - Systematic Review and Meta-Analysis

•Se ha llegado a la conclusión que la falta de consenso entre profesionales, la variabilidad del estado del lecho de la herida y la inmensidad de productos existentes en el mercado dificultan el poder establecer un protocolo único para el cuidado del quiste pilonidal post operado.(8)



CUIDADOS DE LA HERIDA

- HACER LA VALORACION CUTÁNEA
- No existen GPC o documentos de consenso que respalde el procedimiento habitual de la enfermera ante este tipo de heridas(1)
- Cuidado diario de la herida para evitar infecciones debido a bacterias anaerobias y controlar un exudado excesivo que puede retrasar la cicatrización (2).
- En caso de dolor prescribir analgésico previo a la cura
- 1ª cura tras la intervención, retirada de taponamiento hemostático, con precaución evitando el sangrado. (humedecer en el caso de estar adherido).

13. Harris CL, Holloway S. Development of an evidence-based protocol for care of pilonidal sinus wounds healing by secondary intent using a modified Reactive Delphi procedure. Part 2: methodology, analysis and results. Int Wound J. 2012;9(2):173-88

2. Brölmann F, Ubbink D, Nelson E, Munte K, van der Horst C, Vermeulen H. Evidence-based decisions for local and systemic wound care. Br J Surg 2012;99:1172-83

CUIDADOS DE LA HERIDA



- Limpieza de la herida: irrigar con SF
- Limpiar ($\pm$)5 cm del área perilesional para descontaminar la piel.
- Apósito primario para rellenar, aquel que consiga gestionar el exudado⁽²⁾ :
- Herida exudativa: Apósito de hidrofibra de hidrocoloide o de alginato
- Herida con tejido seco: Hidrogel amorfo
- Ante signos de infección superficial apósito antimicrobiano (PHMB – hidrofibra ag)
- Apósito secundario: compresas o gasas
- Cuando sea posible: acudir a la cura tras ducha.
- Afeitar el pliegue interglúteo al menos semanalmente en un área de 5 cm desde los bordes de la herida ⁽³⁾

2. Olano C, Coronas JM, Escuder J, Vadillo J, Castellote M, Luengo L. Tratamiento del sinus pilonidal en cirugía sin ingreso. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Tarragona. CIR MAY AMB. 2004, VOL 9 (2): 24 –26

3. Contreras Fariñas, Raquel; Cazalla Foncueva, Ana; Cordero Ponce, Montserrat; Estepa Osuna, M^a José; Galafate Andrade, Yolanda; Moreno Verdugo, Ana; Docobo Durantez, Fernando; Plaza Moreno, Paula; Silva Cívico, María Ángeles; López Rodríguez, Luis. Estudio comparativo de dos procedimientos de cura tras la resección de quiste pilonidal mediante técnica abierta. Biblioteca Lascasas, 2015;

Uso de fibras como apósito primario en sinus pilonidal: recomendaciones basadas en la evidencia

- Lo ideal es aplicar un apósito con: (13)
 - Capacidad de absorción del exudado
 - Qué rellene la cavidad
 - Mantenga un ambiente húmedo
 - Controle la carga bacteriana si hay signos de infección en la herida
- Está recomendado el uso de fibras gelificantes para la cura de la herida cavitada tras la cirugía de sinus pilonidal (13)



13. Herrod PJ, Doleman B, Hardy EJ, Hardy P, Maloney T, Williams JP, Lund JN. Dressings and topical agents for the management of open wounds after surgical treatment for sacrococcygeal pilonidal sinus. Cochrane Database Syst Rev. 2019 Sep 27;2019(9):CD013439. doi: 10.1002/14651858.CD013439. PMID: PMC6765323.

Posibles complicaciones

-**HEMORRAGIAS:** habituales en las primeras 24-48 h. Tratar de cohibir aplicando cura seca o alginato. En caso de necesidad, derivar al hospital para cauterización.

-**INFECCIÓN** (dolor, mal olor, incremento del exudado, aumento temperatura bordes de la herida): Aplicar fomentos de PHMB y apósitos antimicrobianos (hidrofibra ag) (si persiste el dolor valorar antibioterapia sistémica).

-**RECIDIVA** (reaparición del quiste). las recurrencias suelen presentarse dentro del primer año desde la intervención quirúrgica. Tasa 15 / 20%.

¿Dudas?

¿Ducha?



1. Recomendaciones basadas en la evidencia

✂️ Guías de la Sociedad Americana de Cirujanos de Colon y Recto (ASCRS)

- Se recomienda **mantener la herida limpia** y permitir la ducha a partir de las **24-48 horas después de la cirugía**, siempre que se evite la fricción directa y se seque bien la zona después del baño.
- Sugieren **limpieza con agua tibia y jabón neutro**, sin aplicar productos agresivos.

✂️ Guías del NHS (Reino Unido) sobre cuidados de heridas quirúrgicas

- En heridas que cicatrizan por segunda intención, el paciente puede ducharse **después de 24-48 horas**, pero debe evitar remojar la herida por tiempos prolongados.
- Es fundamental **secar la herida con toques suaves** y no frotar la zona.

✂️ Revisión Cochrane sobre curación de heridas por segunda intención (Vermeulen et al., 2020)

- Sugiere que la higiene con agua y jabón no afecta negativamente la cicatrización y, en muchos casos, ayuda a reducir el riesgo de infección.
- Se encontró que la limpieza con suero fisiológico o agua corriente **no aumenta la tasa de infecciones** en heridas abiertas.

✂️ Estudios sobre cuidados postoperatorios (Shafii et al., 2017)

- Concluyen que la ducha **no retrasa la cicatrización**, siempre que la herida se mantenga seca posteriormente y se utilicen apósitos absorbentes si hay exudado.

¿Nos apoyamos en cuidadores?

¿Dudas?

¿Ducha?

¿Cuándo debería evitarse la ducha?

- ☐ Si hay infección activa
- ☐ Si la herida presenta sangrado.

¿Cómo ducharse correctamente en estos casos?

- ☒ Retirar los apósitos
- ☒ Usar agua tibia y jabón neutro .
- ☒ No aplicar presión ni frotar la herida.
- ☒ Secar con toques suaves con una gasa y dejar gasa dentro para acudir a cura.
- ☒ Evitar sumergirse en bañeras o piscinas



¿Dudas?

¿debemos recomendar la depilación?



- La depilación con láser de la zona sacrococcígea tras cirugía de sinus pilonidal ¿disminuye la tasa de recidivas?.
- La evidencia existente es insuficiente para recomendarla de forma rutinaria⁽¹³⁾.
- Se recomienda al paciente el rasurado de la piel en la proximidad de la herida quirúrgica para evitar la recidiva del sinus.

⁽¹³⁾ Steele SR, Perry WB, Mills S, Buie WD, Standards Practice Task Force of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the management of pilonidal disease. Dis Colon Rectum. 2013 Sep;56(9):1021-7.

¿Dudas?

- ¿Qué hacer cuándo la herida no cicatriza al final?:
- ¿Consideras adecuado formar a un cuidador no sanitario para asumir curas controladas?
- ¿Valorarías el uso de TPN en estas heridas?

CASOS CLINICOS SINUS

Paciente

- Varón
- 30 años
- Sin antecedentes patológicos
- Normopeso, con actividad física moderada y trabaja en una oficina
- El 13 de Mayo del 2020 fue intervenido quirúrgicamente por un sinus pilonidal en la zona interglútea
- Medidas
15 cm (largo); 7 cm (ancho); 3,5 cm (profundidad)
- Dolor
8/10 escala EVA (18/05/2020)



Evaluación del lecho de la herida	
Tipo de tejido	
Necrótico: 40%	Granulación: 60%
Exudado	
Abundante	
Acúmulo de exudado	
Si	
Infección	
No	



1 Objetivos del lecho de la herida

Retirar el tejido no viable

Gestionar el exudado

2 Objetivos del borde de la herida

Gestionar exudado

3 Objetivos de la piel perilesional

Gestionar exudado

- El exudado de la herida era muy abundante y difícil de controlar, con acúmulo en la herida. Por este motivo, se inicia el tratamiento con **Biatain® Fiber 10x10**. La frecuencia de curas era diaria



Día 23: 10/06/20

- La herida ha reducido su tamaño casi a la mitad
- La lesión presentaba muy poco esfacelo y el exudado había disminuido considerablemente
- El paciente refirió el dolor como 1/10 (escala EVA), lo que significó una disminución de más del 85%



Día 42: 29/06/20

- La herida se encuentra prácticamente cicatrizada presentando un 75% de tejido de epitelización y un 25% de tejido de granulación



Día 50: 07/07/20

- La cicatrización completa de la herida se consiguió en menos de dos meses



CONCLUSIONES DEL CASO

USO DE HIDROFIBRA DE HCL (BIATAIN FIBER)

- Excelente capacidad de absorción y retención del exudado.
- Una vez gelificado el apósito no se retrajo prácticamente, ya que se previene la aparición de espacios muertos, evitando complicaciones como la maceración y el aumento de la carga bacteriana
- Se retira fácilmente, sin dejar residuos en la herida, favoreciendo una retirada atraumática y sin dolor.
- Activación del proceso de cicatrización de la herida, **disminuyendo el tiempo de tratamiento.**
- **No fue necesario utilizar ningún apósito antimicrobiano**

- VARÓN 32 AÑOS
- SIN AP
- OBESO
- INTERV: 22/5/11
- MEDIDAS: 25 CM X 22 CMM
X 10 CM
- DOLOR: 5/10
- OBJETIVOS: GESTION
EXUDADO, CICATRIZACIÓN





23/5/11



27/5/11



31/5/11



20/6/21



23/6/21



28/6/21



01/8/21 (70 días)

¡Muchas
Gracias!