

## ***Seno pilonidal. Resección con cierre primario***

### **Operación de Swinton. Nuestra experiencia**

Dres. BOLIVAR DELGADO, ALBERTO AGUIAR,  
MIGUEL ZAGIA y GONZALO FAJARDO \*

Esta afección es tratada habitualmente con resección y cicatrización por segunda. Se busca con ello evitar las recidivas, pero al precio de una cicatrización lenta y defectuosa y con frecuencia de molestias dolorosas locales persistentes.

Es para evitar esto que se realiza el cierre primario. Este no parece condicionar un número importante de recidivas, si es realizado correctamente.

Hemos realizado desde hace unos 3 años el cierre primario con la técnica de Swinton (1) y es nuestra experiencia con este procedimiento lo que traemos a consideración.

Tres son los objetivos buscados: 1) resección mínima de tejidos compatible con una exéresis completa de la lesión; 2) restauración anatómica sin tensión, sin dejar espacios muertos y acolchonando la cresta sacra; 3) cicatrización primaria con cicatriz mínima para impedir la introducción de cuerpos extraños (pelos) e infección.

La técnica es sencilla, pero para lograr estos objetivos se requiere gran meticulosidad, no descuidando detalles. Las curaciones del postoperatorio deben ser controladas directamente por el cirujano. Solemos hacerlas personalmente.

No son considerados aptos para el cierre primario aquellos pacientes que presentan procesos supurados en actividad (abscesos). Estos deben ser tratados y luego de transcurrido un plazo de varias semanas podrán ser operados.

En aquellos que existen orificios laterales de trayectos secundarios, la contraindicación es relativa. Estos trayectos pueden ser resecados con incisiones complementarias.

La preparación preoperatoria será cuidadosa: tratamiento de procesos inflamatorios locales; correcta higiene regional con agua y jabón; depilación, que puede ser lograda con el rasurado y en casos especiales de gran desarrollo piloso con radioterapia a pequeñas dosis (375 r.) que logra una buena depilación por varias semanas.

Se utiliza una incisión elíptica (fig. 1), a la cual pueden agregarse incisiones laterales en forma de "V" para incluir orificios laterales. La resección llega en profundidad a la aponeurosis sacra.

Se labra luego a ambos lados un colgajo musculoponeurótico de los músculos glúteos en una extensión lo suficientemente amplia (3-4 cm.) como para que puedan deslizarse y suturarse en la línea media sin tensión, logrando así acolchonar la cresta sacra.

Se debe lograr una buena hemostasis, evitando en lo posible la utilización de material extraño (catgut).

Se colocan tres o cuatro puntos totales con hilo de acero grueso que no incluyan la aponeurosis sacra.

Sutura de los colgajos glúteos con catgut crómico fino.

Sutura de la piel con hilo de acero fino y con cuidadosa aproximación de los bordes cutáneos.

Se coloca un rollo de gasa sobre la herida y sobre él se anudan los puntos totales.

En el postoperatorio se someten los pacientes a una dieta líquida, evitando así la movilidad intestinal en los primeros días.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 27 de agosto de 1969.

\* Asistente de Clínica Quirúrgica. Profesor Adjunto de Cirugía. Médicos Auxiliares de Clínica Quirúrgica (Facultad de Medicina de Montevideo).

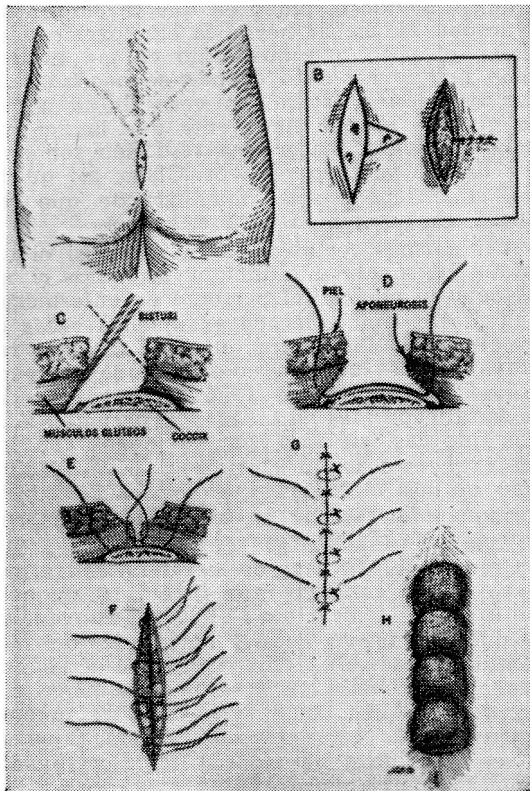


FIG. 1.— Tomada de Swinton (1).

Al 6º-7º día se cura por primera vez y se retiran los puntos totales. Uno o dos días después se sacan los puntos de la piel.

Al igual que Swinton, controlamos personalmente la cicatrización de la herida durante 4-6 semanas, poniendo gran cuidado en evitar la introducción de pelos en la misma; rasurado, depilación con pinza fina y en algunas pocas ocasiones radioterapia a pequeñas dosis.

Con estas directivas hemos operado en los últimos 3 años 21 pacientes: 16 mujeres y 5 hombres.

La edad promedio de los mismos fue de 25 años (18-35).

Dieciocho de ellos tenían historia previa de supuración o abscesos de la región drenados.

El o los orificios fistulosos estaban situados en la mayoría de los casos (18) en la línea media, pero en 3 había además orificios laterales.

Cuatro pacientes tuvieron complicaciones postoperatorias: e 2 se produjo una dehiscencia parcial de la herida que cicatrizó por segunda en el plazo de 20 días.

El tiempo de cicatrización promedio fue de 11 días (8-20).

El tiempo de evolución de los operados es: menos de 1 año, 5; entre 1 y 2 años, 8; más de 2 años, 8.

En ninguno de ellos se produjo una recidiva.

## RESUMEN

Se refiere la experiencia de los autores sobre 21 casos de senos pilonidales tratados con resección y cierre primario con la técnica de Swinton en los últimos 3 años.

Se hace hincapié en la necesidad de una buena selección de enfermos, de una técnica operatoria cuidadosa y de un severo control postoperatorio. Con esa forma de actuar se obtienen excelentes resultados.

## RÉSUMÉ

Les auteurs se réfèrent à leur expérience de 21 cas de sinus pilonidaux traités par résection et suture primaire selon la technique de Swinton, dans les trois dernières années.

On souligne la nécessité d'une sélection adéquate de malades, d'une technique opératoire prudente et d'un contrôle post-opératoire sévère. On obtient alors d'excellents résultats.

## SUMMARY

The paper refers to the author's experience during the last three years with 21 cases of pilonidal sinus treated by resection and primary closure using Swinton's technique.

The author points out the need for a good selection of patients, a careful operator technique and a severe post-operative control. In this manner excellent results are obtained.

## BIBLIOGRAFIA

1. SWINTO, W. N. y ROSE, A. N. Enfermedad del seno pilonidal. *Cl. Quir. N. América*, pág. 787, junio 1962.

## DISCUSION

*Dr. De Chiara:* El intento de tratar estas lesiones cerrando la piel es un viejo propósito y son muchas las técnicas que traen los tratados de cirugía. El hecho que ninguna de ellas haya persistido en el tiempo y se haya ido modificando, es que la mayor parte de las técnicas de cierre por primera, aun los casos seleccionados, recidivan. Es esa carga de recidivas la que ha hecho volver a la técnica del cierre por segunda intención.

Hubo un empuje grande respecto al cierre por primera en la Segunda Guerra Mundial, por la premura en reintegrar a los reclutas al servicio activo; entonces las revistas de la época y los tratados de técnica estaban poblados de técnicas a las cuales están ligados diversos nombres de varias procedencias.

En lo que me es personal, he realizado las técnicas de cierre, variadas, por primera, y he vuelto después al primitivo procedimiento que aprendí de practicante, el cierre por segunda intención. Pero entiendo que la técnica por segunda intención lleva implicada una serie de críticas que no le corresponden a ella sino al mal uso que se hace de la misma.

El Dr. Karlen ha puesto el énfasis, aun en el cierre primario, en que no hay necesidad de reseca tanta piel, y evidentemente. aun los que empleamos la técnica de cierre por segunda no reseca tanta piel. Nos limitamos a hacer una disección cuidadosa del quiste con la ayuda del color, azul de metileno, o simplemente por control visual, con el conocimiento de patología que corresponde a la

lesión, sabiendo el plano en que se encuentra, y, después de haber hecho la extirpación adecuada, el pozo que queda no es tan grande como uno lo ha visto cuando se hacen grandes resecciones llegando a veces hasta a ver los glúteos, porque hay gente que habla que incluso hay que hacer una resección tan amplia que se vean los glúteos. Claro, así queda una superficie cruenta muy grande que requiere mucho tiempo para cicatrizar.

Allí muchas recidivas se evitarían si el cirujano personalmente hiciera las curas y no las deja en manos del personal de enfermería. Una mecha mal colocada es muchas veces el pretexto más fácil para que se haga una recidiva. De esa manera no tengo que arrepentirme de haber dejado abierto y creo que no he sacrificado más de un mes al paciente, además que casi siempre, por lo menos con los datos que yo tengo de mis operados, sobre todo de los mutuales, que los puedo seguir permanentemente, no he tenido recidivas con esta manera de proceder.

Creo que el esfuerzo de lograr un cierre primario es un esfuerzo muy loable, es un adelanto en la técnica, pero no estoy convencido de que los mismos autores entusiastas del momento no vuelvan frente a algún fracaso que pueda producirse, a una técnica de cierre por segunda, porque la historia del tratamiento quirúrgico de estas afecciones está jalonada de esos intentos, verdaderos empujes, ligados a nombres prestigiosos, y que están demostrando que el problema, evidentemente. no está resuelto. Es cuanto quería decir.