

SINUS PILONIDAL RECURRENTE : CURA CON ALGINATO CÁLCICO



(1) Alonso Lorenzo Ana; (2) Gómez Sáez Daniel; (3) Rabadan Velasco, A.I.; (4) Rodríguez Clérigo, I.; (5) Rodríguez De Cossio, A.; (6) Martínez Malabía M.D.
(1 y 5) C.S. San Martín de la Vega (Madrid); (2) H.U.Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares); (3 y 4) Unidad Multidisciplinar de Atención Primaria y Comunitaria de Toledo. C.S. Sillería (Toledo); (6) C.S. Sillería (Toledo)

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Adolescente de 18 años, sin antecedentes de interés, intervenida de absceso pilonidal en 2013 con cierre por primera intención. Acude a consulta de enfermería tras exéresis de folículo pilonidal recurrente en región coccígea.

En la exploración física presenta herida abierta de diámetro de 10 cm y 3 cm de profundidad, con abundante drenaje serohemático y dolor. No se le pauta antibioterapia tras la intervención y en la segunda cura lo precisa, amoxicilina clavulánico, vía oral por enrojecimiento de bordes, mal olor y cultivo de herida positivo. Se comienzan curas por segunda intención con apósito alginato cálcico previa limpieza con suero salino (SSF) con presión en aguja de 18G

EXPLORACIÓN COMPLEMENTARIA Y RESULTADOS:

El Alginato Cálcico proporciona un ambiente húmedo óptimo de cicatrización de las heridas por segunda intención ya que es el mejor método en la absorción en heridas altamente exudativas formando un gel hidrofílico que no daña el tejido de granulación favoreciendo la formación de fibroblastos.

Por otro lado, posee efecto hemostático que reduce notablemente el sangrado y hace que se pueda utilizar sin humedecimiento previo en este caso de heridas.

No existen suficientes pruebas para recomendar el uso de agentes tópicos o apósitos con plata para el tratamiento de las heridas crónicas infectadas o contaminadas a pesar de que éstos son muy utilizados por los profesionales de enfermería para este tipo de lesiones. Existen varios estudios internacionales que avalan la curación del sinus con una espuma de colágeno y gentamicina

Esta lesión presentó cultivo positivo a E. Coli. La antibioterapia tópica es incompatible con este apósito



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Procesos inflamatorios locales como abscesos, fístulas.

EVOLUCIÓN:

Se inician curas diarias tras la intervención en Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), pues el exudado era muy abundante y existe infección. Se utiliza Alginato Cálcico previa limpieza con SSF más oclusión con gasas.

El segundo día presentó signos y síntomas de infección y se pautó amoxicilina clavulánico durante una semana.

El proceso de curación de la herida por segunda intención finalizó a los 4 meses de manera completa sin ninguna complejidad.



DIAGNOSTICO FINAL:

Sinus Pilonidal

DISCUSION:

En la actualidad no se dispone de amplia bibliografía respecto al uso del alginato cálcico en la cura del sinus pilonidal pero en nuestra experiencia profesional ha reducido notablemente el dolor en las curas, el sangrado y el tiempo de curación. Existe mucha controversia en el uso de apósitos de plata por su no comprobada eficacia en la reducción de la infección. Se realizó una revisión en Cochrane Library.

Varios estudios internacionales avalan la curación del sinus con una espuma de colágeno y gentamicina la cual no se utiliza en nuestro país

CONCLUSIONES:

El alginato cálcico es un apósito que no presenta alto coste y es fácil de utilizar al ser recortable y moldeable a la cavidad a diferencia de otros apósitos que no permiten dichas propiedades, cumpliría por tanto todas las propiedades de un apósito ideal para la cura de este tipo de lesión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Imad Tleyjeh, Dan Berlowitz, Larry M Baddour. Infectious complications of pressure ulcers. This topic last updated: Oct 02, 2012. In: UpToDate, Daniel J Sexton (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2014.
2. Vermeulen H, van Hattem JM, Storm-Versloot MN, Ubbink DTL. Biblioteca Cochrane Plus. The Cochrane Library
3. Ramiro Bolaños C. Cicatrización por segunda intención mediante cura húmeda de un sinus pilonidal intervenido quirúrgicamente. ENE Revista de Enfermería. 2009;3 (1) : 25-31.
4. Astudillo J. Quiste pilonidal. Medwave 2009; 9(8): 1-4.
5. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2015-2017. Décima Edición. Wiley-Blackwell. Septiembre 2014