ENFERMEDAD PILONIDAL: NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

PILONIDAL DISEASE: OUR EXPERIENCE IN SURGICAL TREATMENT.

Acosta Mayorga Carlos Gonzalo[1]; Inca Paredes Danny Alexander[2]; Acosta Aguinaga Andrés Gonzalo[3]; Acosta Aguinaga Karla Rebeca[4], Zurita Cruz Evelyn Paola[5]

.

[1]Cirujano General y Vascular, Tratante Hospital Indígena-Atocha, Docente Universidad Regional Autónoma de los Andes ¨Uniandes¨, Ambato, Ecuador. [2]Médico Cirujano Universidad Regional Autónoma de los Andes ¨Uniandes¨, Médico Residente Clínica Provida –Latacunga, Ecuador. [3]Doctorando PHD Pontificia Universidad Católica de Lima, Perú. [4]Pontificia Universidad Católica de Quito, Ecuador. [5]Médico Cirujano Universidad Regional Autónoma de los Andes ¨Uniandes¨, Médico Residente Hospital General Latacunga, Ecuador.

Acosta Mayorga Carlos Gonzalo; Inca Paredes Danny Alexander; Acosta Aguinaga Andrés Gonzalo; Acosta Aguinaga Karla Rebeca, Zurita Cruz Evelyn Paola. ENFERMEDAD PILONIDAL: NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. Rev UNIANDES Cienc Salud 2020 ene-abr; 3(1):328-336

Resumen

La enfermedad Pilonidal es una fistula localizada en la región sacra o interglútea, de profundidad variable recubierta por epitelio, que conduce a una cavidad que contiene pelos en el cual se puede formar un absceso constituyéndose en una fuente importante de infección, debido al pudor y ansiedad que presentan estos pacientes se los diagnostica tardíamente. Existe un conocimiento adquirido basado en la experiencia en el manejo de este tipo de heridas, pero también hay mucha variabilidad en su abordaje. El objetivo de esta investigación es demostrar la experiencia y la eficacia de la técnica quirúrgica abierta en el manejo de la enfermedad pilonidal. Se presenta el estudio realizado de 20 pacientes operados en lo últimos 24 años con una edad promedio de 18,4 años, con predominio en el sexo masculino (75%). La presentación clínico quirúrgica fue el absceso interglúteo seguido por la fistula, el tratamiento quirúrgico consistió en la resección completa en bloque del tejido comprometido hasta la fascia retrosacra y cicatrización por segunda intención (técnica abierta) sin presentar recidivas en comparación con la técnica de Duffurmentel y la zetoplastia que nos dan recidivas. En la técnica abierta se puede reducir el tiempo de cicatrización de la herida operatoria realizando un cierre primario diferido y que si bien es cierto la cicatrización lleva un tiempo sin embargo es una técnica que menor recidivas produce en el paciente aceptada como la mejor opción en comparación con otras técnicas.

Palabras clave: Quiste Pilonidal; sacrococígeo; tratamiento quirúrgico.

Abstract

Pilonidal disease is a fistula located in the sacral or interglutne region, of variable depth coated by epithelium, which leads to a cavity containing hairs in which an abscess can form constituting an important source of infection, because of the modesty and anxiety these patients present are diagnosed late. There is a knowledge gained based on the experience in handling such wounds, but there is also a lot of variability in their approach. The objective of this research is to demonstrate the experience and effectiveness of open surgical technique in the management of pilonidal disease. The study of 20 patients operated on in the last 24 years with an average age of 18.4 years, predominantly male (75%) is presented. The surgical clinical presentation was the intergluteal abscess followed by the fistula, surgical treatment consisted of complete block resection of the committed tissue to the retrosacral fascia and second intention healing (open technique) without relapse compared to the Duffurmentel technique and the zetoplasty that give us relapses. In the open technique can reduce the healing time of the surgical wound by performing a deferred primary closure and that while it is true the healing takes a while however is a technique that less relapses produces in the patient accepted as the better option compared to other techniques.

Keywords: Abdominal wounds; vascular injury; abdominal trauma; mortality.

Introducción

La enfermedad pilonidal, descrito en 1833 por Mayo y en 1847 por Anderson, que consiste en un seno o fístula en la región interglútea a nivel de la fosita natal, entre 3 a 5 cm posterior y superior al orificio anal. Existen numerosas teorías respecto a su origen. En los años cincuenta prevalecieron las causas congénitas como la infección de un remanente epitelial, vestigios del canal medular o invaginación ectodérmica para explicar esta condición.

Actualmente, la hipótesis más aceptada es la de origen adquirido como consecuencia de la introducción de pelo en la piel y celular de dicha zona con una reacción granulomatosa a cuerpo extraño secundaria, lo que estaría avalado por la aparición en otras regiones anatómicas como el surco interdigital, ombligo, pubis, axila y muñón de amputación.[2] Se forma por el trauma y penetración del pelo en el subcutáneo, más frecuente en el hombre de raza blanca hirsuto y de complexión atlética, es rara en la raza afroamericana y desconocida en chinos

e indios. La enfermedad es asintomática, hasta que se infecta y semeja una supuración aguda, puede desaparecer y quedar en trayecto fistuloso, otras veces se presenta como fístula.[3]

Existen numerosas formas de presentación de la EP, siendo las más frecuentes: el tumor sensible, abscesos recurrente y fístulas crónicas. Su curso es benigno pero con alta morbilidad posterior al tratamiento, debido fundamentalmente a la infección, retardo y cicatrización y alta tasa de recidiva, lo que explica la enorme diversidad de técnicas propuestas para un tratamiento, sin que exista un método universalmente aceptado.[1]

Entre las formas de presentación de urgencia, se destaca el absceso, el cuál generalmente se trata con un drenaje, dejando el manejo definitivo en forma diferida, o con técnicas abiertas, que dejan una herida que cicatriza por segunda intención en plazos variables 8–10 meses, agregando la necesidad de curaciones frecuentes.[2]

El objetivo de esta investigación es demostrar la experiencia obtenida en 24 años y la eficacia de la técnica quirúrgica abierta en el manejo de la enfermedad pilonidal.

Métodos

Se realizo un estudio observacional transversal, revisando las historias clínicas de todos los pacientes con enfermedad pilonidal, atendidos los Hospitales Básicos de la ciudad de Ambato Indígena y Metropolitano, entre enero de 1996 y diciembre 2017.

Se analizaron las condiciones de ingreso, localización y lesiones asociadas, técnica quirúrgica utilizada, complicaciones post operatorias, mortalidad y seguimiento alejado.

En número de historias clínicas que se analizaron en los escenarios de estudio fueron de 20 pacientes, comprendidos en un rango de edad promedio de 18,4 años y un rango de 15 a 30 años, los criterios para seleccionar la muestra fue que sean pacientes con Enfermedad Pilonidal y que se encuentren en los periodos de estudio.

Resultados

Todos los casos fueron manejados con las medidas habituales de apoyo, basados en un adecuado aporte de cristaloides y antibioticoterapia de amplio espectro.

Tabla 1. Grupo Etario

ENFERMEDAD PILONIDAL SEXO Y EDAD

	Sexo				Total	
Edad (años)	**F**	**%**	**M**	**%**	**n**	**%**
15-19	4	3,5	9	16,6	13	5,88
20-24	2	53,5	4	50	6	52,9
25-30	0	14,2	1	33,3	1	17,64
Total	**6**	**100**	**14**	**100**	**20**	**100**

Fuente: Historias clínicas de los Hospitales Básicos de la ciudad de Ambato Indígena y Metropolitanos.
Elaborado por los Autores.

Del levantamiento estadístico realizado en los hospitales de estudio se presentaron las siguientes resultados, que se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Técnica Operatoria

Técnica Operatoria	**n**	**%**
Cirugía Abierta	18	90 %
Zetoplastia	1	5 %
Duffurmentel	1	5 %
Total	**20**	**100 %**

Fuente: Historias clínicas de los Hospitales Básicos de la ciudad de Ambato Indígena y Metropolitanos.
Elaborado por los Autores.

Otro elemento importante de análisis es el número de recidivas de la enfermedad por técnica, esto se demuestra en la tabla 3:

Tabla 3. Recidivas de la enfermedad por técnica

Recidivas de la Enfermedad por técnica	n	%
Cirugía Abierta	18	0 %
Zetoplastia	1	5 %
Duffurmentel	1	5 %
Total	**20**	**10 %**

Fuente: Historias clínicas de los Hospitales Básicos de la ciudad de Ambato Indígena y Metropolitanos.
Elaborado por los Autores.

De los principales quistes pilonidales encontrados se realizaron cirugías abiertas en un 90 %, zetoplastia en un 5 % y la técnica Dufourmentel en 5 %. La técnica más utilizada fue por cirugía abierta con un 0 % de recidivas, lo contrario a realizar zetoplastia con 5 % de recidiva, y la técnica de Dufourmentel con 5 % de recidiva.

En cuanto a las complicaciones postoperatorias se dieron en un 25 % del total de pacientes estudiados; la técnica abierta demostró ser la mejor con un 0%, mientras que la Zetoplastia obtuvo un 10 % y la técnica de Dufourmentel con un 15%. A continuación esto se demuestra en la tabla 4.

Tabla 4. Complicaciones Postoperatorias

Complicaciones Postoperatorias	Cirugía Abierta	Zetoplastia	Dufourmentel	%
Infección herida op	0	1	1	10%
Dehiscencia	0	1	1	10%
Secreción Serosa	0	0	1	5%
Sangrado	0	0	0	0%
Perdida de colgajo	0	0	0	0%
Mortalidad	0	0	0	0%
Total	**0**	**2**	**3**	**25%**

Fuente: Historias clínicas de los Hospitales Básicos de la ciudad de Ambato Indígena y Metropolitanos.
Elaborado por los Autores.

Discusión

La EPSC es una entidad frecuente, aunque no se conoce su real incidencia. Una de las dificultades para establecerla es que en muchas series se incluyen, además de los pacientes que presentan manifestaciones inflamatorias evidentes como eritema, supuración aguda o crónica y dolor asociado a aumento de volumen, aquellos que presentan un seno en la región sacrococcígea o poros dilatados, sin manifestaciones inflamatorias no masa evidente.[4] En estos casos, una ecografía de partes blandas, con un transductor de alta resolución puede determinar la presencia de una lesión seudoquística en el celular subcutáneo, con lo que se certifica la enfermedad. No existe evidencia de que la presencia del seno pilonidal sin inflamación como factor anatómico aislado sea predisponente de la aparición de inflamación a mediano plazo.[5]

Entre los factores de riesgo para la aparición de la enfermedad sintomática se reconocen el género masculino, la obesidad y el hirsutismo, aunque ni en esta serie, ni en nuestra serie histórica esto ha sido demostrado.[6] Para su tratamiento se han propuesto muchas técnicas, desde simples resecciones dejando lechos cruentos hasta el avance de colgajos.[7,8] No existe consenso ni evidencia para definir el mejor tratamiento.

En las técnicas abiertas, el tiempo de cicatrización es prolongado pero se asocian a una menor tasa de recidiva con el 0 % en este estudio. Mientras que el 10 % de recidiva se asocian a las diferentes técnicas generalmente cerradas (Dufourmentel, Zetoplastia).

Otro aspecto controversial del tratamiento quirúrgico de la Enfermedad Pilonidal es el concepto de recidiva, que no es uniforme.[9] Algunos autores la definen como la aparición de nuevas lesiones debida a la persistencia de los factores predisponentes como la mala higiene, el hirsutismo, el pliegue interglúteo profundo y otros. Para otros, la recidiva corresponde a la persistencia de trayectos laterales inadvertido y, por tanto, secundaria a una cirugía incompleta.[10] Para otros, la recidiva corresponde a la persistencia de trayectos laterales inadvertidos y, por tanto, secundaría incompleta.[11] En términos prácticos se ha definido la recidiva como aquella dehiscencia y/o supuración crónica que implica un defecto de cicatrización superior a 3 meses luego de cirugía y que obliga a plantear un nuevo tratamiento quirúrgico.[10]

El seguimiento en la mayoría de los pacientes en estudio fue superior al año sin recidivas. Además, en los pacientes que fueron reintervenidos, la supuración fue mantenida, por lo que esta fue considerada como una enfermedad

persistente, lo que agregaría la potencial ventaja de identificar rápidamente aquellos pacientes que curaron su enfermedad.

En forma general, se ha descrito una mayor tasa de cicatrización con el cierre primario de las heridas, sin embargo se ha observado un mayor índice de recurrencias con este procedimiento. De forma contraria, se presenta una cicatrización mucho más lenta en aquellas heridas manejadas en forma abierta o con marsupialización, siendo el índice de recurrencia mucho menor. En estos casos, recientemente también se han utilizado los sistemas de cierre de heridas con presión negativa (VAC) para lograr una cicatrización más rápida.[12]

Existen tres revisiones sistemáticas y meta-análisis que demuestran la efectividad de los diversos procedimientos descritos para el tratamiento de la enfermedad pilonidal. El primer estudio es una revisión sistemática en la cual se analizaron las técnicas disponibles de cierre primario para el tratamiento de senos pilonidales, publicado por Petersen y cols. en el 2002, donde se incluyeron 74 publicaciones con 10,090 pacientes. En este análisis se demostraron resultados poco homogéneos en cuanto a las infecciones del sitio quirúrgico, sin embargo, se observó un índice de falla temprana muy bajo y una tasa baja de recurrencia en los colgajos oblicuos asimétricos y los de espesor total, en comparación con los cierres en la línea media. Los autores no demostraron diferencia entre las reparaciones asimétricas y los colgajos de espesor total. En este estudio recomiendan el cierre primario asimétrico para el tratamiento del seno pilonidal crónico, ya que presentan mejores resultados que las técnicas en la línea media y no son tan complejos como los colgajos de espesor total.[13]

El segundo estudio, publicado por McCallum et al. en el 2008, compara la cicatrización por cierre primario contra la herida abierta en los senos pilonidales. En este meta-análisis se incluyeron 1,573 pacientes de doce estudios en donde compararon el cierre primario contra la herida abierta. Este estudio demostró que el tiempo de cicatrización fue más rápido con las heridas cerradas de primera intención sin diferencia en las tasas de infección, sin embargo, la recurrencia fue menor después de dejar la herida abierta con un riesgo relativo de 0.42 (Intervalo de confianza [IC] 95%, 0.26 – 0.66). Seis estudios compararon el cierre en la línea media contra los cierres paramedios demostrando que la cicatrización fue más lenta en los cierres en línea media, con una diferencia de 5.4 días (IC 95%, 2.3 – 11.24). Este estudio concluye que las heridas cicatrizan más rápido con el

cierre primario, pero con un mayor índice de recurrencia, comparados con la herida abierta; y que el cierre paramedio tiene beneficios sobre el cierre en la línea media, siendo el procedimiento de elección al tratar un seno pilonidal.[13]

El tercer estudio, publicado en el 2008, es una revisión sistemática que compara el cierre primario contra el cierre por segunda intención después del tratamiento quirúrgico del seno pilonidal. Esta revisión demostró una cicatrización más rápida (con una media de 5.4 días, IC 95%, 2.3 - 8.5), una mayor tasa de infección del sitio quirúrgico (RR = 3.72, IC 95%, 1.86 – 7.42) y un índice de recurrencia mayor (RR = 4.54, IC 95%, 2.30 -8.96) con los cierres de línea media.[14]

Conclusiones

A pesar de que la mayor parte de técnicas actuales recomiendan las técnicas cerradas, durante el proceso de investigación nos demuestran lo contrario porque son las que más recidivas presentan, en cambio la técnica abierta si bien es cierta la cicatrización es lenta y lleva su tiempo no hemos tenido recidivas, es más realizando un cierre primario diferido hemos reducido el tiempo de cicatrización; presentando una eficacia del 100% en relación a las otras técnicas realizadas.

Referencias

1.- Nicolas Jarufe C, Guillermo Bannura C, Jaime Contreras P. Enfermedad Pilonidal Crónica Sacrococígea. Chile: Rev. Chilena de Cirugía. 1999; Vol. 51.

2.- Alejandro Barrera, Sebástian Pradenas, Guillermo Bannura.. Operación de Bascom para el tratamiento de la enfermedad pilonidal sacrococcígea abscedada. Chile: Rev. Chil. de Cirugía. 2018.

3.- Peña, D. V. (s.f.). Patología Quirurgica de Recto y Ano. Lima: Departamento Academico de Cirugía.

4.- Alejandro Barrera , Sebastián Pradenas, Guillermo Bannura, Felipe Illanes, Cristian Gallardo, Baldo Rinaldi, et al. Operación de Bascom para el tratamiento de la enfermedad pilonidal sacrococcígea abscedada. Revista de Chile. 2018;350-353.

5.- Kanat B, Sözen S. Sacrococcigeal pilonidal sinus disease and short history. . En Disease that should remember. World J Clin Cases. 2015; 876-9.

6.- Dooll D, Friederichs J, Boulesteix A, Düsel W, Fend F, Petersen S. Surgery for asymptomatic pilonidal sinus disease. Int J Colorectal Dis. 2008;839-44).

7.- Bannura G, Cumsille M, COntreras J, Barrera A, Soto D, Melo C, et al. Obesidad e hirsutismo como factores predisponentes de la enfermedad pilonidal sacrococcígea. Rev de Chile. 2008;136-41.

8.- Nordon IM, Senapati A, Cripps NP. A prospective randomized controlled trial of simple Bascom's technique versus Bascom's cleft closure for the treatment of chronic pilonidal disease. ScienceDIrect, 2009;189-192.

9.- Cumsille, D. G. ¿Cuál es el tratamiento quirúrgico de elección de la enfermedad pilonidal sacrococcígea? Revista Chilena de Cirugía, 2003;92-96.

10.- Nicolas Jarufe, Guillermo Bannura C, Jaime Contreras. Enfermedad Pilonidal Sacrococcígea. Revista Chilena de CIrugúa, 1999;66-71.

11.- D A Mosquera, J B Quayle. Bascoms's operaation for pilonidal sinus. Journal of the Royal Society of Medicine. 1995;45-46.

12.- V. K. Stauffer, M. M. Luedi, P. Kauf, M. Schmid, M. Diekmann, K. Wieferich, B. Schnüriger, and D. Doll.. Common surgical procedures in pilonidal sinus disease: A meta-analysis, merged data analysis, and comprehensive study on recurrence. Scientific Repots. 2018;8(3058).

13.- Al-Khamis A, McCallum I, King PM, Bruce J. Healing by primary versus secondary intention after surgical treatment for pilonidal sinus. Cochrane Database Syst Rev.2010

14.- Pilonidal sinus: minimal excision and primary closure under local anesthesia. 2015;34(4): 287-292.

15.- Carlos Manterola, Tamara Otzen, and The MINCIR Group. Técnica Quirúrgica del Colgajo de Dufourmentel para el Tratamiento de la Enfermedad Pilonidal Sacro-Coccígea. International Journal of Morphology. 2016;1207-1210.