



Enfermedad pilonidal crónica. Experiencia en el Hospital Central Militar

Chronic pilonidal disease. Experience at the Central Military Hospital

*Dr. Carlos Belmonte Montes,
Dr. Pablo Orozco Obregón,
Dra. Margarita Chiapa Cortés,
Dr. César Decanini Terán*

Resumen

Objetivo: Demostrar que la técnica de destechamiento del tracto fistuloso, legrado de la cavidad pilonidal y marsupialización, es un procedimiento quirúrgico eficaz en el tratamiento de la enfermedad pilonidal crónica no complicada.

Diseño: Estudio retrospectivo, descriptivo.

Sede: Hospital de tercer nivel de atención.

Pacientes y métodos: Se estudiaron un total de 107 pacientes portadores de enfermedad pilonidal crónica, operados con la técnica de "destechamiento del tracto fistuloso, legrado y marsupialización". Se incluyeron pacientes de cualquier edad y sexo; se excluyeron los que presentaban una enfermedad sistémica como la diabetes mellitus y que alteran el proceso de cicatrización. Se evaluaron las siguientes variables: tiempo operatorio, estancia hospitalaria, tiempo de cicatrización, recurrencia, morbilidad, tipo de tratamiento efectuado y cirujano que realizó la operación.

Resultados: Se trató de 55 hombres y 52 mujeres cuyas edades variaron de 14 a 37 años con una media de 23, en 20 pacientes la operación la efectuó un cirujano especializado en cirugía colorectal y en 87 un residente de la especialidad de cirugía general de primer o segundo año. El tiempo quirúrgico promedio fue de 15 minutos (mínimo de 7 minutos y máximo de 39). No hubo accidentes ni incidentes transoperatorios o anestésicos. El tiempo de segui-

Abstract

Objective: To demonstrate that unroofing of the fistulous tract, scraping, cleaning of the pilonidal cavity, and marsupialization are efficacious surgical procedures to treat non-complicated chronic pilonidal disease.

Design: Retrospective, descriptive study.

Setting: Third level health care hospital.

Patients and methods: We studied a total of 107 patients coursing with chronic pilonidal disease operated using the technique of unroofing the fistulous tract, scraping, cleaning of the pilonidal cavity, and marsupialization. Patients of any gender and age were included; excluded were patients with a systemic disease, such as diabetes mellitus or any other that might interfere with the cicatrization process. We assessed the following variables: surgical time, hospital stay, cicatrization time, recurrences, morbidity, type of performed treatment, and surgeon performing the operation.

Results: There were a total of 55 men and 52 women, their ages ranged from 14 to 37 years, median of 23. In 20 patients, the surgery was performed by a colorectal surgeon and in 87 by a resident in the first or second year of the general surgery specialty. Average surgical time was 15 min (minimum 7 min, maximum 39 min). There were no transoperative or anesthetic accidents or incidents. Follow-up time was in average of 18 months, minimum of 4 months and

Servicio de Colon y Recto del Hospital Central Militar y Departamento de Cirugía del Hospital American British Cowdray, México, D.F.

Recibido para publicación: 23 de agosto de 1999

Aceptado para publicación: 3 de diciembre de 1999

Correspondencia: Dr. Carlos Belmonte Montes. Hospital Central Militar. Servicio de Colon y Recto. Avenida Ejército Nacional y Boulevard Miguel Ávila Camacho s/n, Lomas de Sotelo. Miguel Hidalgo. México D.F.

Teléfono: 55-79-31-00 extensión 1703, Fax: 57-81-02-17

miento fue de 18 meses en promedio con mínimo de 4 meses y máximo de 36. El tiempo de cicatrización fue de 28 días en promedio. Hubo infección de la herida quirúrgica en seis pacientes (7%), hubo recurrencia en tres pacientes (3.5%), no hubo mortalidad.

Conclusión: La técnica quirúrgica analizada es adecuada, con una baja morbilidad y recurrencia.

Palabras clave: Quiste pilonidal, cirugía, morbilidad, recurrencia
Cir Gen 2000;22:121-124

maximum of 36 months. Cicatrization time averaged 28 days. Infection of the surgical incision occurred in 6 patients (7%), recurrences in three patients (3.5%), no deaths occurred.

Conclusion: The analyzed surgical technique is adequate, with low morbidity and recurrence rates.

Key words: Pilonidal cyst, surgery, morbidity, recurrence
Cir Gen 2000;22:121-124

Introducción

El quiste pilonidal es una enfermedad muy común en adultos jóvenes, principalmente hombres,¹⁻³ frecuentemente diagnosticada entre militares de todos los ejércitos del mundo, de ahí su nombre de la "enfermedad del Jeep". Las diferentes formas en las que se presenta son: absceso pilonidal agudo, enfermedad pilonidal crónica no complicada y enfermedad pilonidal crónica complicada (múltiples trayectos fistulosos).⁴ Existen varias técnicas para el manejo de esta enfermedad desde las muy simples hasta las complejas,^{5,6} todas en búsqueda del procedimiento quirúrgico ideal para el manejo del padecimiento, éste debería reunir los siguientes requisitos: a) ser simple, b) tener un tiempo corto de hospitalización, c) con morbilidad mínima, con pocos problemas para el manejo de la herida, d) rapidez en el retorno del paciente a actividades normales, e) erradicación de la enfermedad con riesgo mínimo de recurrencia.

Varios procedimientos han sido descritos buscando estos objetivos: a) tratamiento no quirúrgico (lavado con agua y jabón)⁷, b) inyección de fenol en el trayecto del seno,⁸ c) excisión local amplia con o sin cierre primario,^{9,10} f) excisión y Z-plastia¹¹ y g) colgajo miocutáneo de glúteo mayor. Todos ellos son satisfactorios pero no perfectos. Las principales variables informadas en la literatura mundial son la recurrencia con cifras del 0 al 40%, con morbilidad asociada del 0 al 30%.

El objetivo de este estudio es informar la experiencia de la técnica de destechamiento y marsupialización realizada en el Servicio de Colon y Recto del Hospital Central Militar, procedimiento ya descrito en la literatura médica, que consideramos cumple la mayoría de los objetivos ideales y constituye una alternativa terapéutica válida en enfermedad pilonidal crónica.

Pacientes y métodos

Se analizaron, retrospectivamente, 107 pacientes portadores de enfermedad pilonidal crónica, operados con la técnica de "destechamiento del tracto fistuloso, legrado y marsupialización". Durante el período comprendido del 1º de abril de 1993 al 30 de octubre de

1998. Se incluyeron pacientes de cualquier edad y sexo, se excluyeron pacientes con enfermedades sistémicas que alteran el proceso de cicatrización como los diabéticos; a todos los pacientes se les realizó la técnica de destechamiento, legrado y marsupialización del quiste pilonidal. La cirugía se realizó con el paciente en posición de navaja en decúbito prono, bajo anestesia local con lidocaína al 1% y epinefrina, se canuló el trayecto y la pared del quiste pilonidal, los bordes desvitalizados se resecaron en forma mínima, se legró el trayecto y se marsupializó con surgete interrumpido de catgut crómico o poliglactina 3-0. Se analizaron las siguientes variables: cirujano (médico adscrito, residente), tiempo operatorio, estancia hospitalaria, morbilidad, tiempo de cicatrización, recurrencia y tipo de tratamiento efectuado, también se hizo una entrevista telefónica en forma personal, realizando un interrogatorio en busca de morbilidad y recurrencia cuando no se encontró en el expediente. Definimos como infección todas aquellas heridas que presentaron, durante el proceso de cicatrización, salida de material purulento acompañada de inflamación de los tejidos vecinos. Se consideró cicatrización completa cuando la herida granuló en toda su longitud y se cubrió de piel normal, y como recurrencia, a la reaparición del trayecto fistuloso cuando ya había una cicatrización completa de la herida.

Resultados

Se estudió a 107 pacientes, 55 hombres (51%) y 52 mujeres (49%). La edad varió de 14 a 37 años, con una media de 23. A todos los pacientes se les realizó la misma técnica de destechamiento, legrado y marsupialización. La cirugía fue realizada por un cirujano colorrectal en 20 pacientes y en los 87 restantes por residentes de cirugía general de 1º y 2º año. El tiempo quirúrgico promedio fue de 15 minutos, con variación de 7 a 39 min. No hubo accidentes ni incidentes trasoperatorios quirúrgicos o anestésicos. Todos los pacientes permanecieron menos de 24 horas en el hospital. El tiempo de seguimiento total tuvo una media de 18 meses (de 4 a 36 meses). El tiempo de

Cuadro I

Pacientes	107
Hombres	55
Mujeres	52
Edad media	23 años
Rango de edad	14-32 años
Tiempo operatorio media	15 min.
Estancia hospitalaria	24 hrs.
Seguimiento promedio	18 meses
Rango seguimiento	4-36
Morbilidad	7%
Recurrencia	3.5%

cicatrización tuvo una media de 28 días con un mínimo de 14 y máximo de 102 días. En el posoperatorio se presentó infección de la herida en seis pacientes, 7%, tres mujeres y tres hombres en quienes el período de cicatrización se prolongó; la cicatrización total de la herida tardó ocho semanas en cuatro pacientes, 12 semanas en uno y 16 semanas en otro paciente, sin ningún problema. Tuvimos tres pacientes del sexo femenino con recurrencia (3.5%); en dos casos ocurrió a los 2 meses, y en otro a los 6 meses. **(Cuadro I)**. La recurrencia se manejó con la misma técnica, con una media en el tiempo de cicatrización de 29 días después de la segunda cirugía. Se corroboró curación en estas tres pacientes durante el seguimiento por vía telefónica a los 3, 6, 30 y 20 meses.

Discusión

Existen varios procedimientos para el tratamiento de la enfermedad pilonidal crónica, lo cual indica que no hay un método eficaz al 100%. Diferentes técnicas quirúrgicas han sido descritas, por lo que el tratamiento ideal es aún controversial.⁶ La cirugía ideal debe reunir los siguientes requisitos: erradicar la enfermedad con un riesgo mínimo de recurrencia, ser simple, requerir un tiempo corto de hospitalización, tener poca morbilidad y pocos problemas para el manejo de la herida así como permitir al paciente una pronta recuperación e incorporación a sus actividades normales.³ Como la recurrencia (preocupación principal en el manejo de la enfermedad) es similar en diferentes artículos publicados, el evitar la anestesia general, para disminuir la estancia hospitalaria y los síntomas postoperatorios ha ganado creciente importancia.¹² Teóricamente las técnicas más radicales (resección extensa) son más mórbidas pero ofrecen menos recurrencia, lo opuesto aplicaría para las técnicas más conservadoras con menor morbilidad pero mayor recurrencia. Bozkurt,¹¹ al utilizar la excisión amplia con reconstrucción con colgajos, informa cero recurrencia,

pero a expensas de una morbilidad del 12.5% y una estancia hospitalaria de 4 días. Otros autores utilizando diversos colgajos han publicado recurrencias del 4% con morbilidad similar.¹³ Por otro lado, se han descrito técnicas conservadoras sin cierre primario de las heridas: Khaira¹² describe 46 pacientes con una recurrencia de 17.5% y una morbilidad del 8%, cifras que concuerdan con las publicadas por otros autores y que hacen poco recomendable este abordaje. Por otro lado, técnicas conservadoras que incluyen cierre primario han sido descritas,^{14,15} se basan en la simple apertura del trayecto fistuloso, limpieza y marsupialización. Solla y Rothenberger¹⁶ publicaron una de las series más extensas con esta técnica, 150 pacientes, tuvieron una recurrencia de 6%. Con relación a nuestro estudio, consistió de un grupo grande de pacientes militares jóvenes, portadores de dicha enfermedad, los cuales fueron manejados con el mismo procedimiento quirúrgico, realizado por cirujanos aún en formación, con tiempos cortos de cirugía y estancia hospitalaria, lo cual traduce que es una técnica reproducible y sencilla, sin morbilidad transoperatoria y sin incidentes anestésicos, ya que únicamente se utiliza anestesia local, además de que los pacientes son jóvenes y sin problemas médicos asociados. La estancia intrahospitalaria corta permite una baja ocupación de las camas-hospital, ventaja tangible cuando se compara con las técnicas más complejas. No es necesario un adiestramiento quirúrgico avanzado, como lo demuestra el hecho de que 80 procedimientos fueron realizados por residentes de cirugía general con buenos resultados. En hospitales gubernamentales de enseñanza, la fácil reproducibilidad, el tiempo operatorio y la estancia hospitalaria cortos, son aspectos que ayudan a ser más eficientes y productivas nuestras instituciones. Se obtuvieron tiempos de cicatrización cortos, de 28 días en promedio: este hecho se debe a que no es una técnica excisional amplia, lo que permite una rápida cicatrización. Un problema común en todas las técnicas abiertas es el cuidado postoperatorio de la herida, el cual si es inadecuado ocasiona infección y consecuente retraso en la cicatrización con cifras que van del 1 al 18%.^{11,12,15} En nuestro estudio las infecciones fueron del 7% y tuvieron gran impacto en el tiempo total de cicatrización, que llegó a ser de 16 semanas en un caso. Una parte importante de los cuidados postoperatorios es responsabilidad directa del paciente; este hecho tiene influencia en el cuidado de las heridas, que generalmente es deficiente en los pacientes pobremente motivados o con umbrales bajos al dolor, independiente de los cuidados médicos con que se les apoye. El seguimiento telefónico garantizó que la cifra de recurrencia encontrada (3.5%) fuera real y bastante satisfactoria para este tipo de técnicas,^{10,16} y pudo ser manejada con la misma técnica, con resultados satisfactorios.

Conclusión

La técnica de “destechamiento del tracto fistuloso, legrado de la cavidad pilonidal y marsupialización” es un procedimiento adecuado para el manejo de la enfermedad pilonidal crónica ya que es una técnica sencilla y rápida de realizar, tiene poca morbilidad y baja recurrencia. La consideramos la primera opción en nuestro medio, por su reproducibilidad y corta estancia hospitalaria, aspectos importantes en hospitales de asistencia social.

Referencias

1. Anderson AW. Hair extracted from an ulcer. *Boston Med Surg* 1847; 36: 74-6.
2. Bascom J. Pilonidal disease: origin from follicles of hairs and results of follicle removal as treatment. *Surgery* 1989; 87: 567-72.
3. Hodges RM. Pilonidal sinus. *Boston Med Surg* 1880; 103: 485-6.
4. King ESJ. Nature of pilonidal sinus. *Aust NZ J Surg* 1947; 15: 182.
5. Ortiz HH, Marti J, Stiges A. Pilonidal sinus: a claim for simple track incision. *Dis Colon Rectum* 1977; 20: 325-8.
6. Surrel JA. Pilonidal disease. *Surg Clin North Am* 1994; 74: 1309-15.
7. Jones DJ. ABC of colorectal diseases. Pilonidal sinus. *BMJ* 1992; 305: 410-2.
8. Shorey BA. Pilonidal sinus treated by phenol injection. *Br J Surg* 1975; 62: 407-8.
9. Jensen SL, Harling H. Prognosis after simple incision and drainage for a first- episode of acute pilonidal abscess. *Br J Surg* 1988; 75: 60-1.
10. Marks J, Harding KG, Hughes LE, Riberio CD. Pilonidal sinus excision-healing by open granulation. *Br J Surg* 1985; 72: 637-40.
11. Bozkurt MK, Tezel E. Management of pilonidal sinus with the Limberg flap. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 775-7.
12. Khaira HS, Brown JH. Excision and primary suture of pilonidal sinus. *Ann R Coll Surg Engl* 1995; 77: 242-4.
13. Kitchen PR. Pilonidal sinus: experience with de Karydakis flap. *Br J Surg* 1996; 83: 1452-5.
14. Armstrong JH, Barcia PJ. Pilonidal sinus disease. The conservative approach. *Arch Surg* 1994; 129: 914-7; discussion 917-9.
15. Spivak H, Brooks VL, Nussbaum M, Friedman I. Treatment of chronic pilonidal disease. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 1136-9.
16. Solla JA, Rothenberger DA. Chronic pilonidal disease. An assessment of 150 cases. *Dis Colon Rectum* 1990; 33: 758-61.