

Resultados basados en evidencia y nuevos tratamientos de la enfermedad pilonidal

Dr. Noel Salgado-Nesme, Dr. Omar Vergara-Fernández

Resumen

El seno pilonidal aparece en los folículos pilosos por encima del pliegue glúteo y tiene una incidencia de 26 por 100 mil habitantes. Estas heridas crónicas se manifiestan por dolor y generalmente influyen en la calidad de vida de los pacientes. Los procedimientos quirúrgicos generalmente se basan en la resección del seno y su trayecto seguidos por un cierre primario o secundario de la herida. Existen pocos meta-análisis y revisiones sistemáticas del manejo quirúrgico de esta patología, pero se ha visto que el tiempo de cicatrización es más rápido en los cierres primarios, el índice de infección no difiere entre la cicatrización primaria o secundaria, y que la recurrencia es menor en la cicatrización por segunda intención. Los estudios que comparan los sitios de cierre de la herida han mostrado un mayor índice de infección y recurrencia en los cierres sobre la línea media, así como un tiempo de cicatrización más rápido en los cierres fuera de la línea media.

Palabras clave: Enfermedad pilonidal, cirugía, colgajo, drenaje.

Abstract

Pilonidal sinus arises in the hair follicles above the buttock cleft and has an estimated incidence of 26 per 100,000 people. These chronic wounds are manifested by pain and generally affect the patients' quality of life. Surgical procedures are generally based on excision of the sinus tracts followed by primary or secondary closure of the wound. There are few meta-analysis and systematic reviews of the surgical management of this disease, but they have shown that healing time is faster with excision and primary closure, surgical site infection do not differ between primary or open wound healing, and recurrence rates are lower with open healing. Studies comparing the sites of closure have shown a higher surgical site infection and recurrence rates after midline closure and faster healing time after off-midline closure.

Key words: Pilonidal sinus, surgery, flap, drainage.

Introducción

La enfermedad pilonidal fue descrita en 1833 por Herbert Mayo y fue definida como un quiste lleno de pelo en la región del coxis. En 1880, Hodge acuñó el término pilonidal derivado del latín pilus (pelo) y nidus (nido) para hacer referencia a su semejanza con un nido de pelos. En la Segunda Guerra Mundial, 70 mil soldados fueron hospitalizados debido a la enfermedad pilonidal, motivo por el que también se ha hecho referencia a esta enfermedad como la enfermedad de los "soldados en jeep". A partir de esa fecha se reconoce la actividad de los choferes y el trauma sobre la zona como un factor de riesgo para el desarrollo y posterior infección de los senos.^{1,2}

La importancia de la enfermedad pilonidal radica en la relación tiempo/hombre perdido en sus actividades diarias secundario a sus múltiples hospitalizaciones y visitas requeridas para el manejo de la enfermedad, así como de las complicaciones asociadas a los procedimientos para tratar la enfermedad.³

Existen dos teorías en cuanto a la fisiopatología de la enfermedad. La primera habla de una predisposición genética y hace mención de la probabilidad de la enfermedad como un remanente del canal medular y una consecuente invaginación del epitelio; esto fue descrito por Patey y Scarff en 1946, siendo en nuestros días una teoría en desuso. Actualmente se reconoce la enfermedad pilonidal como un padecimiento adquirido, con cierta

Departamento de Cirugía, Servicio de Cirugía de Colon y Recto. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".
Correspondencia: Dr. Omar Vergara Fernández. Departamento de Cirugía, Servicio de Cirugía de Colon y Recto. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Vasco de Quiroga Núm. 15, Col. Sección XVI, Delegación Tlalpan. México, D. F. 14000. Fax (52) 55 5655 1076. E-mail: omarvergara74@hotmail.com

predisposición ocupacional, ya que es muy raro en niños y se presenta más frecuentemente en aquellos pacientes masculinos con hirsutismo.^{3,4}

Factores de riesgo

Se han documentado múltiples factores predisponentes de esta enfermedad, sin embargo, se consideran la obesidad, el estilo de vida sedentario, un fenotipo hirsuto, una historia familiar, el trauma y la irritación local como los principales. La enfermedad pilonidal también se ha asociado a la presencia de un carcinoma en la región del seno, lo cual se reconoce en el 0.1% de los pacientes no tratados. El primer reporte de esta asociación fue hecho por Wolff en el año 1900. Actualmente se reconocen unos 100 reportes en la literatura con dicha asociación y generalmente se trata de un carcinoma bien diferenciado. El tratamiento de los mismos se basa en una resección con bordes amplios de la lesión y la reconstrucción de la zona con colgajo.⁴

Cuadro clínico

La presentación y diagnóstico de un seno pilonidal puede ser tan simple como un hallazgo en un paciente atendido por otra patología, con un cuadro agudo manifestado como un absceso, muy doloroso y con celulitis, o como un seno con drenaje de material purulento en forma intermitente cuando se presenta en forma crónica.^{3,4}

Generalmente se encuentra un orificio primario, el seno pilonidal, que en la mayoría de las veces se localiza cefálicamente a un grupo de orificios secundarios. Los orificios secundarios se presentan generalmente fuera de la línea media y también se manifiestan con secreción purulenta o serohemática.⁴

Tratamiento médico

El tratamiento médico de la enfermedad pilonidal se basa en el control local del pelo, el cual tradicionalmente se realiza con el rasurado de la zona afectada, así como en cambios en los hábitos higiénicos. Con estas dos medidas se han logrado disminuir las admisiones hospitalarias, el número de procedimientos quirúrgicos realizados y el tiempo de regreso a las actividades cotidianas. La recomendación es realizar el rasurado dos pulgadas alrededor del pliegue glúteo de la zona afectada, con borde inferior en el ano.

El uso de antibióticos como terapia para esta enfermedad es limitado y aunque se reconoce que en forma preoperatoria ha logrado disminuir complicaciones de la herida, mejorar la cicatrización y disminuir la recurrencia en algunos estudios, esto no es una información concluyente. Los antibióticos se indican en aquellos pacientes inmunosuprimidos, con un área de celulitis importante o con enfermedades sistémicas concomitantes.

Una vez realizado el curetaje y la limpieza de la zona, así como de los residuos de pelo en el seno, se han descrito como tratamientos definitivos la inyección de alcohol al 80% y el uso de pegamentos de fibrina.^{5,6} Si bien las diversas series que los mencionan refieren una eficacia del 60 hasta un 100%, la realidad es que se dispone de muy poca evidencia para poder recomendar estos tratamientos de forma rutinaria.

Tratamiento quirúrgico

El primer punto a mencionar es el tratamiento de un absceso diagnosticado como primera evidencia de un seno pilonidal. El procedimiento más adecuado es la incisión y drenaje del mismo. En general, este tratamiento es eficaz hasta en el 60% de los casos como procedimiento primario, sin requerir una nueva intervención. El resto de los pacientes requerirán un segundo procedimiento para tratar el seno en forma crónica, y se ha reportado que hasta el 10% de ellos presentarán un nuevo absceso. El sitio de la incisión para realizar el drenaje se debe hacer lejos de la línea media y se recomienda efectuarlo al menos un centímetro lateral a la misma. La incisión debe sobrepasar los bordes superior e inferior del absceso para realizar un adecuado drenaje. El drenaje en esta posición paramedia ha demostrado un mejor porcentaje de cicatrización en relación a los realizados en la línea media.⁷⁻¹⁰

El tratamiento de un seno pilonidal sin absceso, en forma aguda, es el segundo procedimiento a revisar. Básicamente se reconoce la resección del mismo con cierre primario de la herida, marsupialización de la misma o el manejo de la herida en forma abierta sin marsupialización. 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.¹¹

Ante los resultados poco alentadores de las escisiones en la línea media, se han intentado reseca los senos fuera de la misma. Esto nos permite tener tejidos con mayor irrigación, una herida más seca, un ambiente menos contaminado y un menor movimiento de la reparación con la deambulación. Este abordaje ha demostrado una cicatrización más rápida de las heridas, disminución en las complicaciones y un menor índice de recurrencias. Entre estos procedimientos destacan las técnicas conocidas como Bascom I y II, así como la serie de colgajos que intentan cerrar en forma primaria el defecto entre los que destacan el colgajo de Karydakís, el colgajo romboide o de Limberg, el colgajo de Bascom o "Cleft lift", el colgajo V – Y, el colgajo en forma de Z y, finalmente, los colgajos miocutáneos o fasciocutáneos del glúteo mayor para defectos más grandes (*Figura 1*).^{4,5,7-9,12-15}

Resultados basados en evidencia

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

demonstraron 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.⁷

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.⁷

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.¹³

En el último congreso del año en curso de la Sociedad Europea de Colon y Recto se presentaron tres nuevos trabajos sobre enfermedad pilonidal, los cuales se encuentran recopilados en la revista *Colorectal Disease* de este año.

El primer trabajo, publicado por Soll de Suiza, muestra los resultados de una serie de 200 pacientes con resección limitada del seno pilonidal de manera ambulatoria y con anestesia local y una media de cicatrización de cuatro semanas, con un seguimiento de 4.5 años, mostrando un índice de recurrencia bajo; lo cual pone en duda las resecciones amplias para resolver un seno pilonidal.¹⁶

El segundo trabajo presentado por Boereboom del Reino Unido presenta un estudio aleatorio entre aplicación de pegamento de fibrina contra el procedimiento de Bascom, mostrando adecuada recuperación y calidad de vida en los dos grupos, por lo que concluyen que el tratamiento con fibrina es una opción alternativa al tratamiento quirúrgico tradicional de la enfermedad pilonidal.¹⁷

El tercer trabajo, publicado por Ilesalnieks de Alemania muestra los resultados del colgajo Karydakys para enfermedad pilonidal recurrente, y realiza un estudio comparativo entre la cirugía con excisión y herida abierta o cierre primario, que son los métodos tradicionales contra el colgajo Karydakys para enfermedad recurrente, mostrando menor recidiva y adecuada recuperación en los pacientes con el colgajo.¹⁸

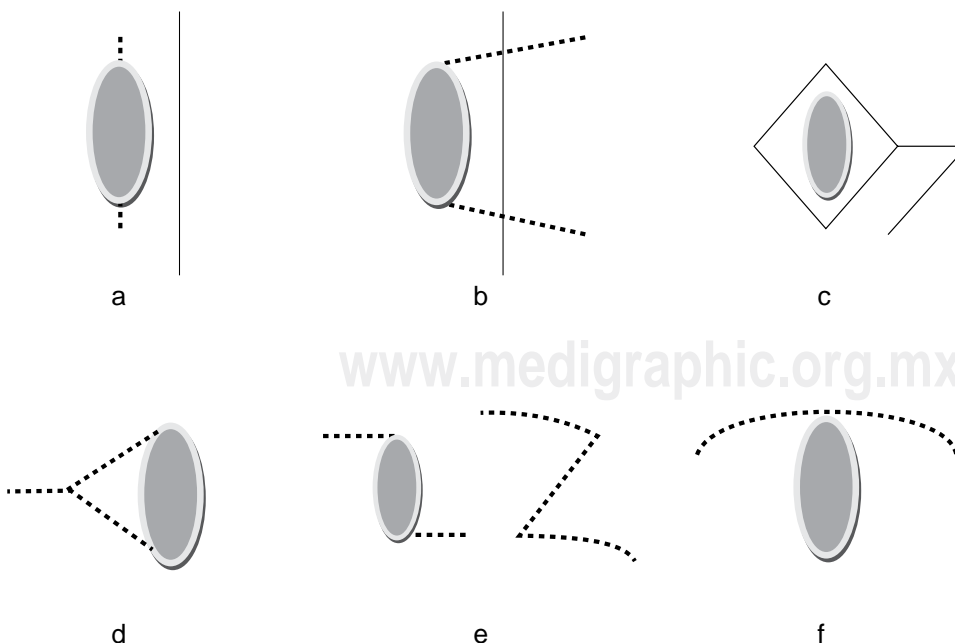


Figura 1. Drenaje de seno pilonidal y diferentes tipos de colgajos: a) Drenaje de un absceso con incisión paramedia, b) Colgajo de Karidakys, c) Colgajo romboide o de Limberg, d) Colgajo V-Y, e) Z plastía, f) Colgajo de glúteo bilateral.

Conclusiones

En la actualidad, no existe un tratamiento estandarizado para el manejo de la enfermedad pilonidal. Las técnicas quirúrgicas reportadas en la literatura son muy variadas, sin embargo, la evidencia actual demuestra que los mejores resultados se presentan con aquellos procedimientos en los que se realiza un colgajo con cierre fuera de la línea media, los cuales muestran un tiempo de cicatrización más rápido y un índice menor de recurrencia. Hasta nuestros días, aún hacen falta más estudios para poder recomendar rutinariamente los nuevos tratamientos como el uso de fibrina, las resecciones limitadas del seno o el sistema VAC, entre otros.

Referencias

1. Buie L. Jeep disease. *South Med J* 1944; 37: 103.
2. Da Silva JH. Pilonidal cyst: cause and treatment. *Dis Colon Rectum* 2000; 43: 1146-1156.
3. Hodges RM. Pilonidal sinus. *Boston Med Surg J* 1880; 103: 485-486.
4. Ashley H, Duncan J et al. Evaluation and management of pilonidal disease. *Surg Clin North Am* 2010; 90: 113-124.
5. Lund J et al. Fibrin glue in the treatment of pilonidal sinus. Results of a pilot study. Lund J, Levenson S. *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 1094-96.
6. Seleem E et al. Management of pilonidal sinus using fibrin glue: A new concept and preliminary experience. *Colorectal Dis* 2005; 7: 319-322.
7. Al Khamis A, Mc Callum I. *Healing by primary versus secondary intention after surgical treatment for pilonidal sinus (Review)*. The Cochrane Collaboration. Issue 1, 2010.
8. Aldean I et al. Simple excision and primary closure of pilonidal sinus, a simple modification of conventional technique with excellent results. *Colorectal Dis* 2005; 7: 81-85.
9. Muzi MG, Milito G, Cadeddu F, Nigro C et al. Randomized comparison of Limberg flap versus modified primary closure for the treatment of pilonidal disease. *Am J Surg* 2010; 200: 9-14.
10. Brasel KJ, Gottesman L et. al. Meta-analysis comparing healing by primary closure and open healing after surgery for pilonidal sinus. *JAMA* 1992; 268: 2420-2425.
11. Lynch JI et al. Vaccum – Assisted closure therapy: A new treatment option for recurrent pilonidal sinus disease. Report of Three Cases. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 929-932.
12. Petersen S, Koch R et al. Primary closure techniques in chronic pilonidal sinus. *Dis Colon Rectum* 2002; 45: 1458-1467.
13. Mahdy T. Surgical treatment of the pilonidal disease. Primary closure or flap reconstruction after excision. *Dis Colon Rectum* 2008; 51: 1816-1822.
14. Dietrich D, Colin K et al. Timeline of recurrence after primary and secondary pilonidal sinus surgery. *Dis Colon Rectum* 2000; 50: 1928-1934.
15. Notaro JR. Management of recurrent pilonidal disease. *Semin Colon Rectal Surg* 2003; 14: 173-85.
16. Soll C, Steinemann D et al. Long-term results of limited excision for pilonidal sinus: less is more. *Colorectal Dis* 2010; 12: 5.
17. Boereboom C, Watson NF et al. A randomized trial of fibrin glue versus surgery for pilonidal disease: results and long term follow up. *Colorectal Dis* 2010; 12: 20.
18. Lesalnieks I, Schlitt HJ et al. Karydakias flap for recurrent pilonidal disease. *Colorectal Dis* 2010; 12: 50.