

# Exéresis en bloque y marsupialización del sinus pilonidal sacrocoxígeo crónico. ¿Es ésta la técnica ideal?

Rafael Sellés<sup>a</sup>, José Antonio Botella<sup>b</sup>, Mónica Millán<sup>a</sup>, Asunción Martínez<sup>b</sup>, Natalia Uribe<sup>b</sup>, Carlos Sanchis<sup>b</sup> y Juan Ruiz<sup>c</sup>  
<sup>a</sup>MIR Cirugía. <sup>b</sup>Médico Adjunto. <sup>c</sup>Jefe de Servicio. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

## Resumen

**Introducción.** El objetivo de este trabajo es analizar los resultados obtenidos en el tratamiento de la enfermedad pilonidal crónica mediante la técnica de exéresis en bloque y marsupialización.

**Pacientes y métodos.** Desde febrero de 1996 a noviembre de 1999 se ha intervenido a un total de 375 pacientes de sinus pilonidal crónico en régimen ambulatorio. Se analizan la técnica, la morbilidad y la tasa de recurrencia.

**Resultados.** Las complicaciones fueron hemorragia en un 4% y dolor en el 1,3%. Tras un período de seguimiento medio de 4 años (mínimo 2, máximo 6 años), la tasa de recidivas ha sido del 1,6% (6 pacientes).

**Conclusiones.** La marsupialización es la técnica más adecuada para el tratamiento del sinus pilonidal crónico debido a que se producen un menor número de complicaciones y una menor tasa de recidivas con respecto a otras técnicas, con un plazo de cicatrización relativamente corto, y además es posible realizarla de forma ambulatoria.

**Palabras clave:** Sinus pilonidal crónico. Marsupialización.

## COMPLETE EXCISION AND MARSUPIALIZATION OF CHRONIC PILONIDAL SACROCOCCYGEAL SINUS. THE IDEAL TECHNIQUE?

**Introduction.** The objective of this study was to analyse the results of treatment of chronic pilonidal disease using the technique of complete excision and marsupialization.

**Patients and methods.** 375 patients were operated on from February 1996 to November 1999 for chronic pilonidal sinus in an ambulatory setting. We analyse the technique, morbidity and recurrence rate.

**Results.** The complications were haemorrhage in 4% of cases and pain in 1.3%. After a mean follow-up period of 4 years (range, 2-6 years), the recurrence rate was 1.6% (6 patients).

**Conclusions.** Marsupialization is the most adequate technique for the treatment of chronic pilonidal sinus because it produces a low number of complications, a lower recurrence rate than other techniques, a short healing time, and can be performed in an ambulatory setting.

**Key words:** Chronic pilonidal disease. Marsupialization.

## Introducción

La enfermedad pilonidal, descrita por primera vez por Herbert Mayo en 1833, es un trastorno muy frecuente en nuestro medio, que afecta sobre todo a varones entre la segunda y la tercera décadas de la vida. Constituye un gran problema socioeconómico y médico al incidir sobre el núcleo de población laboralmente activa, motivando períodos de baja, y también por su cronicidad y recidiva. Se han implicado factores etiopatogénicos<sup>1,2</sup>: la obesidad,

la fricción y las hormonas sexuales. Su etiología no está aclarada —¿congénito o adquirido?—, aunque actualmente está más aceptada la teoría de Patey y Scarff<sup>3</sup> sobre su carácter adquirido.

Sin embargo, el punto que suscita mayor controversia es el tratamiento quirúrgico, concretamente el tipo de cierre empleado una vez extirpado el quiste.

Presentamos un estudio retrospectivo sobre 375 pacientes con enfermedad pilonidal crónica, tratados mediante exéresis y marsupialización. Nuestro objetivo es analizar la técnica, la morbilidad y la tasa de recurrencia.

## Pacientes y métodos

Desde febrero de 1996 a noviembre de 1999 se ha intervenido a un total de 375 pacientes con sinus pilonidal crónico sacrocoxígeo.

Correspondencia: Dr. R. Sellés.  
Calle 221, 63. 46182 La Cañada. Valencia.

Aceptado para su publicación en mayo de 2002.

### Preparación preoperatoria

Se rasura la zona previamente en la habitación. Ya en quirófano, se sitúa al paciente en posición de decúbito prono, con dos esparadrapos separando las nalgas para tener un buen campo quirúrgico, y se desinfecta la piel con povidona yodada al 1%. No usamos en ningún caso profilaxis antibiótica.

### Técnica anestésica

Se aplica sobre la zona sacrocoxígea 10 ml de bupivacaína al 0,5% con epinefrina más 10 ml de lidocaína al 2% en forma de pirámide a partir de dos puntos de entrada, acompañado de una sedación intravenosa con propofol.

### Técnica quirúrgica

Con bisturí frío, se extirpa en bloque el seno en forma de huso hasta la aponeurosis retrosacra, evaluando la extensión de éste mediante palpación. Abrimos la pieza quirúrgica por la mitad, comprobando que hemos abarcado el sinus y los posibles trayectos secundarios. A continuación se realiza una hemostasia con bisturí eléctrico y una sutura de los bordes de la piel a la aponeurosis retrosacra con monofilamento de 2/0. Una vez finalizada la intervención, se aplica en la herida una pomada de tetraciclina y un apósito protector. Esta intervención es de régimen ambulatorio (se realiza en la unidad de cirugía sin ingreso de nuestro hospital); unas horas después de la operación, se da el alta al paciente cuando cumple ciertos requisitos (constantes hemodinámicas estables, tolerancia a la ingesta de líquidos, capacidad para vestirse y andar sin ayuda, ausencia de dolor y hemorragia, etc.).

### Cuidados postoperatorios

A todos los pacientes se les pauta analgésicos las primeras 24 h (clonixinato de lisina 2 comprimidos cada 6 h), y diariamente lavados de arrastre de la herida con agua y jabón más una cura con povidona yodada. Se hace una revisión a los 7 días en consultas externas y se retiran los puntos a los 10-12 días. Posteriormente, se realizan revisiones periódicas. Al paciente se le proporciona un número de teléfono al cual puede llamar las 24 h del día para cualquier consulta o problema que surja.

### Resultados

La edad media ha sido de 25,4 años (rango, 14-48). En cuanto al sexo, 265 (70,6%) eran varones, y 110 (29,4%) mujeres. Según la clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA), un 91,7% era ASA I (ya que se trata normalmente de pacientes jóvenes y sanos), siendo un 8,3% ASA II. Las enfermedades más frecuentemente asociadas fueron la obesidad (4%), la hipertensión arterial (2,1%) y la diabetes mellitus (0,8%). Todos los pacientes fueron dados de alta 2-3 h después de la intervención. El tiempo medio de cicatrización de la herida fue de 4 a 6 semanas. La incorporación del paciente al trabajo se produjo entre 3 y 5 semanas después. Las complicaciones más comunes fueron: hemorragia de la herida en 15 casos (4%) (todas se resolvieron con tratamiento médico salvo un caso, en el que hubo que suturar el punto hemorrágico), y dolor moderado en 5 pacientes (1,3%). Hasta enero de 2002, y tras un período de seguimiento medio de 4 años y un mes (mínimo 2 años y 2 meses, máximo 6 años), se han producido 6 recidivas, lo

que constituye un 1,6% del total. Éstas se han producido cronológicamente de la siguiente forma: una a los 4 meses, otra a los 7 meses, dos a los 15 meses, y por último dos a los 3 años.

### Discusión

La enfermedad pilonidal afecta con mayor frecuencia a varones, en una proporción de 3-4:1<sup>4</sup>. La *incidencia* es más alta en caucásicos y menor entre africanos y asiáticos, probablemente por las características y el crecimiento del pelo. También es mayor en pacientes con reiterada fricción de los glúteos junto con sudación aumentada, en hirsutos y en personas con una deficiente higiene personal<sup>5</sup>.

En cuanto a su *etiología*, sigue siendo incierta. Desde finales del siglo XIX y principios del XX se creía que era congénito, siendo fundamental la exéresis de todos los restos embriológicos para su resolución. Después de la Primera Guerra Mundial, Patey y Scarff promovieron la hipótesis de que la enfermedad pilonidal era adquirida por la penetración del pelo en el tejido celular subcutáneo, con la consecuente reacción granulomatosa<sup>4</sup>. Esta teoría es la más aceptada en la actualidad. A propósito del origen, recientemente en nuestro hospital se intervinieron de sinus pilonidal sacrocoxígeo dos hermanos gemelos varones de 21 años: ¿casualidad o factor genético implicado?

A pesar de la controversia existente sobre la mejor técnica para el tratamiento del sinus pilonidal, la *técnica ideal* debería ser<sup>6</sup>:

- Simple.
- Estancia corta en el hospital (mejor si se realiza de forma ambulatoria).
- Baja recurrencia.
- Asociada a mínimo dolor y cuidados de la herida, para reducir los costes y el tiempo de baja laboral.

El hecho de que las tasas de recidiva varíen mucho de unos autores a otros, independientemente del tipo de cierre empleado, hace que nosotros consideremos (al igual que Prieto<sup>7</sup>) la *exploración* cuidadosa de la extensión del sinus como pilar básico, ya que las recidivas pueden no ser tales, sino resecciones incompletas. La exploración de la extensión del sinus puede hacerse de varias formas<sup>7</sup>:

- Palpación.
- Azul de metileno, agua oxigenada o bario (fistulografía): elevado número de falsos negativos debido a que los trayectos fistulosos se tabican en ocasiones e impiden la progresión del líquido.
- Estilète: es uno de los más fiables pero puede crear falsos positivos por formación de falsos trayectos en manos no expertas.

Como hemos comentado previamente, son diversas las *técnicas quirúrgicas* para el tratamiento de la enfermedad pilonidal:

1. Escisión o método abierto<sup>4,5,8-10</sup>. Tiene el inconveniente de precisar un largo tiempo de cicatrización (8-10 semanas), un ingreso hospitalario para el control de la herida y un índice de recidivas elevado (8-21%).

2. Exéresis con cierre primario<sup>1,2,4-6,8,10</sup>. Tiene ciertas ventajas, como una mayor rapidez de cicatrización (10-

12 días), pero algunos inconvenientes, como la alta tasa de complicaciones locales (seroma, hematoma, infección, dehiscencia de sutura, etc.) y una elevada frecuencia de recidivas (3,4-11%). Algunos autores<sup>11</sup> realizan esta técnica y posteriormente dejan un drenaje aspirativo, consiguiendo buenos resultados, pero la efectúan bajo anestesia general, precisando los pacientes hospitalización durante varios días. Otros<sup>1-10</sup> defienden la utilización de antibióticos por considerar contaminada esta cirugía.

3. Extirpación y posterior reconstrucción mediante una plastia en Z o LL. Precisa hospitalización, presenta muchas complicaciones y una elevada tasa de recidiva<sup>8-12</sup> (3-9%).

4. Incisión y curetaje. Se basa en que el sinus pilonidal es un proceso inflamatorio granulomatoso causado por la presencia de cuerpos extraños en el tejido celular subcutáneo (pelos). La técnica consiste en la identificación con un estilete del tracto fistuloso principal, la incisión de la piel y el curetaje del tejido granulomatoso, buscando tractos secundarios. Es practicada por algunos autores<sup>4</sup>, pero presenta recidivas de hasta un 20%<sup>13</sup>.

5. Exéresis y marsupialización. Es la técnica empleada por nosotros, ya que nos proporciona buenos resultados. Consiste en la extirpación inicial del quiste, suturando posteriormente los bordes de la piel a la aponeurosis retosacra. Se consigue así una clara disminución de la cavidad residual, lo que acorta el período de curación en aproximadamente 4-6 semanas. Como ventajas, presenta un menor número de infecciones y de recidivas con respecto a otras técnicas (2-14,7%)<sup>8-2</sup>. La marsupialización altera el relieve del pliegue interglúteo disminuyendo de esta forma tanto la acumulación local de detritus como la fricción local de las nalgas, factores que algunos autores<sup>1,2,8</sup> consideran importantes (junto con la cuidadosa higiene) en cuanto a la disminución de recidivas. Spivak<sup>5</sup> practica la marsupialización en la mayoría de los casos, aunque realiza una escisión y el cierre en quistes pequeños, no complicados y en pacientes no infectados, y procedimiento abierto en casos complicados o pacientes infectados.

En la enfermedad pilonidal crónica, la mayoría de las *recidivas* surgen en los tres primeros años<sup>14</sup>. Hay que distinguir, sin embargo, entre recidivas precoces y tardías<sup>15</sup>. Las primeras son aquellas que aparecen en los primeros 6 meses tras la exéresis del quiste y suelen deberse a problemas técnicos relacionados con la intervención, como la exéresis incompleta, la formación de un hematoma profundo y la deficiente cicatrización de la herida, sobre todo en su extremo distal, con formación de nuevos trayectos. Las tardías probablemente constituyan nuevas fístulas sin relación directa con el tratamiento previo.

## Conclusiones

La técnica de exéresis en bloque del sinus pilonidal y marsupialización es la más adecuada debido, entre otros, a los siguientes motivos:

- Escaso número de complicaciones (seroma, hematoma, infección, etc.).
- Menor número de recidivas con respecto a otros tipos de cierre.
- Plazo de cicatrización de la herida relativamente corto (4-6 semanas).
- Incorporación precoz a la actividad sociolaboral.
- Es una técnica que puede realizarse de forma ambulatoria.

## Bibliografía

1. Moles L, Fernández J, Vázquez A, Recio J, De Quintana R, Martín R. Enfermedad pilonidal. Tratamiento por exéresis en bloque con cierre primario. *Cir Esp* 2000;68:570-2.
2. Blasco T, García J, Pallas A, Flors C, Roig JV. Experiencia y resultados en el tratamiento quirúrgico del sinus pilonidal sacrocoxígeo. *Cir Esp* 1998;63:282-5.
3. Patey DH, Scarff RW. Pilonidal sinus in barber's hand: with observations on post anal sinus. *Lancet* 1948;2:13-4.
4. Da Silva JH. Pilonidal cyst: cause and treatment. *Dis Colon Rectum* 2000;43:1146-56.
5. Spivak H, Brooks VL, Nussbaum M, Friedman I. Treatment of chronic pilonidal disease. *Dis Colon Rectum* 1996;39:1136-9.
6. Al - Jaber TM. Excision and simple primary closure of chronic pilonidal sinus. *Eur J Surg* 2001;167:133-5.
7. Prieto MA, Moreno J, Vazquez L. Resultados del tratamiento quirúrgico del sinus pilonidal sacrocoxígeo. *Coloproctology* (edición en castellano) 1994;10:152-4.
8. Labrador FJ, Galitsin A, Araya MR. Nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico ambulatorio del quiste pilonidal. *Cir Esp* 1992;51:343-5.
9. Sondena K, Nesvik I, Andersen E, Soreide JA. Recurrent pilonidal sinus after excision with closed or open treatment: final result of a randomised trial. *Eur J Surg* 1996;162:237-40.
10. De la vega C, Fernández JL, Vega V, Mateo F, Sancho E, Calvo A. Tratamiento de la enfermedad sacrocoxígea bajo anestesia local en un programa de cirugía ambulatoria y alta precoz. A propósito de 237 casos. *Cir Esp* 1999;66:318-20.
11. Akinci OF, Coskum A, Vzunkoy A. Simple and effective surgical treatment of pilonidal sinus: asymmetric excision and primary closure using suction drain a subcuticular skin closure. *Dis Colon Rectum* 2000;43:701-6.
12. Azab AS, Kamal MS, Saad RA, Abou AL, Atta KA, Ali NA. Radical cure of pilonidal sinus by a transposition rhomboid flap. *Br J Surg* 1984;71:154-5.
13. Bisset IP, Isbister WH. The management of patients with pilonidal disease: a comparative study. *Ausz N Z J Surg* 1987;57:939-42.
14. Allen-Mersh TG. Pilonidal sinus: finding the right track for treatment. *Br J Surg* 1990;77:123-32.
15. Martínez A, Martín JG, Martín L, Aguayo JL, Hernández J. Sinus pilonidal. Tratamiento por exéresis en bloque con sutura primaria. *Cir Esp* 1988;44:770-4.