

Tratamiento quirúrgico de la enfermedad pilonidal sacrocoxígea. Experiencia de un centro en los últimos 4 años

Matías Pruzzo G.¹, José Vía Dorado C.², María José Sánchez B.², Alejandro Readí V.¹, Marcelo Rodríguez G.¹, Gonzalo Campaña V.¹

Surgical treatment of sacrocoxygeal pilonidal disease. One center experience in the last 4 years

Aim: To evaluate long-term results in the surgical treatment of sacrococcygeal pilonidal disease (SPD) comparing the different surgical techniques used, complications, healing time and recurrence. **Material and Method:** Retrospective cross-sectional study. The files of the patients operated on for EPS between January 2017 and August 2021 were reviewed. For follow-up, information was obtained from the records of the periodic controls in our center; those who did not continue with these controls were contacted by telephone. **Results:** 309 cases were collected, with a mean follow-up of 15.6 months. The most used techniques for the chronic phase of EPS were marsupialization and Karydakís, achieving complete wound healing in 54.5 and 18.2 days, respectively. The presence of complications prolonged the healing time by 46.5 days in Karydakís, with minimal impact on marsupialization. The recurrence rate was lower in Karydakís and in the acute stage when unroofing and curettage were performed. Antibiotic prophylaxis did not increase the risk of postoperative complications. **Discussion:** The development of postoperative complications has a greater impact on the healing of the closed technique than in the open technique, the last one seems to be more tolerant in terms of healing in the presence of complications. **Conclusion:** The intervention with the Karydakís technique achieves healing of the surgical wound in less time than marsupialization, however, when complications develop, this time increases 3.5 times more. Recurrence was lower in Karydakís. In abscess weaning and curettage is recommended over the exclusive drainage. **Key words:** pilonidal sinus disease; pilonidal cyst; marsupialization; Karydakís; wound healing.

Resumen

Objetivo: Evaluar los resultados a largo plazo en el tratamiento quirúrgico de la enfermedad pilonidal sacrocoxígea (EPS), comparando las diferentes técnicas quirúrgicas utilizadas, complicaciones, tiempo de cicatrización y recidiva. **Material y Método:** Estudio trasversal retrospectivo. Se revisaron las fichas de los pacientes intervenidos por EPS entre enero 2017 hasta agosto 2021. Para el seguimiento se obtuvo la información desde los registros de los controles periódicos en nuestro centro y aquellos que no continuaron con estos controles se contactaron telefónicamente. **Resultados:** Se recopilaron 309 casos, con una media de seguimiento de 15,6 meses. Las técnicas más utilizadas para la fase crónica de EPS fueron marsupialización y Karydakís, con tiempo de cicatrización completa de 54,5 y 18,2 días, respectivamente. La presencia de complicaciones prolongó el tiempo de cicatrización en 46,5 días en Karydakís, con mínimo impacto en marsupialización. La tasa de recidiva fue menor en Karydakís y en etapa aguda cuando se realiza des- techamiento y legrado. La profilaxis antibiótica no afectó el riesgo de complicaciones postoperatorias. **Discusión:** El desarrollo de complicaciones postoperatorias tiene mayor impacto en la cicatrización de la técnica cerrada que en la abierta, siendo esta última más tolerante en cuanto a la cicatrización frente a complicaciones. **Conclusión:** La intervención con técnica de Karydakís logra la cicatrización de la herida operatoria en menor tiempo que la marsupialización, sin embargo, al desarrollar complicaciones, este tiempo aumenta 3,5 veces más. La recurrencia fue menor en Karydakís. En absceso se recomienda el destecho y legrado por sobre el drenaje exclusivo. **Palabras clave:** enfermedad pilonidal sacrocoxígea; quiste pilonidal; marsupialización; Karydakís; cicatrización.

¹Unidad de Coloproctología, Clínica INDISA y Universidad Andrés Bello, Facultad de Medicina, Campus Clínico INDISA. Santiago, Chile.

²Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello, Facultad de Medicina. Santiago, Chile.

Recibido el 2022-05-06 y aceptado para publicación el 2022-06-29

Correspondencia a: Dr. Gonzalo Campaña V. gonzalo.campaña@indisa.cl

Introducción

La enfermedad pilonidal sacrocoxígea (EPS) es una lesión en la fosita natal del coxis, en relación a la hendidura de los pliegues glúteos, producto de la alteración del folículo piloso y los *sinus* ubicados en esta área¹. Los primeros registros médicos de EPS datan de 1833, donde Herbert Mayo relacionaba la presencia de *sinus* con pelos en su interior como componente de EPS². El concepto de enfermedad pilonidal fue acuñado por Hodges en 1880, utilizando la palabra pilonidal (latín *pilus* = pelo y *nidus* = nido) para describir esta condición, y plantear la etiología congénita^{3,4}.

La etiopatogenia es materia de controversia existiendo una corriente que plantea un origen hereditario, como consecuencia de una alteración embriológica en la piel de la región interglútea⁵. La segunda hipótesis, más contemporánea, propone que es resultado de mecanismos adquiridos y ambientales, como consecuencia de la migración de restos de pelos dentro de los *sinus*, provocando su obstrucción y la generación de EPS^{5,6}.

Los hallazgos clínicos son constantes, existiendo una solución de continuidad cutánea en la línea media de la fosita natal llamado "pit". Se extiende en el plano subcutáneo mediante un trayecto fibroso con su superficie recubierta con epitelio escamoso estratificado denominado *sinus* pilonidal⁵. Es frecuente que se acompañen de otros *sinus* o aberturas secundarias, que usualmente drenan hacia lateral de la línea media y están comunicados con el pit primario. Estos *sinus* se llenan con restos de pelos y otros detritus de la piel, provocando un proceso inflamatorio junto al depósito de tejido de granulación⁶, formando la lesión tipo quística que origina la EPS. Al acompañarse de infección, puede desencadenar la EPS aguda abscedada, o bien su presentación crónica⁷. La transformación maligna es anecdótica, existiendo algunos reportes que evidenciaron casos que desarrollaron carcinoma de células escamosas⁸.

La EPS se presenta generalmente en adolescentes y adultos jóvenes⁵. Durante los últimos 50 años ha experimentado un incremento en su frecuencia desde 29/100.000 a 48/100.000 casos/habitante⁹.

El tratamiento de la EPS es un proceso que varía según el estadio clínico, sin embargo, el objetivo común de todas las alternativas quirúrgicas es intentar curar la enfermedad en un período de tiempo acotado, con baja morbilidad, reincorporación precoz a las labores cotidianas y baja recurrencia³. Para lograr éstos, se han descrito una amplia gama de técnicas quirúrgicas que involucran desde drenaje y aseo del cuadro agudo, hasta resecciones amplias

y coberturas con colgajos locales, logrando una variada tasa de recurrencia de la enfermedad y tiempo de curación de la herida operatoria.

Las técnicas quirúrgicas utilizadas en la EPS se pueden clasificar según el tipo de cierre que utilizan en la herida operatoria, existiéndolas abiertas y cerradas.

Para las fases agudas, se prefieren las técnicas abiertas⁵, siguiendo el principio de drenaje del absceso mediante incisión, pudiendo incorporar curetaje de la zona, intentando remover el tejido de granulación en el lecho del absceso, y/o marsuapialización de los bordes de la herida, buscando un proceso de cicatrización controlado.

En los estados crónicos o asintomáticos, generalmente, se emplean técnicas quirúrgicas que resecan los *sinus* pilonidales intentando conservar la mayor cantidad de tejido sano posible, y el manejo cerrado de la herida operatoria⁹. Existen variadas técnicas cerradas para el manejo de la EPS, algunas de estas técnicas son: Karydakakis, MacFee, Bascom, colgajo de Limberg o plastias en Z o V-Y, entre otras. Todas ellas muestran distintas ventajas y desventajas en tiempo de hospitalización, tiempo de cierre de la herida, recuperación laboral, complicaciones y recurrencia.

Producto de la variedad de técnicas quirúrgicas y aproximaciones para el tratamiento de la EPS, es de nuestro interés analizar las técnicas más empleadas por los cirujanos de nuestro centro, con el objetivo de evaluar sus resultados, principalmente, en el tiempo de cicatrización y recidiva.

Material y Método

Estudio transversal retrospectivo, realizando una revisión de los registros clínicos de los pacientes operados por EPS en Clínica Indisa entre enero de 2017 hasta agosto de 2021. El seguimiento de los pacientes que se mantenían en controles periódicos en Clínica Indisa se realizó a través de los registros de la ficha clínica. Aquellos que no contaban con controles en nuestro centro se intentaron contactar vía telefónica.

La elección de la técnica quirúrgica utilizada en cada paciente fue según el criterio de cada tratante en el momento del evento.

Las técnicas quirúrgicas se agruparon en técnicas cerradas: Karydakakis y colgajo de Limberg; y técnicas abiertas: drenaje, destechamiento y marsuapialización.

Se definió como infección del sitio quirúrgico como la presencia de pus en la herida operatoria o la aparición de eritema, calor local y sensibilidad en la

misma herida como también la presencia de cultivos positivos de la herida. Dehiscencia de la herida operatoria se definió como la reapertura de más del 10% de la longitud de ésta y más profundo que la dermis.

Se consideró recurrencia de la EPS en aquellos pacientes que presentaron al menos uno de los siguientes criterios: formación de un nuevo *sinus* pilonidal/pits, secreción purulenta en la región sacrocoxígea una vez logrado la cicatrización de la herida o que haya requerido una reintervención por EPS sin trauma asociado en la región^{3,10}.

Resultados

Se intervinieron 309 pacientes por EPS desde enero de 2017 hasta agosto de 2021, cuyas características se detallan en la Tabla 1. Al comparar las

Tabla 1. Características demográficas

	% (n)
Hombres	66,9% (207)
Mujeres	33,1% (102)
Edad (años)	24,9 ± 8,9 (12 - 70)
IMC (Kg/m ²)	27,6 ± 5,4 (16,3 - 44)
Diabetes	2,9% (9)
Hipertensión arterial	3,5% (11)
Tabaquismo	8% (25)
Absceso previo	61,4% (190)
Supuración crónica	44,7% (138)
Tiempo de evolución (días)	221,3 ± 441,9 (1 - 2.936)
Intervención de urgencia	21,7% (67)
Total	309

diferentes variables demográficas según sexo, las mujeres presentaron una media de edad menor a la de los hombres (21,6 vs 26,5 años, $p < 0,001$), y menor tasa de supuración crónica como motivo de consulta (35,3% vs. 49,3%, $p = 0,019$), y mayor tasa de cirugías de urgencias (32,4% vs. 16,4%, $p = 0,002$). No se encontró diferencia significativa en el resto de las variables demográficas analizadas (Tabla 2).

Dentro del estudio preoperatorio, el 37,2% (115) de los pacientes contó con exámenes imagenológicos, siendo el estudio más frecuente la ecografía de partes blandas en un 86,9% (100), seguido de resonancia magnética 7,9% (9) y tomografía computada 5,2% (6). El 84,8% (262) de las intervenciones se realizaron bajo la modalidad de hospitalización, con una media de 1,3 días de estadía en nuestro centro. Desde abril 2020, con el inicio de la pandemia COVID-19, se observó un incremento de las intervenciones ambulatorias, alcanzando el 70,7% (46) de este período.

La distribución de las técnicas quirúrgicas utilizadas se presenta en la Tabla 3. El 21,7% (67) de la serie fue intervenido de urgencia por la fase aguda de la EPS, siendo las técnicas quirúrgicas más utilizadas en este grupo el drenaje en un 61,2% (41), marsupialización con un 25,4% (17), destechamiento con curetaje 13,4% (9). Para los casos electivos la más utilizada fue la marsupialización en 60,4% (146), seguido por Karydakakis 35,1% (85).

No se encontró diferencias en la utilización de técnicas cerradas o abiertas según edad del paciente, IMC, comorbilidades, historia de absceso, supuración crónica ni tiempo de evolución de la EPS (Tabla 4).

Se logró un seguimiento postoperatorio de 15,6 ± 17,7 meses a través de controles periódicos en nuestro centro y llamadas telefónicas, con una pér-

Tabla 2. Características de la población intervenida por EPS según género

	Mujeres	Hombres	p
Edad (años)	21,6 ± 7,4 (13 - 58)	26,5 ± 9,2 (12 - 70)	< 0,001*
IMC (Kg/m ²)	24,8 ± 4,6 (16,3 - 33,4)	28,5 ± 4,8 (19,7 - 44)	0,051
Diabetes	0,9% (1)	3,9% (8)	0,155
Hipertensión arterial	0,9% (1)	4,8% (10)	0,085
Tabaquismo	3,9% (4)	10,1% (21)	0,058
Absceso previo	63,7% (65)	60,4% (125)	0,497
Supuración crónica	35,3% (36)	49,3% (102)	0,019*
Tiempo de evolución (días)	181,1 ± 295,8 (1 - 1.096)	241,6 ± 499,6 (1 - 2.936)	0,233
Intervención de urgencia	32,4% (33)	16,4% (34)	0,002*
Total	102	207	

ARTÍCULO ORIGINAL

Tabla 3. Distribución de las técnicas quirúrgicas utilizadas en intervenciones de urgencia y electivas

Técnica quirúrgica	Total	Intervenciones de urgencia	Intervenciones electivas
Cerradas	28,1% (87)	0% (0)	35,9% (87)
Karydakís	27,5% (85)	0%	35,1% (85)
Limberg	0,6% (2)	0%	0,8% (2)
Abierta	71,9% (222)	100% (67)	64,1% (155)
Drenaje	13,3% (41)	61,2% (41)	0%
Destechamiento + curetaje	5,8% (18)	13,4% (9)	3,7% (9)
Marsupialización	52,8% (163)	25,4% (17)	60,4% (146)
Total	100% (309)	100% (67)	100% (242)

Tabla 4. Características demográficas de la población intervenida según tipo de técnica utilizada

	Técnicas cerradas	Técnicas abiertas	p
Hombres	57,5% (50)	70,7% (157)	-
Mujeres	42,5% (37)	29,3% (65)	-
Edad (años)	24,7 ± 8,8 (12 - 58)	24,9 ± 9 (12 - 70)	0,830
IMC (Kg/m ²)	25,1 ± 4,7 (16,3 - 36,7)	28,3 ± 4,9 (18,6 - 44)	0,130
Diabetes	0%	4,1% (9)	0,054
Hipertensión arterial	1,2% (1)	4,5% (10)	0,145
Tabaquismo	6,9% (6)	8,6% (19)	0,594
Absceso previo	50,6% (44)	65,8% (146)	0,013*
Supuración crónica	39,1% (34)	46,8% (104)	0,165
Tiempo de evolución (días)	338,1 ± 563,6 (1 - 2.555)	181,9 ± 386,6 (1 - 1.936)	0,060
Intervención de urgencia	0% (0)	30,2% (67)	< 0,001*
Total	28,2% (87)	71,8% (222)	

dida de 13,9% (43) pacientes. Se registró un 14,9% (46) de complicaciones postoperatorias globales. En la Tabla 5 se detallan las complicaciones según técnica quirúrgica y tipo de presentación de la EPS. Al comparar las técnicas abiertas con las cerradas en intervenciones electivas, estas últimas tienen mayor riesgo de complicaciones (36,7% vs. 4,5%, $p < 0,001$). En esta serie no se encontró diferencia en el desarrollo de infección o dehiscencia determinada por la utilizaron de profilaxis antibiótica ($p = 0,193$).

En las intervenciones electivas de la fase crónica de la EPS, el tiempo de cicatrización de la herida operatoria fue de $36,8 \pm 49,4$ días para las técnicas cerradas, y de $53,7 \pm 49,2$ días para las abiertas. En la Tabla 6 se presentan los tiempos de cicatrización de

las distintas técnicas quirúrgicas y según la presencia de complicaciones en las cirugías electivas de la serie. En los pacientes que desarrollaron complicaciones en técnicas cerradas, el tiempo de cierre de la herida se prolonga 3,5 veces, agregando 46,5 días más al cierre sin complicaciones. Este aumento en el cierre resulta significativo estadísticamente, ($p = 0,0003$) con un gran tamaño de efecto (D de Cohen = 1,09). Las complicaciones que impactan en mayor medida en los días de cicatrización completa para Karydakís son la dehiscencia, aumentando en 4,8 veces, seroma en 3,6 veces y hematoma en 2,1 veces.

En las intervenciones de la fase aguda de la EPS, se observó una recurrencia del 44,4% (4) de los pacientes intervenidos mediante destechamiento + curetaje y para marsupialización fue de 23,5% (4).

Tabla 5. Desarrollo de complicaciones postoperatorias según técnica quirúrgica.

5-a: Técnicas cerradas. 5-b: Técnicas abiertas

5-a	Intervenciones electivas		
	Técnicas cerradas (87)	Karydakís (85)	Limberg (2)
Complicaciones	36,7% (32)	37,6% (32)	0%
Dehiscencia	16,1% (14)	16,4% (14)	0%
Infección	5,7% (5)	5,9% (5)	0%
Hematoma	2,3% (2)	2,4% (2)	0%
Seroma	12,6% (11)	12,9% (11)	0%

No se utilizaron técnicas cerradas en intervenciones de urgencia.

5-b	Intervenciones de urgencia						
	Técnicas abiertas (67)	Drenaje (41)	Destechamiento + curetaje (9)	Marsupialización (17)	Técnicas abiertas (155)	Destechamiento + curetaje (9)	Marsupialización (146)
Complicaciones	10,5% (7)	14,6% (6)	11,1% (1)	0%	4,5% (7)	11,1% (1)	4,1% (6)
Dehiscencia	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Infección	7,5% (5)	9,8% (4)	11,1% (1)	0%	3,3% (5)	11,1% (1)	2,7% (4)
Hematoma	1,5% (1)	2,4% (1)	0%	0%	0,6% (1)	0%	0,7% (1)
Seroma	0%	0%	0%	0%	0,6% (1)	0%	0,7% (1)
Granuloma	1,5% (1)	2,4% (1)	0%	0%	0%	0%	0%

Tabla 6. Tiempo de cicatrización completa posterior a técnicas electivas según presencia de complicaciones postoperatorias.

6-a: Técnicas cerradas. 6-b: Técnicas abiertas

6-a	Tiempo cierre herida (d)		Tiempo de cierre de herida sin complicación (d)		Tiempo de cierre de herida con complicación (d)	
	Karydakís	Limberg	Karydakís	Limberg	Karydakís	Limberg
	37,4 ± 49,9 (6 - 297)	36,8 ± 49,4 (6 - 297)	18,2 ± 7,3 (9 - 46)	18,2 ± 7,2 (9 - 46)	64,7 ± 66,7 (6 - 297)	64,7 ± 66,7 (6 - 297)
	18 ± 2,8 (16 - 20)				-	

6-b	Tiempo cierre herida (d)		Tiempo de cierre de herida sin complicación (d)		Tiempo de cierre de herida con complicación (d)	
	Destechamiento	Marsupialización	Destechamiento	Marsupialización	Destechamiento	Marsupialización
	44,8 ± 12,8 (28 - 64)	53,7 ± 49,2 (5 - 360)	44,8 ± 12,8 (28 - 64)	53,9 ± 49,6 (5 - 360)	-	45,7 ± 37,4 (17 - 88)
	54,2 ± 50,5 (5 - 360)		54,5 ± 50,9 (5 - 360)		45,7 ± 37,4 (17 - 88)	

Esta recurrencia ocurrió con una media de presentación de $5,5 \pm 6$ meses desde la intervención. En los pacientes con EPS aguda en que solo se realizó drenaje exclusivo en el Servicio de Urgencia, se logró un seguimiento del 90,2% de los casos a $17,1 \pm 18$ meses, donde el 37,8% (14) de ellos se mantuvo clínicamente asintomático de la EPS durante este período. Aquellos pacientes drenados que desarrollaron nuevamente síntomas (62,2%), éstos ocurrieron, en promedio, $8,8 \pm 10,1$ meses después del procedimiento. En la Tabla 7 se presenta la recurrencia de cada técnica en la presentación crónica con resolución electiva de la EPS.

Se generó un modelo de regresión logística para evaluar recurrencia de enfermedad, ajustado por edad y sexo, arrojando que la supuración crónica se-

ría un factor protector ante la recurrencia, OR = 0,38 (IC 95% = 0,17 - 0,81), y la presencia de abscesos previos actuaría como factor de riesgo, OR = 2,25 (IC95%=1,12 - 5,51). La presentación de urgencia otorga un riesgo de recurrencia OR = 5,38 (IC 95% = 2,68 - 10,82). En las presentaciones agudas, se estimó que el riesgo de recurrencia para destechamiento con curetaje fue de OR = 3,6 (IC95% = 1,29 - 10), y el riesgo de desarrollar síntomas nuevamente por EPS luego de efectuar el drenaje en urgencia es de drenaje OR = 5,73 (IC 95% = 2,41 - 13,60).

Al analizar las técnicas quirúrgicas utilizadas (excluyendo las intervenciones de urgencia) encontramos que la probabilidad de recurrencia en Karydakís es de OR = 0,1 (IC95% = 0,02 - 0,56). En el resto de las técnicas el modelo no resultó significativo.

ARTÍCULO ORIGINAL

Tabla 7. Recurrencia y período de seguimiento postoperatorio posterior a cirugía electiva.
7-a: Técnicas cerradas. 7-b: Técnicas abiertas

7-a	Recurrencia cirugía electiva % (n)	Tiempo hasta recurrencia (m)	Seguimiento (m)	Pérdida de seguimiento % (n)
Karydakís	2,4% (2)	8,1 ± 7,7 (2,6 - 13,5)	16,4 ± 15,7 (0,5 - 62,5)	12,9% (11)
Limberg	0%	-	36	50% (1)

7-b	Recurrencia cirugía electiva % (n)	Tiempo hasta recurrencia/ reaparición de síntomas (m)	Pacientes asintomáticos en seguimiento % (n)	Seguimiento (m)	Pérdida de seguimiento % (n)
Destechamiento + curetaje	44,4% (4)	39,3 ± 27,5 (6,6 - 73,6)	-	51,6 ± 35,9 (1,6 - 107)	22,2% (2)
Marsupialización	8,9% (13)	13,3 ± 13,3 (1 - 36,3)	-	12,1 ± 15,3 (0,2 - 59)	14,3% (21)

Discusión

Esta revisión logró reunir un número considerable de casos de EPS intervenidos en nuestro centro durante los últimos 4 años. Evidenció que la enfermedad se presenta más frecuentemente en la población masculina y con sobrepeso o IMC, aumentado, tal como se describe en la literatura^{5,11}. Si bien la EPS es una patología que afecta a la población joven, las mujeres tienen una edad de presentación menor que los hombres. Por el hecho de ser un universo joven encontramos poca incidencia de comorbilidades, y aquellas que están presentes son consecuencia directa de estados de obesidad como lo son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.

En nuestra población, las mujeres suelen ser intervenidas de urgencia en mayor proporción que los hombres y tiene menos sintomatología de EPS crónica que los hombres.

No identificamos factores clínicos que determinaran la preferencia de una técnica por sobre otra, tanto en las intervenciones de urgencia como en la resolución electiva. Observamos que la pandemia colaboró en la consolidación del programa de cirugía proctológica ambulatoria, al aumentar el número de cirugías efectuadas en esa modalidad durante los últimos años.

Logramos un alto seguimiento postoperatorio y con un intervalo de tiempo promedio interesante. Las recurrencias se presentaron en promedio dentro del primer año de seguimiento, estando la mayoría dentro de esta ventana de observación.

En las fases crónicas de la EPS, las complicaciones desarrolladas en las técnicas abiertas (infección, hematoma, seroma o granuloma) no parecieran impactar significativamente en el tiempo necesario para la cicatrización completa de la herida conser-

vando una media cercana a los 50 días. En contraste, la presencia de complicaciones en técnicas cerradas (en especial la técnica de Karydakís), impacta considerablemente en el tiempo de cicatrización completa agregando 46,5 días más, prolongándolo en 3,5 veces. En nuestra serie, el uso de profilaxis antibiótica no tuvo un factor protector ante el desarrollo de complicaciones postoperatorias.

El riesgo de recurrencia es mayor al intervenir los cuadros agudos que al tratar su fase crónica. Las revisiones del tema estiman que a la tasa de reincidencia de la EPS es variada, y depende del período de seguimiento de los pacientes. Las revisiones con seguimiento a mediano plazo hablan de recurrencia entre un 40,2% y 9,4% a 60 meses para el drenaje combinado con curetaje y la marsupialización, respectivamente⁹, similar a lo encontrado en nuestra serie con un período de seguimiento menor.

Al comparar las distintas técnicas utilizadas en la EPS aguda, junto a las variables clínicas de los pacientes, no se logró determinar alguna que influyera por sobre otra en su reincidencia, por lo que nos motiva a proponer que su recurrencia no estaría determinada, mayoritariamente, por la técnica utilizada ni por la condición del paciente, sino que por la esencia de su presentación aguda. Si bien no es del todo posible referirse a recurrencia de la EPS luego de efectuar un drenaje en su presentación aguda, ya que este procedimiento no remueve la lesión, existe un grupo de pacientes en donde esta intervención proporciona un período de tiempo asintomático, siendo homologable a la tasa de curación de las otras técnicas resectivas. En nuestra serie, el drenaje exclusivo como intervención de urgencia falló, en la mayoría de los casos, en evitar la reaparición de síntomas derivados de la EPS y pareciera estar en desventaja frente al destechamiento + curetaje,

en que la proporción de falla es menor, tal como lo describe Vahedian et al.¹². Es por este motivo, a nuestro juicio, y tal como lo recomiendan las Guías Clínicas más relevantes de la especialidad¹³, resulta insuficiente el tratar los episodios agudos únicamente con drenaje, requiriendo algún intento de remoción de la lesión.

Encontramos que aquellos pacientes tratados en etapa aguda mediante marsupialización son los que presentan una menor tasa de recurrencia.

En la resolución de la fase crónica de la EPS encontramos que la técnica de Karydakís presenta un bajo riesgo de recurrencia (OR = 0,1), y el modelo no permitió estimar los riesgos para las otras técnicas.

Conclusiones

La técnica de Karydakís logra la cicatrización completa de la herida operatoria en menor tiempo que la marsupialización para la resolución de la fase crónica de la EPS. En Karydakís las complicaciones postoperatorias impactan, significativamente, en el tiempo de cicatrización, prolongando el número de días hasta 3,5 veces, completando la cicatrización 19 días después que la marsupialización en intervenciones de la fase crónica de la EPS.

En nuestra serie observamos que las recurrencias suelen presentarse dentro del primer año desde la intervención quirúrgica. El riesgo de recurrencia es

mayor cuando la terapia se realiza en las fases agudas de la EPS que en sus presentaciones crónicas. En la fase crónica la técnica de Karydakís presenta una baja probabilidad de reaparición.

En las fases agudas de la EPS el drenaje pareciera ser una alternativa insuficiente para asegurar un adecuado período sin reaparición de síntomas comparado con las otras técnicas abiertas, principalmente, la marsupialización que ofrece una baja tasa de recurrencia.

La utilización de profilaxis antibiótica no afecta, significativamente, el desarrollo de complicaciones postoperatorias.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que en este manuscrito no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación: Ninguna.

Conflictos de interés: Ninguno.

El trabajo cuenta con la aprobación del Comité de Ética Científico de Clínica Indisa, acreditado por SEREMI de Salud de la Región Metropolitana.

Bibliografía

- Rosser R, Harikrishnan A. Benign anorectal conditions: perianal abscess, fistula in ano, haemorrhoids, fissures and pilonidal sinus. Surg (United Kingdom) [Internet]. 2020;38:322-8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2020.03.013>
- Mayo H. Observations on Injuries and Diseases of the Rectum. London Burgess Hill. 1833:45-6.
- VILLALÓN CORTÉS RE. Enfermedad Pilonidal Sacrocoxigea: Análisis De 2 Técnicas Quirúrgicas. Experiencia Personal. Rev Cir (Mex). 2020;72:328-36.
- Hodges R. Pilo-nidal sinus. Bost med Surg J. 1880;103:485-6.
- Velasco AL, Dunlap WW. Pilonidal Disease and Hidradenitis. Surg Clin North Am [Internet]. 2009;89:689-701. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.suc.2009.02.003>
- Chintapatla S, Safarani N, Kumar S, Haboubi N. Sacrococcygeal pilonidal sinus : historical review , pathological insight and surgical options. 2003;3-8.
- Bascom J. Pilonidal disease: long-term results of follicle removal. Dis Colon Rectum. 1983;26:800-7.
- Kim YA, Thomas I. Metastatic squamous cell carcinoma arising in a pilonidal sinus. J Am Acad Dermatol. 1993;29(2 Pt 1):272-4.
- Stauffer VK, Luedi MM, Kauf P, Schmid M, Diekmann M, Wieferich K, et al. Common surgical procedures in pilonidal sinus disease: A meta-analysis, merged data analysis, and comprehensive study on recurrence. Sci Rep. 2018;8:1-28.
- Milone M, Velotti N, Manigrasso M, Vertaldi S, Di Lauro K, De Simone G, et al. Long-term results of a randomized clinical trial comparing endoscopic versus conventional treatment of pilonidal sinus. Int J Surg [Internet]. 2020;74:81-5. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijss.2019.12.033>
- Bannura G. Enfermedad pilonidal sacro-coccígea: factores de riesgo y tratamiento quirúrgico. Rev Chil Cir. 2011;63:527-33.
- Vahedian J, Nabavizadeh F, Nakhaee N, Vahedian M, Sadeghpour A. Comparison between drainage and curettage in the treatment of acute pilonidal abscess. Saudi Med J. 2005;26:553-5.
- Johnson EK, Vogel JD, Cowan ML, Feingold DL, Steele SR. The American society of colon and rectal surgeons' clinical practice guidelines for the management of pilonidal disease. Dis Colon Rectum 2019;62:146-57.