

Enfermedad pilonidal sacrocoxígea: Análisis de 2 técnicas quirúrgicas. Experiencia personal

Ricardo Villalón C.^{1,2,3}

TRABAJO DE INGRESO A LA SOCIEDAD CHILENA DE COLOPROCTOLOGÍA

¹Unidad de Coloproctología, Servicio de Cirugía, Hospital de Carabineros. Santiago, Chile.

²Servicio de Cirugía, Clínica Vespucio. Santiago, Chile.

³Servicio de Cirugía, Clínica Dávila. Santiago, Chile.

Recibido el 8 de agosto de 2019 y aceptado para publicación el 16 de agosto de 2019.

Correspondencia a:
Dr. Ricardo Villalón C.
revc73@gmail.com

Sacrocoxygeal pilonidal disease: Analysis of 2 surgical techniques. Personal experience

Introduction: Sacrocoxygeal pilonidal disease (EPSC) is a chronic pathology of surgical solution. For its treatment, multiple surgical techniques have been described, there being 2 large groups: open and closed techniques. The aim of the present study is to compare and analyze the surgical results of 2 techniques, one open (Marsupialization) and another closed (Karydak). **Materials and Method:** Retrospective cohort study of electively operated patients with diagnosis of pilonidal cyst by a single surgeon, between July 2013 and July 2017 using these two techniques. **Results:** 71 patients were included. 30 patients with marsupialization and 41 with Karydak. All hospitalized. All discharge the day after surgery. No patient required rehospitalization or additional surgeries. In the statistical analysis, benefits of the Karydak technique are identified in terms of complications, postoperative pain, sitting pain, work incapacity and healing time. **Conclusions:** In this study, surgery with Karydak technique has advantages in relation to Marsupialization, considering it as the first option for simple EPSC.

Key words: sacrocoxygeal pilonidal cyst; marsupialization; Karydak.

Resumen

Introducción: La enfermedad pilonidal sacrocoxígea (EPSC) es una patología crónica de resorte quirúrgico. Para su tratamiento se han descrito múltiples técnicas quirúrgicas, existiendo 2 grandes grupos: las técnicas abiertas y las cerradas. El objetivo del presente trabajo es comparar y analizar los resultados quirúrgicos de 2 técnicas, una abierta (marsupialización) y otra cerrada (Karydak). **Materiales y Método:** Estudio de cohorte retrospectivo de pacientes operados electivamente con diagnóstico de quiste pilonidal por un único cirujano, entre julio de 2013 y julio de 2017 utilizando estas dos técnicas. **Resultados:** Se incluyeron 71 pacientes. 30 pacientes con marsupialización y 41 con Karydak. Todos hospitalizados. Todos de alta al día siguiente de la cirugía. Ningún paciente requirió rehospitalización ni cirugías adicionales. En el análisis estadístico se identifican beneficios de la técnica de Karydak en cuanto a complicaciones, dolor postoperatorio, dolor para sentarse, incapacidad laboral y tiempo de cicatrización. **Conclusiones:** En este artículo la cirugía con técnica de Karydak tiene ventajas en relación a la marsupialización, considerándola como primera opción para la EPSC simple. **Palabras clave:** quiste pilonidal; marsupialización; Karydak.

Introducción

La enfermedad pilonidal sacrocoxígea (EPSC) es una patología crónica adquirida, recurrente, que afecta mayoritariamente a hombres jóvenes provocando un importante ausentismo laboral y estudiantil¹⁻³. En 1833 Herbert Mayo describió esta condición como un pelo contenido en un sinus, y posteriormente Hodges en 1880, sugiere por primera

vez el término enfermedad pilonidal pensando en una condición congénita, palabra derivada del latín *pilus* (pelo) y *nidus* (nido)⁴⁻⁷. La incidencia en Chile es desconocida⁸. Afecta a los hombres más que a las mujeres con una proporción de 2-3: 1^{9,10}. Las manifestaciones clínicas de la EPSC son variadas^{3,11-13} y se han descrito múltiples factores de riesgo para su desarrollo¹⁴⁻¹⁶.

La finalidad del tratamiento es curar la enferme-

dad lo más rápido posible con escasa morbilidad, reintegro laboral precoz, con mínimas alteración cosmética de la zona y con baja recidiva. Para esto se han descrito múltiples técnicas quirúrgicas, existiendo 2 grandes grupos: las técnicas abiertas y las cerradas^{8,17-19}.

Una de las técnicas abiertas es la marsupialización descrita por Buie en 1938. En ésta el saco pilonidal es destechado sin resecarlo completamente y el borde de la piel suturado al borde de la pared del saco^{11,20-22}. Una de las técnicas cerradas destacadas es la descrita por Karydakís que propone como patogenia de la EPSC la confluencia de tres factores involucrados: el invasor (pelo), el motor (glúteo) que empuja al invasor y la vulnerabilidad de la piel del surco interglúteo^{5,23}. Con esto presenta su técnica de resección asimétrica la cual reseca completamente el quiste con una escisión elíptica semilateral, movilizándolo su lado medial el cual lo sutura al otro lado y transfixia la fascia sacrocoxígea²³.

El objetivo del presente artículo es comparar y analizar los resultados quirúrgicos de 2 técnicas, una abierta (marsupialización) y otra cerrada (Karydakís), realizadas por el mismo cirujano.

Materiales y Método

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo, analizando los pacientes operados electivamente con diagnóstico de quiste pilonidal. El diagnóstico se realizó en base a la clínica y al estudio imagenológico (ecografía partes blandas de la región sacrocoxígea con hallazgos compatibles con quiste pilonidal). Se incluyó pacientes electivos intervenidos en forma consecutiva desde julio de 2013 a julio de 2017 por el autor. Se excluyó a todos los pacientes que se presentaron con absceso pilonidal.

De un total de 83 pacientes seleccionados, 4 fueron descartados por estar abscedados al momento de la cirugía y 8 por imposibilidad de ser contactados para su control, quedando en definitiva para este estudio un total de 71 pacientes. Se definió EPSC simple a todo quiste sin trayecto fistuloso al momento de la cirugía.

En este período se utilizaron 2 técnicas quirúrgicas, una abierta (marsupialización) y otra cerrada (Karydakís). La técnica seleccionada a utilizar fue a discreción del cirujano, a medida que se incorporó gradualmente la técnica de Karydakís en su arsenal terapéutico. Por ello, en los primeros 3 años se utilizó marsupialización principalmente para los quistes fistulizados y Karydakís para los simples, ampliando las indicaciones de la técnica de Karydakís a los fistulizados en los últimos dos años.

Técnica quirúrgica

Todos los pacientes fueron operados en posición de navaja sevillana, con sus nalgas separadas con telas. Recibieron profilaxis con antibióticos intravenosos en el intraoperatorio con cefazolina 1 o 2 g según su peso o clindamicina 600 mg en los pacientes alérgicos.

Marsupialización: Con un estilete se canula el *pit* central para traccionar el quiste y en caso de estar fistulizado lograr canular todo el trayecto fistuloso. Se realiza la apertura de la totalidad del quiste sobre este estilete, se hace curetaje con cucharilla de la cavidad retirando todo el material granulatorio y cuerpo extraño. Con electrobisturí se libera la pared del quiste de la piel y celular subcutáneo hasta poder levantar (llevar la pared lateral del quiste a nivel cutáneo) la pared del quiste (sin resecarlo). Se secciona el borde cutáneo adherido y se procede a fijar la pared del quiste al borde de la piel con puntos de vicryl 2-0 discontinuo.

Técnica de Karydakís: Se selecciona el lado hacia el cual se inclinará la cicatriz, incluyendo orificio fistuloso si lo presenta y el quiste propiamente tal. Se marcan los límites alejado de la línea media, proximal (a 2,0 cm) y el distal (a 2,5 cm a 3 cm) para buscar separar la cicatriz del ano, dibujando una elipse asimétrica. La resección se realiza con bisturí frío hasta fascia sacra. En la zona cruenta se hace una pausa hemostática de 5 minutos con compresas embebidas en suero fisiológico con adrenalina (1: 250 cc). Luego se realiza hemostasia puntual con electrobisturí. Se talla colgajo medial de celular subcutáneo a 1 cm de profundidad y 2 cm hacia lateral. Se afronta el colgajo con puntos de vicryl 2-0 discontinuos realizando un punto de capitonaje hacia la fascia sacra antes de anudar y luego un segundo plano de vicryl 2-0 entre borde libre del colgajo medial y el borde lateral de la herida en 2 planos. El uso de drenaje es de uso selectivo. La piel se afronta con puntos de ethilon 2-0 (discontinuo tipo Donatti o intradérmico).

Análisis de variables

Se obtuvieron datos demográficos de la ficha clínica: sexo, edad, patologías concomitantes, tabaquismo, índice de masa corporal (IMC), motivo de consulta, tiempo de evolución y tipo de quiste (quiste simple definido como el quiste sin trayectos fistulosos). Se recopilaron datos del protocolo operatorio: tipo de cirugía, anestesia, tiempo operatorio, uso de drenaje y tiempo de hospitalización. En los pacientes operados con técnica de Karydakís se

ARTÍCULO ORIGINAL

rescataron datos anatomopatológicos de la biopsia: dimensiones del quiste (largo, ancho).

De la ficha clínica se recopilaron datos del tiempo de seguimiento postoperatorio. Las complicaciones fueron definidas como todo efecto adverso o situación no esperada en la evolución normal de la cicatrización y la necesidad de readmisiones o reoperaciones. Se determinó el tiempo de incapacidad laboral, tiempo de poder sentarse y caminar sin dolor. Para la evaluación del dolor se utilizó la escala visual análoga (EVA)²⁴, al momento del alta y en el primer control postoperatorio (7 a 10 días postoperatorio).

Se definió tiempo de seguimiento como el tiempo entre la cirugía y el último contacto con el paciente, ya sea personal o vía telefónica. La incapacidad laboral se definió como el tiempo que tardó el paciente desde su cirugía hasta su reintegro a sus estudios o su trabajo.

Se evaluó variable de tiempo de cicatrización (en días). En la marsupialización se definió como la epitelización completa de la herida y en el Karydakis como el tiempo del retiro de puntos o cicatrización completa en caso de dehiscencia de la sutura. La presencia de supuración o secreción, mantenida por más de 3 meses después de la cirugía, se definió como retardo de cicatrización. La presencia de secreción en cualquier momento después de la cicatrización de la herida se consideró como recidiva (en la evaluación clínica o al preguntar dirigidamente por vía telefónica).

Para la evaluación de satisfacción de la cirugía, se controló a los pacientes clínicamente y/o por vía telefónica, a través de una encuesta. Esta consta de 3

preguntas con respecto a la conformidad, estética y resultado final de la cirugía, ofreciendo una respuesta dicotómica (sí o no) y una escala de puntuación de 1 a 7.

Para el análisis de datos se realizó estadística descriptiva y analítica. Las variables cualitativas fueron expresadas en porcentajes, y se empleó el test de χ^2 o exacto de Fisher según correspondiera para su análisis. Para las variables cuantitativas, se utilizó el test de Shapiro Wilk para definir la distribución de las variables estudiadas. En las variables paramétricas se usó el promedio y la desviación estándar para expresar los resultados, además del test t de Student para el análisis estadístico. Para variables de distribución no paramétrica se utilizó la mediana y el rango intercuartil para expresar los resultados y el test U de Mann-Whitney para el análisis estadístico. Se utilizó, además, un análisis de regresión logística uni y multivariado para evaluar la asociación de variables. Se consideró significativo un valor de p menor que 0,05.

Resultados

Se analizó un total de 71 pacientes que cumplían los criterios de inclusión. Los datos demográficos y su análisis estadístico se resumen en la Tabla 1.

El motivo de consulta principal fue el aumento de volumen región sacrocoxígea en un 59% de los pacientes, solo o asociado a dolor y secreción. Otro motivo de consulta fue el antecedente de absceso sacrocoxígeo drenado en 14 pacientes (20%), y el resto consultó por dolor en región sacrocoxígea, solo o asociado a secreción.

Tabla 1. Resumen datos demográficos, según tipo de cirugía

	Marsupialización n = 30	Karydakis n = 41	p value
Sexo			
Femenino	6 (20%)	19 (46,4%)	0,02
Masculino	24 (80%)	22 (53,6%)	
Edad (años)	22,5 (18-29)	22 (17-25)	0,61
IMC (kg/m ²)	26,9 ± 4,6	27,6 ± 4,3	0,47
Comorbilidades	6 (20%)	6 (14,6%)	0,55
Tabaquismo	16 (53,3%)	16 (39%)	0,23
Tipo de quiste (fistulizado)	27 (90%)	17 (41,5%)	< 0,001
Tiempo de evolución (meses)	10 (4-12)	10,5 (3,5-42)	0,71
Cirugías previas	12 (40%)	23 (56,1%)	0,18
Quistes recidivados	5 (16%)	3 (7,3%)	0,22

Del total, 30 pacientes (42,8%) fueron tratados con marsupialización (grupo M) y 41 (57,2%) fueron tratados con técnica de Karydakís (grupo K). Todos los pacientes operados fueron hospitalizados, se utilizó anestesia raquídea en el 95,8% y el resto con anestesia general. Sólo un paciente del grupo K quedó con drenaje y el 100% de los pacientes fue dado de alta al día siguiente de la cirugía.

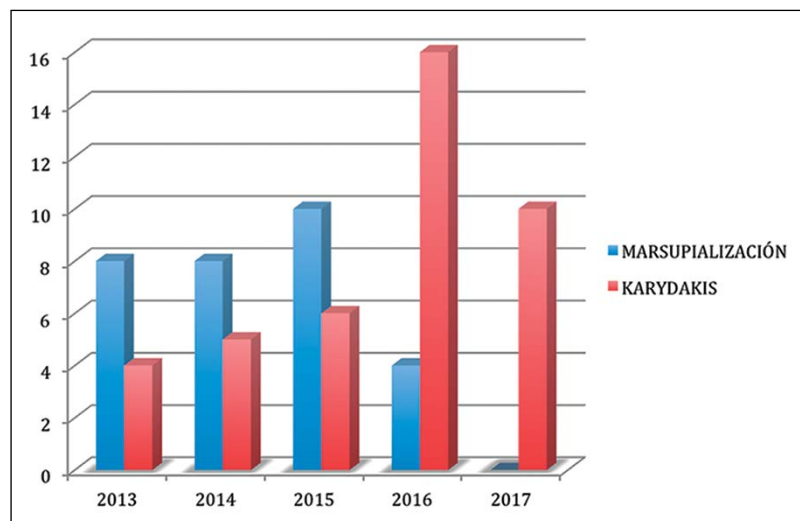


Figura 1. Números de intervenciones realizadas por año, según tipo de cirugía.

Tabla 2. Resumen resultados, según tipo de cirugía

	Marsupialización n = 30	Karydakís n = 41	p value
Tiempo operatorio (min)	24,3 ± 7,3	32,8 ± 5,9	< 0,001
Complicaciones	25 (83,3%)	2 (5,1%)	< 0,001
EVA al alta	0 (0-2)	0 (0-2)	0,78
EVA al 1º control	2 (0-3)	0 (0-2)	0,027
Caminar sin dolor (días)	15 (7-30)	10 (7-15)	0,07
Sentarse sin dolor (días)	20 (15-30)	14 (10-27)	0,06
Incapacidad laboral (días)	21 (17-28)	14 (10-27)	0,003
Tiempo de cicatrización (días)	48 (16-20)	18 (16-20)	< 0,001
Seguimiento (meses)	40 (28-48)	20,6 (12-31)	< 0,001
Recidiva	1 (3%)	0 (0%)	n.s

n.s: no significativo.

Tabla 3. Factores que influyen en las complicaciones, análisis univariado

	OR	IC 95%	p value
Tiempo de quiste	6,3	1,8 - 21,5	0,003
Tipo cirugía	92,5	16,6 - 514,8	< 0,001
Tiempo operatorio	0,87	0,81 - 0,94	0,001

El número de cirugías y técnicas utilizadas en cada año del estudio se detallan en la Figura 1.

El 100% de los informes histopatológico del grupo K, los hallazgos fueron compatibles con quiste pilonidal. El tamaño de las piezas quirúrgicas del Grupo K fue en promedio $6,7 \pm 1,4$ cm de longitud por $3,1 \text{ cm} \pm 0,7$ cm de ancho.

Los resultados postoperatorios obtenidos en cada una de las técnicas quirúrgicas se resumen en la Tabla 2.

El dolor postoperatorio al primer control fue mayor en el grupo M (mediana 2 vs 0 en grupo K). En el grupo K, 92,7% de los pacientes tenían un EVA ≤ 2 en comparación con el grupo M donde el 73,3% de los pacientes tenían un EVA ≤ 2 .

El tiempo para caminar y sentarse sin dolor fue menor en el grupo K, aunque esta diferencia no alcanzó significación estadística.

La mayor tasa de complicaciones ocurrió en el grupo M, como consecuencia de la dehiscencia de la herida operatoria en 24 pacientes (80%), siendo en el 91,7% de ellos una dehiscencia parcial (del 20% hasta 70% de la herida) y sólo en 2 pacientes (8,3%) total. En el grupo K, 2 pacientes (5,1%) presentaron hematomas de la herida operatoria, sin que necesitaran ningún procedimiento adicional.

Ningún paciente requirió rehospitalización ni cirugías adicionales.

Para evaluar los factores que se asocian a una mayor tasa de complicaciones se realizó un análisis univariado donde el tipo de quiste (fistulizado), tipo de cirugía (marsupialización) y tiempo operatorio menor se asociaron a mayor tasa de complicaciones (Tabla 3). Sin embargo, en el análisis multivariado sólo mantuvo la significancia estadística el tipo de cirugía como factor independiente en las complicaciones (OR: 103,6, IC 95%: 8,1-1334,6; $p < 0,001$).

La incapacidad laboral y tiempo de cicatrización fueron mayores en el grupo M. Destacó que el 66,7% del grupo M requirió más de 21 días de reposo en comparación con 31,3% del grupo K ($p = 0,007$). Si bien el tipo de quiste (fistulizado), tiempo operatorio menor, presencia de complicaciones y tiempo para caminar sin dolor se asociaron a un reposo laboral mayor a 21 días en el análisis univariado (Tabla 4); en el análisis multivariado sólo el tipo de quiste (fistulizado) (OR: 7,14, IC 95%: 1,3-38,0; $p = 0,021$) y el tiempo para caminar sin dolor (OR: 1,1, IC 95%: 1-1,23; $p = 0,034$) mantuvieron la significancia estadística.

La mediana de tiempo de cicatrización fue mayor en el grupo M. Sólo el 9,8% del grupo K demoró más de 21 días en cicatrizar, en comparación con el 100% del grupo M.

ARTÍCULO ORIGINAL

Tabla 4. Factores que influyen en incapacidad laboral, análisis univariado

	OR	IC 95%	p value
Tipo cirugía	4,4	1,5 - 13,2	0,007
Tiempo de quiste	8,89	2,2 - 35,7	0,002
Tiempo operatorio	0,93	0,87 - 0,99	0,03
Complicaciones	3,33	1,11 - 9,99	0,03
Caminar sin dolor	1,12	1,03 - 1,2	0,004

Tabla 5. Resumen evaluación del paciente, según tipo de cirugía

	Marsupialización n = 30	Karydakis n = 41	p value
Conformidad con cirugía (Sí)	30 (100%)	41 (100%)	0,13
Estética cicatriz (Sí)	29 (97%)	38 (92%)	0,73
Resultado final (Sí)	29 (97%)	41 (100%)	0,74
Conformidad con cirugía. Notas 6 y 7	30 (100%)	41 (100%)	0,13
Estética cicatriz. Notas 6 y 7	23 (77%)	38 (66%)	0,06
Resultado final. Notas 6 y 7	29 (97%)	40 (98%)	0,82

La evaluación de la cirugía por parte del paciente se detalla en la Tabla 5. En cuanto al resultado final sólo 1 paciente no estuvo conforme y fue el paciente que recidivó en el grupo M. En la evaluación por notas en los distintos ítems no hubo diferencias significativas, pero sí destacó una tendencia a una inferior en el aspecto estético de la cicatriz en el grupo K, con nota ≤ 5 puntos en 34,1% de los pacientes, en comparación con 23,3% del grupo M.

Discusión

La incidencia de la EPSC en USA se estima en 26 por 100.000 habitantes, con franco predominio de los hombres (2-3:1)^{1,11,25,26}, cifra que en esta serie alcanza 2:1.

La edad de presentación de la enfermedad en la mayoría de los trabajos es en la segunda década de la vida^{14,27-29}, lo que se reafirma en este y otros estudios³⁰⁻³².

El índice de masa corporal (IMC) del grupo total promedió $27,3 \pm 4,4$ kg/m². El 39% presentó sobrepeso, el 20% obesidad y destaca que el 33% tenía un IMC normal. Estos valores son muy semejantes a los encontrados en otros estudios y refuerzan que la obesidad es cada vez menos relevante en la fisiopatología de la enfermedad^{14,17,33,34}.

La presencia de un mayor número de pacientes con quistes fistulizados (90%) en el grupo de M se explica por el sesgo personal del cirujano, que prefirió inicialmente hacer marsupialización a los quistes fistulizados y Karydakis a los quistes simples. A medida que se incorporó y afianzó la técnica de Karydakis se utilizó progresivamente en quistes fistulizados. Esto explica la mayor realización de Karydakis en los últimos años del estudio en desmedro de la marsupialización.

En ambos grupos se operaron pacientes con quiste pilonidales recidivados, la mayoría sometidos a una resección con cierre primario en línea media y marsupialización. Existe bastante variabilidad en el porcentaje de quistes recidivados en estudios nacionales e internacionales, sin demostrar repercusión de esta variable en los resultados^{29,32,35}.

El tiempo operatorio fue menor en la marsupialización, lo que coincide con publicaciones nacionales e internacionales^{1,10,19,26,33,36,37}.

En esta serie, a diferencia de lo propuesto por Karydakis⁵, el drenaje se utilizó en sólo una paciente obesa (IMC 32), al inicio de la experiencia. Diversos trabajos sugieren que el uso de drenaje reduce la formación de seromas^{30,31}, complicación que no se presentó en esta serie. El uso de drenaje debería ser evaluado paciente a paciente y según preferencia del cirujano^{4,30,38}.

Son pocos los artículos que describen el tamaño de las piezas quirúrgicas en la técnica de Karydakís. Esta medición podría determinar hasta donde es posible realizar esta técnica. Los tamaños descritos son cercanos a los 8 cm-9 cm de largo y 4 cm-5 cm de ancho^{4,10}. Por las características de la técnica, el ancho de la resección es el que más limita la realización del colgajo. Esto podría determinar que si se planifica una resección mayor a 5 cm de ancho no sea conveniente realizar la técnica de Karydakís y pueda requerir otro tipo de colgajos para dar mejor cobertura al defecto o bien, realizar modificaciones a la técnica, como la descrita por Kitchen^{29,35,39}.

En esta serie, la marsupialización tuvo más complicaciones que el Karydakís. La más frecuente es la dehiscencia de la fijación de la pared del quiste al borde cutáneo. Todas estas complicaciones fueron resueltas con curaciones, resección de tejido desvitalizado y cierre por segunda intención, procedimientos realizados en forma ambulatoria. La alta tasa de dehiscencia de la técnica de marsupialización en esta serie difiere radicalmente de lo publicado por otros autores^{20,26,36,40}, lo que probablemente se debe al empleo de un criterio diferente para definir la complicación. Por otra parte, pueden existir factores de la técnica quirúrgica utilizada puesto que algunos autores sólo biselan el borde cutáneo de quiste sin liberar la pared de este, teniendo menos tensión en esta sutura.

El dolor medido por EVA al primer control fue menor en el grupo K y en ambas técnicas fue inferior a otros estudios^{4,32,36}. En ambos grupos no hubo diferencia significativa en el tiempo para caminar y sentarse sin dolor, con una tendencia favorable al grupo K. Por otra parte, el tiempo de cicatrización fue menor en el grupo K, lo que está refrendado en múltiples estudios y metaanálisis^{19,26,32,36}. En suma, es ampliamente aceptado que las técnicas abiertas requieren un mayor tiempo de cicatrización que las cerradas especialmente en comparación con las técnicas asimétricas.

Como consecuencia de lo anterior, el tiempo del retorno laboral fue significativamente mayor en la marsupialización. Si dicotomizamos esta variable, el tiempo de incapacidad laboral fue mayor a 21 días en el 66,7% del grupo M *versus* el 31,3% del grupo K. Estos resultados sugieren que el dolor y las complicaciones de la herida son más relevantes que el tiempo de cicatrización en el tiempo de retorno laboral, lo que está refrendado en el metaanálisis de Enríquez-Navascués³.

Ambas técnicas fueron evaluadas satisfactoriamente por todos los pacientes, lo que coincide con lo descrito por otros autores^{4,35,36,37}. Sin embargo,

hubo una tendencia a una menor satisfacción en lo estético de la cicatriz de los pacientes del grupo Karydakís. Esto se puede explicar por el mayor número de mujeres en ese grupo que suelen manifestar mayor preocupación por el resultado estético de una cicatriz. Esto motivó a cambiar la técnica de cierre cutánea usando un plano intradérmico.

El único caso de recidiva, se presentó a los veinte meses de seguimiento en el grupo M y fue re-operado con la técnica de Karydakís. En el análisis de la recurrencia de la EPSC se acepta que las técnicas abiertas tienen menores tasas que las técnicas cerradas¹⁹ (cuando se consideran todas ellas) y que las técnicas asimétricas tienen menos recidivas que las técnicas cerradas en línea media.

Dado que la recurrencia depende del tiempo de seguimiento, las cifras varían considerablemente entre los distintos trabajos publicados^{5,17,29,32,35}. Actualmente, se considera que el período de seguimiento mínimo aceptable es de 5 años⁹, por lo que los resultados de esta serie deben ser considerados con cautela.

El presente artículo tiene varias limitaciones. Es un estudio retrospectivo, el número de paciente es bajo ya que es una experiencia personal, la indicación del tipo de cirugía no fue randomizado y la evaluación de los resultados son realizados por el mismo cirujano que hizo el procedimiento.

Conclusiones

En este artículo la cirugía con técnica de Karydakís tiene ventajas en relación a la marsupialización. Es por esto, que la considero como primera opción para la EPSC independiente del tipo de quiste y de cirugías previas, permitiendo una rápida cicatrización, baja morbilidad, rápido íntegro laboral, baja recurrencia y una técnica fácil de reproducir. La técnica de marsupialización la dejo reservada para quistes con trayectos fistulosos largos, alejados de la línea media y que su eventual resección significará una gran zona cruenta a cubrir. Es recomendable sugerir un manejo quirúrgico de acuerdo a la gravedad de la enfermedad. Algunas podrán ser resueltas de acuerdo con estas dos técnicas presentadas y otras requerirán la utilización de colgajos rotacionales de mayor complejidad. Todo esto supeditado a la extensión, gravedad de la enfermedad pilonidal y experiencia del cirujano. Se requieren trabajos randomizados aleatorizados, mayor volumen de pacientes y mayor tiempo de seguimiento para poder tener conclusiones de mayor peso estadístico.

ARTÍCULO ORIGINAL

Agradecimientos

Mis agradecimientos a la Dra. Katya Carrillo por su colaboración en el análisis estadístico del trabajo.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los au-

tores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

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

Conflictos de interés: no hay.

Bibliografía

- Petersen S, Aumann G, Kramer A, Doll D, Sailer M, Hellmich G. Short-term results of Karydakis flap for pilonidal sinus disease. *Tech Coloproctol.* 2007;11:235-40.
- Morden P, Drongowski RA, Geiger JD, Hirsch RB, Teitelbaum DH. Comparison of Karydakis versus midline excision for treatment of pilonidal sinus disease. *Pediatr Surg Int.* 2005;21:793-6.
- Enríquez-Navascués JM, Emparanza JI, Alkorta M. Meta-analysis of randomized controlled trials comparing different techniques with primary closure for chronic pilonidal sinus. *Tech Coloproctol.* 2014;18:863-72.
- Keshvari A, Keramati MR, Fazeli MS, Kazemeini A, Meysamie A, Nouritaromlou MK. Karydakis flap versus excision-only technique in pilonidal disease. *J Surg Res.* 2015;198:260-6.
- Karydakis GE. Easy and successful treatment of pilonidal sinus after explanation of its causative process. *Aust N Z J Surg.* 1992;62:567-72.
- Hodge RM. Pilonidal sinus. *Boston Med Surg J.* 1880;103:485-6.
- Werkgartner. Invited commentary to "Knowledge-based therapy of the pilonidal sinus". *European Surgery* 2004;36:170-1.
- Bannura G. ¿Cuál es el tratamiento quirúrgico de elección de la enfermedad pilonidal sacrocoxígea? *Rev Chil Cir.* 2013;55:92-6.
- Milone M, Velotti N, Manigrasso M, Anoldo P, Milone F, De Palma GD. Long-term follow-up for pilonidal sinus surgery: A review of literature with metanalysis. *The Surgeon* 2018;16:315-20. <https://doi.org/10.1016/j.surge.2018.03.009>.
- Horwood J, Hanratty D, Chandran P, Billings P. Primary closure or rhomboid excision and Limberg flap for the management of primary sacrococcygeal pilonidal disease? A metaanalysis of randomized controlled trials. *Colorectal Dis.* 2012;14:143-51.
- Duman K, Girgin M, Harlak A. Prevalence of sacrococcygeal pilonidal disease in Turkey. *Asian J Surg.* 2017;40:434-7.
- Mentes O, Oysul A, Harlak A, Zeybek N, Kozak O, Tufan T. Ultrasonography accurately evaluates the dimension and shape of the pilonidal sinus. *Clinics (Sao Paulo)* 2009;64:189-92.
- Chintapatla S, Safarani N, Kumar S, Haboubi N. Sacrococcygeal pilonidal sinus: historical review, pathological insight and surgical options. *Tech Coloproctol.* 2003;7:3-8.
- Harlak A, Mentes O, Kilic S, Coskun K, Duman K, Yilmaz F. Sacrococcygeal pilonidal disease: analysis of previously proposed risk factors. *Clinics (Sao Paulo)* 2010;65:125-31.
- Arsilan K, Said Kokcam S, Koksall H, Turan E, Atay A, Dogru O. Which flap method should be preferred for the treatment of pilonidal sinus? A prospective randomized study. *Tech Coloproctol.* 2014;18:29-37.
- Doll D, Matevossian E, Wietelmann K, Evers T, Kriner M, Petersen S. Family history of pilonidal sinus predisposes to earlier onset of disease and a 50% long-term recurrence rate. *Dis Colon Rectum* 2009;52:1610-5.
- Bannura G. Enfermedad pilonidal sacrocoxígea: Factores de riesgo y tratamiento quirúrgico. *Rev Chil Cir.* 2011;63:527-33.
- Akinci F, Coskun A, Uzunkoy A. Simple and effective surgical treatment of pilonidal sinus: asymmetric excision and primary closure using suction drain and subcuticular skin closure. *Dis Colon Rectum* 2000;43:701-6.
- Al-Khamis A, McCallum I, King PM, Bruce J. Healing by primary versus secondary intention after surgical treatment for pilonidal sinus. *Update in Cochrane Database Syst Rev* 2010;20:CD006213.
- Abramson D. Simple Marsupialization Technic for Treatment of Pilonidal Sinus: Long-term Follow up. *Annals of Surgery* 1960;151:261-7.
- Hull T, Wu J. Pilonidal disease. *Surg Clin North Am.* 2002;82:1169-85.
- Chinn BT. Outpatient management of pilonidal disease. *Sem Colon Rectal Surgery* 2003;14:166-72.
- Karydakis GE. New approach to the problem of pilonidal sinus. *Lancet* 1973;2:1414-5.
- Bodian CA, Freedman G, Hossain S, Eisenkraft J, Beilin Y. The visual analog scale for pain: clinical significance in postoperative patients. *Anesthesiology* 2001;95:1356-61.
- Aysan E, Ilhan M, Bektas H, Akca E, Kaya S, Sam B, et al. Prevalence of sacrococcygeal pilonidal sinus as a silent disease. *Surg Today* 2013;43:1286-9.
- Gencosmanoglu R, Inceoglu R. Modified lay-open (incision, curettage, partial lateral wall excision and marsupialization) versus total excision with primary closure in the treatment of chronic sacrococcygeal pilonidal sinus: a prospective, randomized clinical trial with a complete two-year follow-up. *Int J Colorectal Dis.* 2005;20:415-4.
- Tritapepe R, Di Padova C. Excision and primary closure of pilonidal sinus using a drain for antiseptic wound flushing. *Am J Surg.* 2002;183:209-11.
- Käser S, Zengaffinen R, Uhlmann M, Glaser C, Maurer C. Primary wound

- closure with a Limberg flap vs. secondary wound healing after excision of a pilonidal sinus: a multicentre randomized controlled study. *Int J Colorectal Dis.* 2015;30:97-103.
29. Kitchen PR. Pilonidal sinus: experience with the Karydakís flap. *Br J Surg.* 1996; 83:1452-5.
 30. Gurer A, Gomceli I, Ozdogan M, Ozlem N, Sozen S, Aydin R. Is routine cavity drainage necessary in Karydakís flap operation? A prospective, randomized trial. *Dis Colon Rectum* 2005;48:1797-9.
 31. Yildiz MK, Ozkan E, Odaba M, Kaya B, Eriş C, Abuoğlu HH, al. Karydakís flap procedure in patients with sacrococcygeal pilonidal sinus disease: Experience of a single centre in Istanbul. *The Scientific World Journal* Volume 2013, Article ID 807027, 4 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2013/807027>.
 32. Bali İ, Aziret M, Sözen S, Emir S, Erdem H, Çetinkünar S, et al. Effectiveness of Limberg and Karydakís flap in recurrent pilonidal sinus disease. *Clinics (Sao Paulo)* 2015;70:350-5.
 33. Bannura G, Barrera A, Contreras J, Melo C, Soto D. Operación de Karydakís ambulatoria en el manejo de la enfermedad pilonidal sacrocoxígea. *Rev Chil Cir.* 2009;61:256-60.
 34. Bannura G, Cumsille MA, Contreras J, Barrera A, Soto D, Melo C, y cols. Obesidad e hirsutismo como factores predisponentes de la enfermedad pilonidal sacrocoxígea. *Rev Chil Cir.* 2007; 59:136-41.
 35. Melkonian E, Readí A, Opazo P, Rodríguez M, Contreras D, Cápona R, et al. Resultados a corto y a largo plazo con la técnica de Karydakís para la enfermedad pilonidal sacrocoxígea. *Rev Chil Cir.* 2013;65:25-9.
 36. Karakayalı F, Karagülle E, Karabulut Z, Oksuz E, Moray G, Haberal M. Unroofing and marsupialization vs. rhomboid excision and Limberg flap in pilonidal disease: a prospective, randomized, clinical trial. *Dis Colon Rectum* 2009;52:496-502.
 37. Can MF, Sevinc MM, Hancerliogullari O, Yilmaz M, Jagci G. Multicenter prospective randomized trial comparing modified Limberg flap transposition and Karydakís flap reconstruction in patients with sacrococcygeal pilonidal disease. *Am J Surg.* 2010;200:318-27.
 38. Steele SR, Perry BW, Mills S, Buie WD. Practice parameters for the management of pilonidal disease. *Dis Colon Rectum* 2013;56:1021-7.
 39. Bannura G, Barrera A, Melo C, Contreras J, Soto D, Mansilla JA. Operación de Karydakís en el tratamiento de la enfermedad pilonidal sacrocoxígea. *Rev Chil Cir.* 2005;57:340-4.
 40. Abramson DJ, Cox PA. The marsupialization operation for pilonidal cysts and sinuses under local anesthesia with lidocaine: An ambulatory method of treatment. *Ann Surg.* 1953;139:341-9.

Informe Trabajo de Ingreso Dr. Ricardo Villalón Cortés

En primer lugar, deseo agradecer al Directorio de la Sociedad Chilena de Coloproctología que me honra con esta designación como informante del Trabajo de Ingreso del Dr. Ricardo Villalón Cortés titulado “ENFERMEDAD PILONIDAL SACROCOXÍGEA: ANÁLISIS DE 2 TÉCNICAS QUIRÚRGICAS. EXPERIENCIA PERSONAL”.

La EPSC es una patología cuya etiopatogenia aún hoy día no es bien comprendida en forma cabal. El perfil del hombre obeso e hirsuto considerado como clásico no nos permite entender las numerosas pacientes del género femenino de contextura delgada y totalmente lampiñas que hemos intervenido por esta causa. La prevalencia en mujeres, destacada en las publicaciones nacionales hasta la década del ochenta, era totalmente opuesta a la experiencia internacional. Paralelamente, múltiples técnicas abiertas, cerradas y semicerradas, se ofrecen como las mejores para tratar esta condición. Sin embargo, ninguna se ha erigido como la ideal y la controversia persiste hasta la fecha.

En este contexto, el Dr. Villalón nos trae un estudio comparativo de dos técnicas quirúrgicas con principios opuestos: la marsupialización (M), que a diferencia de la técnica de McFee, reseca parcial-

mente la pared quística y la sutura a la piel, con lo cual se pretende disminuir la zona cruenta que queda en un proceso de granulación y, finalmente, de epitelización. Como técnica cerrada propone la resección asimétrica de Karydakís (K), que en los metaanálisis se ha demostrado superior a las técnicas con cierre en la línea media. El Dr. Villalón inicialmente utiliza la técnica de Karydakís en los quistes simples, reservando la marsupialización para los quistes fistulizados de mayor complejidad.

Se trata de una valiosa experiencia personal en el manejo de esta patología benigna que presenta en nuestro país una prevalencia moderada, pero que se asocia a un impacto económico no despreciable. El estudio *in extenso* tiene una coherencia interna adecuada para un trabajo científico y muestra en forma detallada los resultados de ambas técnicas analizando un número de variables que es inusual para un trabajo de corte retrospectivo. En la introducción se señala los aspectos generales de la EPSC y el objetivo específico, a saber, comparar los resultados quirúrgicos en cuanto a morbilidad, resultados estéticos y recurrencia, con una minuciosidad en la descripción de los resultados que debe ser destacada y estimulada, puesto que nos

ARTÍCULO ORIGINAL

permite como médicos clínicos mejorar nuestro acervo científico y pasar de la impresión a la información dura.

Como el propio autor lo reconoce, el modelo correcto para comparar dos técnicas quirúrgicas debe ser prospectivo y en forma aleatoria y, sin duda, representa la principal limitación de este estudio. De hecho, los dos grupos no son homogéneos y el tipo de quiste no se distribuye en forma simétrica en ambos grupos: los casos fistulizados alcanzan al 90% en la técnica de la M *versus* el 45% en la técnica de K. Esto se origina en este desplazamiento hacia las técnicas cerradas en el curso de los años en la medida que el autor adquiere mayor experiencia y, al parecer, empieza a confiar en las bondades de la técnica de K incluso para los pacientes fistulizados y recidivados. La comparación de dos técnicas quirúrgicas en términos de la morbilidad asociada es un aspecto crucial. En esta serie la principal complicación asociada con la técnica de la M fue la dehiscencia en el 83% de los casos, la que en otras series que utilizan la M fluctúa entre 1%-4%. Esta notable heterogeneidad de los resultados se debe en primer lugar a criterios y definiciones disímiles sobre lo que es una dehiscencia. Dado que esta complicación habitualmente se maneja en forma ambulatoria con curaciones simples y la “duchoterapia”, muchos autores no la consideran una complicación propiamente tal. En segundo lugar, la técnica de la M específicamente empleada por el autor disecciona la pared quística y la “levanta” para suturarla a la piel, lo que implica una tensión en la línea de sutura. Otros autores que reportan esta complicación como muy rara simplemente biselan el borde cutáneo, como bien lo señala el autor. Considerando lo anterior, la forma de medir los resultados comparativos en el corto plazo debe referirse fundamentalmente al tiempo de cicatrización y el tiempo de incapacidad laboral, variables bien analizadas en este estudio y que categóricamente favorecen la técnica cerrada asimétrica, en concordancia con los estudios publicados y los metaanálisis sobre el tema. Dado que el seguimiento en esta serie es aún limitado y mayor para los pacientes intervenidos con la técnica de la M, no podemos sacar conclusiones definitivas respecto de la recidiva y esperamos que el seguimiento

se prolongue en el tiempo, puesto que como bien lo señala el autor, lo ideal es 5 años como mínimo.

El autor en las conclusiones señala que ambas técnicas no son excluyentes, sino complementarias, criterio que compartimos como principio general en el manejo de la EPSC. La técnica de K claramente no es adecuada para la enfermedad compleja con múltiples orificios fistulosos y/o muy alejados de la línea media, toda vez que el tamaño de la resección no permite un traslado adecuado del colgajo dermograso y lateralizar la cicatriz. A pesar que me inclino en esos casos por la rotación formal de un colgajo tipo Limberg como alternativa a la M, estoy de acuerdo con el autor en el principio señalado de que “la técnica a emplear va a depender de la extensión y la gravedad de la enfermedad, así como de la experiencia del cirujano”.

El Dr. Ricardo Villalón Cortés estudió Medicina en la Universidad de Valparaíso, recibiendo el año 1998 como médico-cirujano. Luego de un periodo como Médico General de Zona en Los Vilos y en Canela Baja, ganó una Beca de Cirugía General en la Facultad de Medicina Campus Sur de la Universidad de Chile, sede Hospital Barros Luco Trudeau entre los años 2002-2005. Posteriormente, ganó una Beca de Subespecialidad en Coloproctología en el Hospital Clínico JJ Aguirre, sede Norte, entre los años 2009-2011. Actualmente, se desempeña como docente de la Facultad de Medicina que lo formó alcanzando la jerarquía de Profesor Asistente y paralelamente desde el 2012 es médico staff del Hospital de Carabineros, Clínica Dávila y Vespucio.

Sr. Presidente, el Dr. Villalón forma parte de una nueva generación de coloproctólogos que han realizado una formación académica formal en la especialidad de la Coloproctología, lo que sumado al trabajo por varios años en una unidad dedicada a la especializada, se materializa en este trabajo de ingreso con un marcado sello personal. El Dr. Villalón de este modo cumple con todos los requisitos exigidos por nuestra Sociedad, por lo que es muy grato para mí proponer la incorporación del Dr. Villalón como Miembro Titular de la Sociedad Chilena de Coloproctología.

Dr. Guillermo Bannura Cumsille