



Revista Chilena de Cirugía

ISSN: 0379-3893

editor@cirujanosdechile.cl

Sociedad de Cirujanos de Chile
Chile

INOSTROZA L., GONZALO; GARCÍA M., EDUARDO; YUSSEM R., MARÍA JOSÉ; MARIANGEL P.,
PABLO; YUSSEM R., PÍA; SALAZAR U., ANDREA

Quiste pilonidal abscedado: Tratamiento definitivo en un solo tiempo durante el episodio agudo,
resultados a corto plazo

Revista Chilena de Cirugía, vol. 63, núm. 1, febrero, 2011, pp. 54-58

Sociedad de Cirujanos de Chile
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345531946009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Quiste pilonidal abscedado: Tratamiento definitivo en un solo tiempo durante el episodio agudo, resultados a corto plazo*

Drs. GONZALO INOSTROZA L.¹, EDUARDO GARCÍA M.¹, MARÍA JOSÉ YUSSEM R.²,
PABLO MARIANGEL P.¹, Int. PÍA YUSSEM R.³, Int. ANDREA SALAZAR U.⁴

¹ Servicio de Cirugía Hospital de Los Ángeles, Los Ángeles.

² Servicio de Urgencia Hospital de Los Ángeles, Los Angeles.

³ Interna Universidad San Sebastián, Concepción.

⁴ Interna Universidad de Concepción, Concepción. Chile.

Abstract

Pilonidal cyst abscess: Definitive treatment in a single time during the acute, short-term results

Sacrococgeal Pilonidal disease (EPSC) is a chronic inflammatory disease with intercurrent periods of abscess formation. Habitual behavior is the management in two stages, characterized by drainage and delayed management using different techniques. **Objective:** To show the treatment in a single time (definitive) of the EPSC abscessed with the technique of Mc Fee. **Materials and Methods:** Prospective study. 20 patients with abscessed EPSC were admitted in the Hospital of Los Angeles, between april 2009 - april 2010, who underwent Mc Fee technique as definitive treatment. Average follow up of 197 days. **Results:** Of 20 patients, 11 were females. Average age 28.2 years. BMI 27.5. The average hospital stay was 1.7 days. The average time walk without pain was of 6.6 days. Postoperative pain was low in most subjects. The total healing time was 34.9 days on average. The satisfaction with the scar was high in 90%. **Discussion and Conclusion:** In this study the technique of Mc Fee is presented as an alternative for definitive treatment in a single time. Success in all areas, such pain, postoperative recovery, complications and cosmetic outcome. The follow up must be longer to determine the existence of long term recurrences.

Key words: Pilonidal disease, Mc Fee technic, one stage treatment.

Resumen

La enfermedad pilonidal sacrococcígea (EPSC) es una enfermedad inflamatoria crónica que cursa con períodos intercurrentes de abscedación. La conducta habitual es el manejo en dos tiempos, caracterizado por drenaje y manejo diferido mediante distintas técnicas. **Objetivo:** Mostrar los resultados del tratamiento definitivo en un tiempo en la EPSC abscedada mediante la técnica de Mc Fee. **Materiales y Métodos:** Estudio transversal con recolección prospectiva de datos. 20 pacientes con EPSC abscedada en el Hospital de Los Ángeles, entre abril de 2009 - abril de 2010, sometidos a técnica de Mc Fee como tratamiento definitivo.

*Recibido el 18 de Junio de 2010 y aceptado para publicación el 10 de Agosto de 2010.

Correspondencia: Dr. Gonzalo Inostroza L.
Alameda 351, Dpto 415, Santiago, Chile.
gonzalo.inostroza.levy@gmail.com

Seguimiento promedio de 197 días. **Resultados:** Total 20 pacientes, 11 de sexo femenino. Edad promedio 28,2 años. IMC 27,5. La hospitalización promedio fue de 1,7 días. El tiempo promedio de caminata sin dolor 6,6 días. El dolor postoperatorio fue bajo en la mayoría de los sujetos. El tiempo de curación total 34,9 días promedio. La satisfacción con la cicatriz, alta en 90%. **Discusión y Conclusión:** En este trabajo la técnica de Mc Fee se presenta como una alternativa para el tratamiento definitivo en un solo tiempo mostrando resultados satisfactorios en todos los ámbitos, como son dolor, recuperación posoperatoria, complicaciones y resultado estético. El seguimiento debe prolongarse para determinar la existencia de recidivas.

Palabras clave: Quiste Pilonidal, técnica de Mc Fee, marsupialización, seguimiento.

Introducción

La Enfermedad Pilonidal (EP) es considerada una condición inflamatoria crónica que ocurre en la región sacrococcígena a nivel intergluteo, la cual presenta además períodos intercurrentes de abscedación durante los cuales los individuos afectados ven alterada su calidad de vida en forma sustancial^{1,2}. Se presenta preferentemente en la población blanca¹⁻³, siendo esporádica en otros grupos étnicos (negros o asiáticos), afectando generalmente a individuos jóvenes. En series extranjeras la relación hombre-mujer es cercana a 3:1 mientras que en experiencias nacionales esta relación ha mostrado ser 2:1⁴⁻⁶.

Desde el punto de vista fisiopatológico, existen diversas teorías divididas entre la corriente congénita y la adquirida. Se cree que el proceso inflamatorio crónico se inicia cuando un pelo se incrusta en el seno sacrococcígeo, dando lugar a una reacción a cuerpo extraño y la generación de un granuloma por cuerpo extraño. De esta relación deriva el nombre de la condición (pilo = pelo)³⁻⁶.

En la fase aguda se caracteriza por los elementos clínicos clásicos de la abscedación.

Con respecto al tratamiento de la EP no complicada, existen diversas alternativas entre las cuales se cuentan las técnicas abiertas, resecciones amplias, cierres primarios y rotaciones de colgajos locales, las cuales han mostrado distintas ventajas y desventajas tanto en su período de hospitalización, cuidados postoperatorios, tasa de complicaciones, tiempo de recuperación y en el índice de recidiva, no habiendo total consenso en la alternativa ideal⁵⁻¹¹. En el caso de la EP en etapa aguda complicada con abscedación, el enfoque clásico ha sido el drenaje y curación más antibióticos y resolución diferida del problema de base, para de esta forma realizar la cirugía en un territorio libre de cambios inflamatorios agudos y con menor riesgo de infección.

En el último tiempo se ha planteado la opción de realizar el tratamiento en un tiempo acortando de esta forma los períodos de reposo, la recurrencia de los períodos sintomáticos y la optimización de los recursos sanitarios, pero aún no existe información suficiente que avale esta conducta en forma categórica¹²⁻¹⁴.

Este trabajo tiene por objetivo mostrar la técnica de Mc Fee⁵, técnica semicerrada, que consiste en la resección completa de la cápsula del quiste hasta la fascia, para luego fijar la piel a la fascia sacra, en el tratamiento de la EP Abscedada en el Hospital de Los Ángeles en el período abril de 2009 a abril de 2010.

Material y Método

Estudio trasversal con recolección prospectiva de los datos. Se incluyeron todos los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del Hospital de Los Ángeles con los diagnósticos de Enfermedad Pilonidal Abscedada, Quiste Pilonidal abscedado o Absceso Pilonidal durante el período abril de 2009-abril de 2010.

Todos los pacientes fueron ingresados al Servicio de Cirugía, se les explicó del procedimiento y se procedió a firmar un consentimiento informado. Se les administraron antibióticos (ceftriaxona 1 gr c/12 hrs más metronidazol 500 mgs c/8 hrs), losque se mantuvieron hasta el alta y luego se usó antibióticos orales para completar 14 días (ciprofloxacino 500 c/12 hrs y metronidazol 500 c/8 hrs).

La intervención se realizó en el rango de 2 hrs a 12 hrs post ingreso. Una vez en pabellón los pacientes fueron sometidos a anestesia raquídea y luego puestos en posición de navaja sevillana con tela adhesiva para separar los glúteos.

Se realizó en primera instancia drenaje de la colección abscedada. Mediante una incisión amplia se drenó el contenido purulento. Se lavó con abundante solución fisiológica y luego se realizó cambio de campos operatorios. Una vez terminado este procedimiento se tiñe con azul de metileno la cavidad y se procede a la resección del quiste en su totalidad hasta la fascia sacra. Se envía a biopsia lenta el quiste. Se realiza hemostasia y aseo. Se fija la piel con puntos de Vicryl 1 a la fascia sacra (Figura 1).

No se utilizó opioides en ningún paciente y la analgesia intrahospitalaria fue en base a Metamizol iv y Paracetamol oral.

A todos los pacientes se les aplicó la escala de evaluación análoga (EVA) de dolor a las 24 hrs, 48



Figura 1. Operación de McFee terminada.

Tabla 1. EVA del dolor de los pacientes desde el preoperatorio hasta las 72 hrs del postoperatorio

Paciente	EVA inicial	EVA 1	EVA 2	EVA 3
1	8	3	3	2
2	8	2	3	2
3	6	3	3	2
4	7	2	2	1
5	9	1	1	0
6	5	2	1	1
7	6	1	1	0
8	7	1	1	0
9	5	2	2	1
10	8	1	1	1
11	7	1	1	0
12	7	1	1	0
13	9	1	1	0
14	6	1	1	1
15	6	3	2	2
16	7	1	1	1
17	7	1	1	1
18	8	1	1	0
19	6	2	1	1
20	8	1	1	1
	7	1,55	1,45	0,85

hrs y 72 hrs postoperatorias, así como también se consignó el tiempo necesario para caminar sin dolor. Nuevos controles a los 14 días y 2 meses.

Se identificaron variables epidemiológicas: EVA preoperatoria, y al 1°, 2°, 3° día postoperatorios, estado evolutivo de la herida operatoria, tiempo de curación total, molestias alejadas, tiempo para caminar sin dolor y satisfacción con la cicatriz (evaluación subjetiva: alta, buena, baja, mala).

Resultados

En el período del estudio se ingresaron 20 pacientes con el diagnóstico de EP abscedada a los que se les practicó la técnica de Mc Fee en el período abril de 2009 a abril de 2010. De éstos, 12 pacientes (60%) habían presentado en algún momento al menos un episodio previo de abscedación del Quiste Pilonidal. 11 pacientes mujeres y 9 hombres. Edad promedio 28,2 años, IMC 27,5. El período previo a la consulta fue de 2,1 días promedio (0,88 días DE), con rango de 1 a 4 días. El motivo de consulta más frecuente fue el dolor (60%), fiebre (20%) y aumento de volumen y/o secreción en el 20% restante.

El EVA de dolor promedio al momento de la consulta fue 7. Los registros de EVA a las 24, 48, 72 hrs se exponen en la Tabla 1.

La estadía de hospitalización promedio fue de 1,7 días. El tiempo promedio para caminar sin dolor



Figura 2. Cicatriz a los 28 días.

fue 6,6 días (2,76 días DE). Dos pacientes (10%) presentaron como complicación exudación serosa persistente (3 semanas de duración), que fue manejada con curaciones frecuentes.

El tiempo de curación total fue de 34,9 días promedio (6,44 días DE), con rango 28-50 días.

La satisfacción con la cicatriz fue alta en 90% de los pacientes y buena en el restante 10% (Figura 2).

El tiempo de seguimiento promedio fue de 197,1 días, con rango de 44 a 355 días.

No se encontraron recidivas en el período estudiado.

Discusión

La enfermedad pilonidal es una condición que se presenta generalmente en pacientes jóvenes y con un predominio en hombres según las series internacionales^{1,2}. En nuestro trabajo coincidimos en que la población joven es la más afectada, con un promedio de edad de 28,2 años, pero con un leve predominio femenino, lo cual ya había sido observado por otros grupos chilenos. La consulta fue precoz en la mayoría de los pacientes, con un rango de 1 a 4 días (1,7 promedio), lo que se condice con una condición que trae consigo molestias muy intensas, siendo el dolor el motivo de consulta en el 60% de los pacientes.

La EP es una entidad compleja en la cual aún no se ha dilucidado totalmente ni su etiología ni el tratamiento ideal, cuyas características serían, ser una técnica simple y repetible, que produjera el menor dolor, con hospitalización corta y con una baja tasa de recidiva. Aun cuando existen varias alternativas, ninguna ha logrado estos resultados en forma óptima⁸⁻¹⁰.

Frente a la EP abscedada, aparece la opción del tratamiento convencional diferido y recientemente la corriente del tratamiento definitivo en un tiempo⁸. A favor del manejo diferido está la rapidez con que el paciente es sacado de su estado de urgencia, con el inconveniente que el problema de base queda sin solución, con el riesgo de cursar con nuevos períodos sintomáticos y nuevas consultas de urgencia. Así también condiciona la necesidad de una nueva consulta al especialista, de una nueva oportunidad de hospitalización, ambos recursos difíciles de contar en nuestro sistema de salud público. Por otro lado, el tratamiento definitivo necesita de un procedimiento quirúrgico más complejo que no siempre es de conocimiento del cirujano general que se desempeña en el servicio de urgencia. Además existe reticencia de llevar a cabo un procedimiento definitivo en un terreno infectado. Como beneficio el paciente ingresa con un problema de salud y es dado de alta con su afección resuelta, trayendo consigo menores tiempos de recuperación y costos al sistema.

La técnica semicerrada de Mc Fee ha demostrado ser una buena alternativa en el tratamiento electivo de la EP, pero no existe información acerca de su uso en el tratamiento de urgencia de la EP abscedada^{8,9}. Al realizar nuestro estudio pudimos determinar que, al menos en nuestra serie, esta ha resultado ser una técnica factible, rápida, con escasas complicaciones, poco dolor postoperatorio y un retorno al trabajo en un tiempo comparable con los tratamientos electivos clásicos publicados en la literatura^{13,14,16,17}.

El tiempo de curación definitivo fue similar a lo encontrado en el tratamiento electivo, siendo incluso menor que en técnicas quirúrgicas menos agresivas como el destechamiento y marzupialización¹⁸.

Desde el punto de vista estético esta técnica presenta varias ventajas con respecto a colgajos locales ya que la cicatriz obtenida es lineal, no distorsiona la anatomía sacro-glútea y en nuestra experiencia se acompañó de una buena satisfacción por parte de los pacientes.

Conclusión

En nuestro trabajo se muestra a la técnica de Mc Fee como una alternativa válida para el tratamiento en un tiempo de la EPSC abscedada, teniendo la ventaja de dar una solución definitiva a un problema que provoca gran malestar a quienes lo padecen y a su vez lleva a múltiples consultas en los servicios de urgencia. Aun cuando nuestra serie es pequeña y el seguimiento de los pacientes aún es corto como para determinar la recidiva a largo plazo, es interesante como propuesta al manejo convencional en dos tiempos.

Referencias

- Allen-Mersh TG. Pilonidal sinus: finding the right tract for treatment. Br J Surg. 1990;77:123-32.
- Da Silva JH. Pilonidal cyst. Cause and treatment. Dis Colon Rectum. 2000;43:1146-56.
- Chintapatla S, Safarini N, Kumar S, Haboubi. Sacrococcygeal pilonidal sinus: historical review, pathological insight and surgical options. Tech Coloproctol. 2003;7:3-8.
- Jarufe N, Bannura G, Contreras J, Saxton F, Marró P. Enfermedad pilonidal crónica sacrococcígea. Rev Chil Cir. 1999;51:66-71.
- Larach A, Rosales W. El tratamiento de los quistes sacrococcígeos por la técnica de McFee. Resumen 2º Congreso ALAP 1996;537.
- Bannura G. ¿Cuál es el tratamiento de elección de la enfermedad pilonidal sacrococcígea? Rev Chil Cir. 2003;55:92-6.

7. Casberg MA. Infected pilonidal cysts and sinuses. Bull US Army Med Dept. 1949;9:493-6.
8. Petersen S, Koch R, Stelzner S, Wendlant T-H, Ludwig K. Primary closure techniques in chronic pilonidal sinus. A survey of the results of different surgical approaches. Dis Colon Rectum 2002;45: 1458-67.
9. Allen-Mersh TG. Pilonidal sinus: finding the right tract for treatment. Br J Surg. 1990;77:123-32.
10. Senapati A, Cripps NPJ, Thompson MR. Bascom's operation in the day-surgical management of symptomatic pilonidal sinus. Br J Surg. 2000;87:1067-70.
11. Hull TL, Wu J. Pilonidal disease. Surg Clin North Am. 2002;82:1169-85.
12. Eryilmaz R, Sahin M, Alimoğlu O, Kaya B. The comparison of incision and drainage with skin excision and curettage in the treatment of acute pilonidal abscess. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2003;9:120-3.
13. Vogel P, Lenz J. Treatment of pilonidal sinus with excision and primary suture using a local, resorbable antibiotic carrier. Results of a prospective randomized study. Chirurg. 1992;63:748-53.
14. Hosseini SV, Bananzadeh AM, Rivaz M, Sabet B, Mo-sallae M, Pourahmad S, et al. The comparison between drainage, delayed excision and primary closure with excision and secondary healing in management of pilonidal abscess. Int J Surg. 2006;4:228-31.
15. Silva JH. Pilonidal cyst: cause and treatment. Dis Colon Rectum 2000;43:1146-56.
16. Sondena K, Nesvik I, Andersen E, Soreide JA. Recurrent pilonidal sinus after excision with dosed or open treatment: final result of a randomised trial. Eur J Surg. 1996;162:237-40.
17. Spivak IT, Brooks VL, Nussbaum M, Friedman I. Treatment of chronic pilonidal disease. Dis Colon Rectum 1996;39:1136-9.
18. Karakayali F, Karagulle 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.