



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
“DR. ANTONIO FRAGA MOURET” CMN LA RAZA**

***“TASA DE ÉXITO Y RECURRENCIA EN EL MANEJO
QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD PILONIDAL EN UN
PERIODO DE 2017 A 2021 EN UN HOSPITAL DE TERCER
NIVEL”***

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:

COLOPROCTOLOGIA

PRESENTA:

DR. ESPINOZA GÓMEZ DIEGO ABRAHAM

ASESOR:

DR. PICHARDO FARFÁN MIGUEL ÁNGEL

CIUDAD DE MÉXICO

2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Dr. Ceniceros Rodrigo Alberto

Titular del curso Universitario de Cirugía de Colon y Recto



Dr. Pichardo Farfán Miguel Ángel

Asesor/ Profesor adjunto



Dr. Espinoza Gómez Diego Abraham

Residente de Segundo año de Cirugía de Colon y Recto

No protocolo.- R-2022-3501-075

INDICE

I. RESUMEN..... 4

II. INTRODUCCION..... 6

III. RESULTADOS 12

IV. DISCUSION..... 17

V. CONCLUSION 19

VI. BIBLIOGRAFIA 20

VII. ANEXOS 23

I. RESUMEN

Título: “Tasa de éxito y recurrencia de la enfermedad pilonidal en un hospital de tercer nivel”. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo en un periodo de 5 años del año 2017 al 2021, se recolecto información de 25 pacientes atendidos en el Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza. Se analizaron las variables: Edad, sexo, comorbilidades, tiempo evolución hasta que se buscó atención médica, antecedente de tratamiento quirúrgico de la enfermedad pilonidal, tipo de cirugía realizado, morbilidad, recurrencia, tiempo de recuperación hasta incorporarse a actividades cotidianas. Análisis estadístico: estadística descriptiva. **Resultados:** Se analizaron 25 pacientes, 44% fueron mujeres, 56% hombres, rangos de edad de 18 a 62 años con promedio de 30.36, tiempo de evolución de 3 a 120 semanas con promedio de 30.36, 44% recibieron tratamiento quirúrgico previo. Comórbidos: obesidad 48% que supone un riesgo relativo de 1.6 para recidiva y 1.4 para morbilidad, hirsutismo 16%, hipertensión 12%, diabetes mellitus 14%. Las cirugías realizadas fueron Colgajo de Limberg 48% con tasa de éxito del 100%, recurrencia 0%, Colgajo de Karidaky con tasa de éxito del 100%, Resección del quiste con herida cerrada , éxito 100%, resección de quiste con herida abierta tasa de éxito del 80%. **Conclusiones:** el manejo quirúrgico de la enfermedad pilonidal realizado en esta unidad tiene similares tasas de éxito y recurrencia comparados con lo reportado en la literatura.

Palabras clave: Enfermedad pilonidal, seno pilonidal, quiste pilonidal, Colgajo de Limberg, Colgajo de Karidaky.

SUMMARY

Title: "Success rate and recurrence of pilonidal disease in a third level hospital". **Material and methods:** Retrospective, cross-sectional, descriptive study in a period of 5 years from 2017 to 2021, information was collected from 25 patients treated at the La Raza National Medical Center Specialty Hospital. The variables were analyzed: Age, sex, comorbidities, evolution time until medical attention was sought, history of surgical treatment of pilonidal disease, type of surgery performed, morbidity, recurrence, recovery time until joining daily activities, Statistical analysis: Descriptive statistics. **Results:** 25 patients were analyzed, 44% were women, 56% men, age ranges from 18 to 62 years with a mean of 30.36, evolution time from 3 to 120 weeks with a mean of 30.36 to seek medical attention, 44% received prior surgical treatment. Comorbidities: obesity 48%, which represents a relative risk of 1.6 for recurrence and 1.4 for morbidity, hirsutism 16%, hypertension 12%, diabetes mellitus 14%. The surgeries performed were Limberg flap 48% with a success rate of 100%, recurrence 0%, Karidaky flap with a success rate of 100%, Cyst resection with closed wound, success 100%, cyst resection with open wound rate 80% success rate. **Conclusions:** Surgical management of pilonidal disease performed in this unit has similar rates of success and recurrence compared to what is reported in the literature.

Keywords: Pilonidal disease, pilonidal sinus, pilonidal cyst, Limberg flap, Karidaky flap.

II. INTRODUCCION

La enfermedad pilonidal es una entidad infecciosa que se origina en la hendidura natal o sacro-coccígea o hendidura glútea. ^(1, 2,3) Esta se presenta como dos espectros: asintomática (inactiva) o un proceso infeccioso purulento (activa). ^(2,3) Fue descrita por primera vez por el Dr. Abraham Wendell Anderson, en 1847 en una carta al editor de *Boston Medical Surgical Journal*, al encontrar una “llaga escrufulosa” con una fistula cerca del coxis, con una cavidad en la que se contenía un cabello finamente apelmazado, curándose dicha lesión al extraer dicho cabello. Posteriormente se denominó “Seno pilonidal” por el Dr. Richard M. Hodges en 1880, con la creencia de que se originaba por la unión anormal del tejido conectivo en la línea media. ⁽³⁾ En la Segunda Guerra Mundial fue llamada como la enfermedad del Jeep debido al aumento y reactivación de la enfermedad quiescente en soldados conductores de tanques, jeeps, camiones, etc. Posteriormente quiste y al no cumplir las características del mismo el termino entro en desuso quedando como enfermedad pilonidal. ⁽¹⁾

La etiología ha sido controversial a lo largo de la historia, proponiendo múltiples teorías: condición genética con infección sobreagregada, infección inicial con afección secundaria por inclusión de pelo y detritus, cierre congénito anormal obliterado del conducto neural, crecimiento epitelial hacia abajo, infección de cabello roto, o como lo propuso el Dr. W. H. Palmer en 1959 un estiramiento de la piel durante la adolescencia como parte del crecimiento glúteo, que provoca el estiramiento de los poros en sentido caudal y lateral más la inclusión de material (pelo, pelusa, detritus, materia fecal) en el mismo, provocando la patología. ⁽⁵⁾ La teoría más aceptada es que se trata de una patología adquirida, causada por una combinación entre el trauma cutáneo sobre los folículos pilosos provocando una reacción granulomatosa a un cuerpo extraño formando los senos pilonidales; dados por 3 factores predisponentes: 1) pelo suelto (invasor), 2) fuerza que incrusta el pelo y 3) vulnerabilidad de la piel a reaccionar a cuerpo extraño, además de factores de riesgo como obesidad, hirsutismo, falta de higiene, largos períodos de tiempo sentado, sudoración excesiva, anatomía profunda de la hendidura natal y antecedentes familiares. ^(2, 5, 6)

La incidencia real es desconocida debido a la falta de búsqueda de atención médica, sobre todo en pacientes con patología inactiva. En Estados Unidos se estima una incidencia anual de 70,000 casos, en algunas revisiones internacionales, de 26 personas por cada 100,000 habitantes, principalmente en hombres de la segunda o tercera década de la vida (2, 7, 8, 9, 10)

El diagnóstico es meramente clínico: durante el brote agudo (absceso) por la sintomatología característica: aumento de volumen del área sacra o canal natal, salida de material purulento por la línea media o paramedia, dolor, hipertermia, hiperemia, zona fluctuante, induración, sangrado ocasional. (1, 2, 3, 10) Ocasionalmente se puede llegar a confundir con un absceso perianal cuando el orificio de salida se encuentra caudal o cerca del margen anal, hasta en un 7% de los casos. (1) Durante el periodo asintomático (inactiva) se puede encontrar los orificios de salida del seno, único o múltiples, en la línea media o paramedia del canal natal con la presencia o no de pelo, detritus de piel sin datos de inflamación. (1, 2, 10) Se puede presentar en conjunto con otras patologías como condilomas en pacientes portadores de VIH y carcinoma de células escamosas, muy raro, reportado un caso en el hospital Juárez de México, o encontrar complicaciones como fascitis necrotizante, osteomielitis, meningitis y choque secundario a sepsis. (3, 11)

Una vez hecho el diagnóstico, el tratamiento se orienta según la fase en que se encuentre. Durante proceso infeccioso se debe realizar el drenaje del absceso con la intención de resección del seno pilonidal, manejo antibiótico, aunque en algunas revisiones solo se recomienda en casos especiales como inmunodepresión, pacientes portadores de válvulas cardíacas, datos clínicos de celulitis, sepsis o choque (1, 2, 3, 10, 23).

El objetivo del tratamiento es evitar la recurrencia, por lo que de forma complementaria se sugiere la eliminación del vello de la región sacra y hendidura glútea, semanalmente con terapia laser demostrando disminución de la recurrencia a menos de 13% (10, 12, 24) con una tasa de curación a largo plazo del 44 al 100%. (10)

Se han descrito múltiples procedimientos para tratar esta entidad, algunos “no quirúrgicos” como la aplicación de fenol cristalizado de 1 a 4 sesiones previa preparación del área (depilación, drenaje y curetaje en caso de absceso, anestesia local, protección de la piel), el cual al entrar en contacto con el calor corporal adapta un estado

líquido, causando una quemadura caustica y desnaturalización del vello causante de la patología, con una tasa de éxito del 67 al 100% con recurrencia del 20%, complicaciones de menos del 15%, no disponible en todos los hospitales. (1, 2, 10, 13)

La aplicación de pegamento de fibrina, también catalogado como “no quirúrgico” se debe realizar en pacientes sin datos de infección, con tasa de éxito de 96%, recurrencia del 0-17% hasta el 27%, ya sea de manera individual o como terapia combinada con algún otro procedimiento quirúrgico con un aumento significativo en las complicaciones quirúrgicas (2,10) sin embargo se ha demostrado falta de evidencia de alta calidad en el uso de esta estrategia terapéutica por lo que aún es controversial. (10,14)

Una vez que se decide el tratamiento quirúrgico, se debe tomar en cuenta los múltiples procedimientos descritos.

La Incisión y drenaje del absceso se indica cuando se encuentran datos de celulitis y absceso, se debe realizar en línea paramedia para evitar retraso en la cicatrización, realizando un destechamiento del absceso. Se debe evitar el cierre primario o prematuro de la piel para disminuir la recurrencia. Se describe una tasa de éxito de 60% con recurrencia del 14 al 40%, disminuyendo hasta el 4.5% si se realiza desbridación del tejido afectado. (1, 2, 10)

La resección quirúrgica es el tratamiento estándar para el quiste pilonidal, dividido en resección quirúrgica con cierre primario herida que incluye a los colgajos, o resección con cierre de herida por segunda intención. Durante una revisión de la literatura se describe que el cierre primario está asociado a disminución de la estancia intrahospitalaria menos dolor y recuperación más rápida, exceptuando el cierre por línea media, reportando una tasa de recurrencia del 8.7%, en comparación con el 5.3% en caso de cierre por segunda intención siempre y cuando el cierre sea fuera de la línea media, mejorando estas cifras con el uso de drenajes y presión negativa. (10, 15, 16)

Dentro de los procedimientos quirúrgicos, se describen la realización de colgajos con la intención de cubrir con tejido sano el área afectada. El colgajo de Limberg (romboidal) es un colgajo lipocutaneo el cual se realiza para aplanar la hendidura interglutea y cubrir de tejido sano el área afectada con la resección del seno y los conductos con una tasa de recurrencia del 0-6%, e infección de herida del 0-6%, el cual se puede disminuir con la colocación de un drenaje de presión negativa. (10, 16, 17, 25, 26)

El colgajo de Karidaky consiste en extirpar el tejido afectado de forma elíptica y extirpando el tejido afectado hasta la fascia sacra, se levanta un colgajo de piel y tejido subcutáneo en el lado opuesto de la línea media el cual se avanza sobre el lecho de resección cerrando la piel en capas, ayudado de un vendaje compresivo. Se describe una tasa de recurrencia menor al 1.6 al 6%, con un promedio de 2% y una tasa de complicaciones sobre la herida quirúrgica del 6%, y en algunos estudios de hasta el 20%. (10, 16, 26)

Existen otros tipos de colgajos con tasa de éxito menor y una morbilidad mayor: la Z plastia se reporta un pequeño porcentaje o nulo de recurrencia con complicaciones de la herida entre 5 y 12.5%, (18, 26) colgajo de Bascom (Cleft lift) en el cual se reporta éxito del 90% con riesgo de morbilidad del 20-40%. (2, 10, 16, 26)

Existen otras alternativas de mínima invasión: ablación endoscópica video asistida (VAAPS) con una recurrencia de 3 y 8%, con tasa de éxito del 77%. (2, 10, 16) Ablación con láser con tasa de éxito del 85-90% y recurrencia 2% (2,16) asociado a una tasa mayor de fracaso si existen múltiples trayectos fistulosos (recurrencias del 24.1%) con curación del 69%. (19) Resección endoscópico del seno pilonidal (EPSiT) con una tasa de éxito del 95% con una recurrencia del 5.1% aumentando la tasa hasta un 23% en un lapso posterior a 5 años con tasa de fallo primario del 4%. (16, 20) La técnica de trepanación, que consiste en Resección dirigida de los conductos con trépanos de piel de Keyes, legrado de los conductos con legras para hueso, dejando las heridas abiertas con o sin vendaje compresivo, reporta una tasa de curación del 89.7% recurrencia del 16.2% y una tasa de complicaciones menor a 5% (2, 21)

Una vez establecido el tratamiento quirúrgico primario para la elección del procedimiento es importante tomar en cuenta, además de los porcentajes propios de cada procedimiento de éxito, falla y recurrencia, la existen otros factores de riesgo como la adolescencia, el número de senos, el diámetro de la cavidad. En caso de que se encuentre una recurrencia (aparición de la patología después de un periodo de libertad con cicatrización adecuada) se debe ofrecer un manejo enfocado en eliminar los factores predisponentes ya citados y buscar intencionadamente otros como EEI, neoplasias cutáneas o estados de inmunosupresión y ofrecer un tratamiento como si se tratara de una enfermedad de novo. (2, 10, 16, 20)

MATERIAL Y METODOS

Estudio: Retrospectivo, transversal, descriptivo, observacional, abierto, analítico estudio de serie de casos

Periodo

Del año 2017 al 2021.

Universo de estudio:

Todos los pacientes con diagnóstico de Enfermedad pilonidal a los que se dio manejo quirúrgico por el servicio de Cirugía de Colon y Recto del Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional La Raza.

Criterios de inclusión:

Pacientes masculinos y femeninos que cursaron con diagnóstico de enfermedad pilonidal a quien se les dio manejo quirúrgico, captados por el servicio de Coloproctología del H. de Especialidades CMN La Raza

Pacientes en un rango de edad de los 18 a los 90 años de edad.

Pacientes derechohabientes manejados por el servicio de Cirugía de Colon y Recto del Hospital de Especialidades en el periodo establecido.

Criterios de exclusión:

Pacientes en quien no se realizó tratamiento quirúrgico.

Criterios de eliminación

Pacientes que seleccionados en que se detectó expediente incompleto sin evolución, sin seguimiento y sin técnica quirúrgica utilizada

Recolección de datos

Se identificaron los pacientes con diagnóstico de Enfermedad pilonidal del registro de censos de jefatura del servicio Cirugía Colon y Recto del HECMNR, se recabaron los expedientes clínicos tanto físicos como electrónicos; se recabo información a través de una hoja de cálculo que incluyo: edad, género, sintomatología, comorbilidades, estudios de gabinete, procedimiento quirúrgico realizado, hallazgos quirúrgicos, complicaciones

Análisis estadístico

Se realizó una base de datos en formato electrónico por medio de hoja de cálculo de Excel y se utilizó el programa SPSS para el análisis. Se realizó el análisis estadístico de tipo descriptivo para variables cualitativas y cuantitativas. Se realizó un análisis con tablas cruzadas para identificar la correlación entre las distintas variables y la asociación con los factores de riesgo y la morbilidad.

III. RESULTADOS

De acuerdo al resultado de la muestra representativa se buscaron intencionadamente 25 casos en con diagnóstico de Enfermedad pilonidal que fueron tratados de manera quirúrgica, previo a ello se excluyeron 3 pacientes que no cumplían con los criterios de inclusión al no contar seguimiento adecuado y se eliminaron 2 pacientes sin record quirúrgico ni expediente clínico completo. Mediante el apoyo estadístico SPSS v.20, se encontraron los siguientes resultados: Del total de pacientes 56% fueron hombres y 44% mujeres (tabla 1 y 2), con una edad que comprende de los 18 años a los 67 años, con una media de 30.88 años y una moda de 28 años.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
M	11	44.0
H	14	56.0
Total	25	100.0

Tabla 1

Edad		
	Frecuencia	Porcentaje
18	2	8.0
19	2	8.0
20	2	8.0
22	1	4.0
23	2	8.0
27	3	12.0
28	4	16.0
30	1	4.0
32	1	4.0
37	2	8.0
38	1	4.0
48	1	4.0
52	1	4.0
55	1	4.0
68	1	4.0
Total	25	100.0

Tabla 2

Se identifica que el tiempo de evolución del padecimiento hasta que se buscó atención fue de un mínimo de 3 semanas a un máximo de 120 con una media de 30.36 semanas. Comprendiendo periodos de intermitencia de 0 a 6 con una media de 2.64 veces hasta recibir atención médica. De estos pacientes se encontró 11 recibieron tratamiento previo

de los cuales a 7 se les realizó drenaje y a 4 un procedimiento quirúrgico. Por lo que se encontró pacientes con recurrencia previa de 44 %.

Dentro de las comorbilidades se encontraron 21 pacientes positivos y 4 negativos (tabla 3) de los cuales 3 (12%) pacientes con hipertensión arterial, 3 (12%) pacientes con Diabetes mellitus tipo II, 12 (48%) pacientes con obesidad, 4 (16%) pacientes con hirsutismo una paciente (4%) con síndrome de ovario poliquístico, con un riesgo relativo para presentar morbilidad de 1.66 al padecer obesidad, con un riesgo relativo para recidiva por factor de obesidad del 1.4.

Tabla 3

COMORBILIDADES		
	Frecuencia	Porcentaje
NO	4	16.0
SI	21	84.0
Total	25	100.0

De los procedimientos realizados se encontró que el más frecuente es el colgajo de Limberg con un total de 12 (48%) seguido de la resección de quiste con manejo de herida abierta 7 (28%) y resección de quiste con cierre de herida primario 4(16%) (Tabla 4).

Cirugía realizada				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
COLGAJO DE KARIDAKY	1	4.0	4.0	4.0
COLGAJO DE LIMBERG	12	48.0	48.0	52.0
DESTECHAMIENTO + LAVADO + DRENAJE +	1	4.0	4.0	56.0

HERIDA ABIERTA				
RESECCION DE QUISTE + CIERRE DE HERIDA PRIMARIO	4	16.0	16.0	72.0
RESECCION DE QUISTE + HERIDA ABIERTA	7	28.0	28.0	100.0
Total	25	100.0	100.0	

Tabla 4

De las cirugías realizadas se aprecia que las únicas que cursaron con recidiva fue la resección de quiste con herida abierta en un solo caso (14%), así como el destechamiento del quiste (100%) (Tabla 5).

Tabla cruzada					
Recuento		Recurrencia de enfermedad pilonidal		Total	
		NO	SI		
Cirugía realizada	RESECCION DE QUISTE + HERIA ABIERTA	6	1	7	
	COLGAJO DE LIMBERG	12	0	12	
	RESECCION DE QUISTE + CIERRE DE HERIDA	4	0	4	
	COLGAJO DE KARIDAKY	1	0	1	
	DESTECHAMIENTO + LAVADO + DRENAJE + HERIDA ABIERTA	0	1	1	
Total	23	2	25		

Tabla

5

El tiempo de recuperación promedio en general se calcula en 12.12 semanas, un mínimo de 4 y máximo de 24 (tabla 6), el cual se desglosa en la tabla 7 por procedimiento, encontrando un tiempo mayor de recuperación para los procedimientos con herida abierta o dehiscencia grande.

Estadísticos		
Tiempo de recuperación (incorporarse a actividades laborales) (semanas)		
N	Válido	25
	Perdidos	0
Media		12.12
Mediana		12.00
Mínimo		4
Máximo		24

Tabla 6

Recuento		Tabla cruzada													
		Tiempo de recuperación (incorporarse a actividades laborales) (semanas)													
		4	5	6	8	10	12	14	15	16	17	18	20	24	
Grupo evaluado	RESECCION DE QUISTE + HERIDA ABIERTA	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	2	1	0	
	COLGAJO DE LIMBERG	2	1	3	2	1	0	0	0	2	0	0	1	0	
	RESECCION DE QUISTE + CIERRE DE HERIDA	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	
	COLGAJO DE KARIDAKY	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	
	DESTECHEAMIENTO + LAVADO + DRENAJE + HERIDA ABIERTA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
Total		2	1	3	3	2	2	1	1	3	1	2	2	1	

Tabla 7

De igual modo que el tiempo de recuperación es mayor para los procedimientos que cursaron con herida abierta o dehiscencia mayor, el número de consultas posterior al egreso hospitalario es mayor. (Tabla 8) La tasa de éxito por procedimiento (resolución del padecimiento sin recidiva) es del 100% para el colgajo de Limberg, así como para el colgajo de karidaky y la resección del quiste con cierre de herida.

	Número de consultas posterior a egreso hospitalario							Total
	3	4	5	6	7	8	9	
RESECCION DE QUISTE + HERIA ABIERTA	1	1	1	2	1	0	1	7
COLGAJO DE LIMBERG	8	1	0	1	1	1	0	12
RESECCION DE QUISTE + CIERRE DE HERIDA	0	1	1	0	1	1	0	4
COLGAJO DE KARIDAKY	0	1	0	0	0	0	0	1
DESTECHA MIENTO + LAVADO + DRENAJE + HERIDA ABIERTA	0	0	0	1	0	0	0	1
Total	9	4	2	4	3	2	1	25

Tabla 8

IV. DISCUSION

En el periodo de 2017 a 2021 se atendieron 25 pacientes con diagnóstico de Enfermedad pilonidal acorde a una muestra representativa. Dentro de las comorbilidades más frecuentes encontradas se reporta la obesidad con un 48%, seguido de hirsutismo 16% como factores predisponentes asociados a la presentación de esta patología, recurrencia y factores de riesgos asociados para presentar complicaciones postquirúrgicas. ^(1, 2,5) Similar a la literatura internacional se encontró un mayor pico de presentación entre la segunda y tercera década de la vida y la asociación a periodos largos desde la aparición de los síntomas hasta que se llevó a cabo el tratamiento quirúrgico con una media de 30.36 semanas y en los cuales previamente se había realizado algún manejo quirúrgico fuera de la unidad como destechamiento y drenaje, es decir que cursaban con una recidiva al momento de la valoración y previo a la intervención por nuestro servicio, con un porcentaje de 44 % . ^(3, 4,5)

Se encontró que los pacientes que fueron atendidos en la población de nuestro hospital tubo una tasa de éxito similar a la literatura internacional por tipo de procedimiento, encontrando una tasa de éxito para el colgajo romboidal de Limberg del 100%, recurrencia del 0%, el cual consiste dibujar o marcar un rombo con una medida aproximada de 6-8 cm por cada cara, con una extensión lateral en forma de “L” para lograr una resección completa de la lesión abarcando márgenes con tejido sano y con borde profundo hasta la fascia sacra posterior para posteriormente realizar una rotación del colgajo. Previo al cierre de herida se coloca un drenaje cerrado, con cierre de herida por planos con sutura absorbible 3-0 para tejido celular subcutáneo y sutura monofilamento no absorbible 2-0 para piel cuidando la adecuada hermeticidad para el adecuado funcionamiento del colgajo, de manera preferente puntos sarnoff. ^(14,15,16)

El colgajo de Karidaky se encontró con tasa del 100% de éxito y recurrencia del 0% aunque sin significancia estadística por solo haber reportado un solo caso; el cual consiste en resecar el tejido afectado en la línea media, dejando un defecto elíptico, se crea un colgajo de piel biselado y se moviliza a lo largo de la línea media para facilitar un cierre primario lateral a la línea media fijando el colgajo a la fascia sacra con sutura de absorción lenta 3-0 y dando varios puntos en capa, cierre de la piel con sutura no

absorbible monofilamento 2-0 o 3-0 por preferencia del cirujano; siendo preferible al cierre primario simple de la línea media porque se disminuye la tensión y se disminuye la morbilidad. (14, 15, 16)

Se encontró una tasa de éxito del 100% para la resección de quiste con cierre primario de herida, el cual consiste en resección en bloque de la herida confeccionando un huso con cierre de herida por planos de forma simple (sin realizar colgajo) con sutura absorbible 2-0 para tejido celular subcutáneo y sutura no absorbible monofilamento para piel. Sin embargo se encontró una tasa de complicación del 100% al presentar dehiscencia total de la herida, con una recurrencia del 0%, lo anterior esperado por la tensión importante en la zona de la sutura así como que no se evade la línea media. Para la resección del quiste con manejo de herida abierta del 80% con una recurrencia del 25% el cual consiste solo en la resección en bloque de la lesión con o sin marzupialización de los bordes quirúrgicos. (10,14, 15, 16)

De todos nuestros pacientes se sugirió de manera complementaria realizar una remoción del vello del área sacra, preferentemente con terapia laser o con navajas convencionales hasta la cicatrización total de la herida, preferentemente de por vida para evitar las recidivas futuras así como eliminar los factores de riesgo como la obesidad principalmente, y orientados a la etiología corrección de factores predisponentes con el sedentarismo y la sedestacion prolongada. (1,2,10)

V. CONCLUSION

En el estudio realizado se encuentra que la tasa de éxito y recurrencia por procedimiento realizado en el H. de Especialidades CMN la raza para el manejo quirúrgico de la enfermedad pilonidal es similar al de la literatura internacional. Así mismo se aprecia que el manejo quirúrgico adecuado para reducir el tiempo de recuperación de un paciente, con una tasa baja o nula de recurrencia es el colgajo de Limberg, siendo el más utilizado en la unidad. Uno de los objetivos de este protocolo además de comparar los distintos procedimientos quirúrgicos es iniciar la pauta para seguir evaluándolos, en un futuro, con los procedimientos novedosos de mínima invasión, terapia laser, etc. Una vez que se introduzcan en la práctica de esta unidad con la intención de optimizar el tratamiento al procedimiento con mejor tasa de éxito, menor tasa de recidiva y tiempo de recuperación más rápido y posteriormente elaborar una guía de manejo propia tanto de la institución como nacional.

VI. BIBLIOGRAFIA

1. Gordon, P.H., & Nivatvongs, S. (2007). Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum, and Anus (3rd ed.). CRC Press. <https://doi.org/10.3109/9781420017991>
2. Anuradha R. Bhama and Bradley R. Davis. Pilonidal Disease and Hidradenitis Suppurativa The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery, 3rd ed. Steele SR et al. (eds.). Springer International Publishing, New York, 2016: 215-244
3. Julia Zakhaleva and Marvin L. Corman, Cutaneous Conditions, Corman ML. Colon & rectal surgery. 6th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business, 2013.
4. Palmer, W. H. M.D.1 Pilonidal disease, Diseases of the Colon & Rectum: May 1959 - Volume 2 - Issue 3 - p 303-307 doi: 10.1007/BF02616896
5. Hull TL, Wu J. Pilonidal disease. Surg Clin North Am. 2002 Dec;82(6):1169-85. doi: 10.1016/s0039-6109(02)00062-2. PMID: 12516846.
6. Khanna A, Rombeau JL. Pilonidal disease. Clin Colon Rectal Surg. 2011. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1272823>.
7. Bolandparvaz S, Moghadam Dizaj P, Salehi R, Paydar S, Bananzadeh M, Abbasi HR, Eshraghian A. Evaluation of the risk factors of pilonidal sinus: a single center experience. Turk J Gastroenterol. 2012;23(5):535-7. doi: 10.4318/tjg.2012.0381. PMID: 23161298.
8. Armed Forces Health Surveillance Center (AFHSC). Pilonidal cysts, active component, U.S. Armed Forces, 2000-2012. MSMR. 2013 Dec;20(12):8-11. PMID: 24428537.
9. Yildiz T, Elmas B, Yucak A, Turgut HT, Ilce Z. Risk Factors for Pilonidal Sinus Disease in Teenagers. Indian J Pediatr. 2017 Feb;84(2):134-138. doi: 10.1007/s12098-016-2180-5. Epub 2016 Jun 15. PMID: 27306225.
10. Johnson, Eric K. M.D.1; Vogel, Jon D. M.D.2; Cowan, Michelle L. M.D.2; Feingold, Daniel L. M.D.3; Steele, Scott R. M.D., M.B.A.4; On Behalf of the Clinical Practice Guidelines Committee of the American Society of Colon and Rectal Surgeons The American Society of Colon and Rectal Surgeons' Clinical Practice Guidelines for the Management of Pilonidal Disease, Diseases of the Colon & Rectum: February 2019 - Volume 62 - Issue 2 - p 146-157 doi: 10.1097/DCR.0000000000001237
11. Velitchkov N, Djedjev M, Kirov G, Losanoff J, Kjossev K, Losanoff H. Toxic shock syndrome and necrotizing fasciitis complicating neglected sacrococcygeal pilonidal sinus disease: report of a case. Dis Colon Rectum. 1997 Nov;40(11):1386-90. doi: 10.1007/BF02050828. PMID: 9369118.
12. Halleran DR, Onwuka AJ, Lawrence AE, Fischer BC, Deans KJ, Minneci PC. Laser Hair Depilation in the Treatment of Pilonidal Disease: A Systematic Review. Surg Infect (Larchmt). 2018 Aug/Sep;19(6):566-572. doi: 10.1089/sur.2018.099. Epub 2018 Aug 10. PMID: 30095368.

13. Sozuer EM, Topal U, Dal F, Akyuz M, Talih T. Application of crystal-line phenol in pilonidal sinus disease A single-center and single-surgeon experience. *Ann Ital Chir.* 2020;91:520-525. PMID: 32876053.
14. Lund J, Tou S, Doleman B, Williams JP. Fibrin glue for pilonidal sinus disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 Jan 13;1(1):CD011923. doi: 10.1002/14651858.CD011923.pub2. PMID: 28085995; PMCID: PMC6464784.
15. Al-Khamis A, McCallum I, King PM, Bruce J. Healing by primary versus secondary intention after surgical treatment for pilonidal sinus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Jan 20;2010(1):CD006213. doi: 10.1002/14651858.CD006213.pub3. PMID: 20091589; PMCID: PMC7055199.
16. Iesalnieks I, Ommer A, Herold A, Doll D. German National Guideline on the management of pilonidal disease: update 2020. *Langenbecks Arch Surg.* 2021 Dec;406(8):2569-2580. doi: 10.1007/s00423-020-02060-1. Epub 2021 May 5. PMID: 33950407; PMCID: PMC8097120.
17. Driouch J, Braumann C, Dehnst J, Ikram M, Alnammous G, Bausch D, Glatz T. Ergebnisse des Limberg-Plastik-Verfahrens bei akuten und chronischen Pilonidalabszessen [Results of the Limberg flap procedure in acute and chronic pilonidal abscesses]. *Chirurg.* 2022 Feb;93(2):182-189. German. doi: 10.1007/s00104-021-01439-0. Epub 2021 Jun 16. PMID: 34132822; PMCID: PMC8821484.
18. Rao J, Deora H, Mandia R. A Retrospective Study of 40 Cases of Pilonidal Sinus with Excision of Tract and Z-plasty as Treatment of Choice for Both Primary and Recurrent Cases. *Indian J Surg.* 2015 Dec;77(Suppl 2):691-3. doi: 10.1007/s12262-013-0983-4. Epub 2013 Oct 2. PMID: 26730090; PMCID: PMC4692937.
19. Spindler L, Alam A, Fathallah N, Rentien AL, Draullette M, Pommaret E, Thierry ML, Mituialy AE, Abbes L, Aubert M, Benfredj P, Far ES, Beaussier H, de Parades V. Extensive suppuration and being overweight are factors associated with the failure of laser treatment for pilonidal disease: lessons from the first French retrospective cohort. *Tech Coloproctol.* 2022 Feb;26(2):143-146. doi: 10.1007/s10151-021-02552-2. Epub 2021 Dec 2. PMID: 34855026.
20. Milone M, Basso L, Manigrasso M, Pietroletti R, Bondurri A, La Torre M, Milito G, Pozzo M, Segre D, Perinotti R, Gallo G. Consensus statement of the Italian society of colorectal surgery (SICCR): management and treatment of pilonidal disease. *Tech Coloproctol.* 2021 Dec;25(12):1269-1280. doi: 10.1007/s10151-021-02487-8. Epub 2021 Jun 27. PMID: 34176001; PMCID: PMC8580911.
21. Gips M, Melki Y, Salem L, Weil R, Sulkes J. Minimal surgery for pilonidal disease using trephines: description of a new technique and long-term outcomes in 1,358 patients. *Dis Colon Rectum.* 2008 Nov;51(11):1656-62; discussion 1662-3. doi: 10.1007/s10350-008-9329-x. Epub 2008 May 31. PMID: 18516645.
22. Ley General de Salud, título quinto, investigación para la salud. Artículos 100-101-102-103. *Diario Oficial de la Federación* [citado marzo 2022]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4652777&fecha=07/02/1984

23. Cruz-Mendoza I, Hernández-Jesús B, López-Pérez E, et al. Tumor epidermoide moderadamente diferenciado asociado con quiste pilonidal. *Cir Cir.* 2014;82(1):87-92
24. Moreno BJM, Montes OZE, Mendoza RA, et al. Cirugía proctológica con láser, experiencia inicial en México. *Cir Gen.* 2017;39(2):66-73. doi:10.35366/76266
25. Medina-Murillo GR, Rodríguez-Medina U, Rodríguez-Wong U. Colgajo de Limberg: su utilidad en dermatología cosmética. *Rev Hosp Jua Mex.* 2015;82(2):118-121.
26. Rodríguez-Medina U, Medina-Murillo GR, Rodríguez-Wong U. Enfermedad pilonidal: tratamiento mediante colgajos cutáneos. *Rev Hosp Jua Mex.* 2014;81(4):220-225.
27. Ley General de Salud, título segundo, distribución de competencias en salud. Artículos 17. Diario Oficial de la Federación [citado Junio 2022].

VII. ANEXOS

Anexo 1: FORMATO PARA RECOLECCION DE DATOS.

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

EDAD: _____ SEXO: _____

ANTECEDENTES CRONICODEGENERATIVOS:

Hipertensión arterial __ (SI/NO) tiempo de evolución _____

Diabetes Mellitus __ (SI/NO) tiempo de evolución _____

Cardiopatías __ (SI/NO) tiempo de evolución _____

Otras comorbilidades metabólicas: __ (SI/NO) tiempo de evolución _____

SINTOMATOLOGÍA:

Tiempo de inicio de los síntomas _____

Numero de episodios agudos y duración _____

Duración de los periodos asintomáticos _____

Dolor __ (si/no) __ Salida de material purulento __ (si/no) __ Fiebre __ (si/no) __

Alteraciones del estado de alerta __ (si/no) __

Sensación de cuerpo extraño __ (si/no) __ Pérdida de peso __ (si/no) cantidad y en cuanto tiempo _____

Cambios de coloración del área sacra __ (si/no) __ Otro: _____

ESTUDIOS DE GABINETE REALIZADOS EN EL PREOPERATORIO

Fistulografía __ (si/no) reporte _____ USG __ (si/no) reporte _____ TAC __ (si/no)

reporte _____ Otros _____

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO REALIZADO

Fecha del procedimiento _____

Tipo de procedimiento realizado: __ (nombre y descripción de la técnica quirúrgica) __

HALLAZGOS QUIRURGICOS:

Tamaño de la lesión resecada _____ Complicaciones trans/postquirúrgicas (infección, sangrado, dehiscencia de herida) _____

Sangrado transoperatorio _____

Recurrencia __ (si/no) tipo de intervención posterior _____

SEGUIMIENTO POSTQUIRURGICO

Curación __ (si/no) _____

Recurrencia __ (si/no) _____

Defunción __ (si/no) _____