

63  
2ej 11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
División de Estudios de Postgrado  
Hospital General Dr. Manuel Gea González

"KARYDAKIS Vs MARSUPIALIZACION EN EL  
TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL  
QUISTE PILONIDAL".

T E S I S

Para obtener el Diploma  
de Especialista en  
CIRUGIA GENERAL  
p r e s e n t a  
DR. MUCIO MORENO PORTILLO



México, D. F.

1990

FALLA DE ORIGEN



## **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 está 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.

## I N D I C E

	Pág.
ANTECEDENTES.....	1
PACIENTES, MATERIAL Y METODO.....	5
RESULTADOS.....	7
DISCUSION.....	11
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.....	16
GRAFICAS.....	17
CCNCLUSIONES.....	29
BIBL IOGRAFIA.....	30

## ANTECEDENTES

El quiste pilonidal es una entidad conocida desde antes de Cristo, cuando Aristófano lo describe como " una enfermedad molesta que impide sentarse y secreta pus " ... Posteriormente Vesalio hace incapié en la tendencia con que se presentan recidivas y la poca utilidad del drenaje quirúrgico simple.(1)

La forma más común de la enfermedad consiste en una fístula o seno situado a corta distancia del ano, sobre la región sacra y generalmente conteniendo pelo o restos de queratina en su interior. En la literatura fué descrita por primera vez por Anderson en 1847 en un artículo titulado " Hair extracted from an ulcer " (2). Mas tarde Warren en 1854 reportó un " Absceso conteniendo pelos en las natas purulentas " (3). Hodges en 1880 acuñó el descriptivo-término de quiste pilonidal (L. pilus=pelo; nidus= nido o quiste)(4).

El padecimiento fué dado a conocer mundialmente debido a los reportes del servicio personal de las comunidades Anglo-Americanas durante la segunda guerra Mundial, encontrando una elevada frecuencia y una causa importante de incapacidad laboral (5).

A pesar de su antigüedad, la enfermedad del quiste pilonidal es una entidad obscura en lo relativo a su etiología. En la actualidad existen principalmente 5 teorías al respecto:

1. Teoría del Vestigio del Canal Medular (Mallory 1892)
2. Teoría de la Inclusión Dermoide (Bland-Sutton 1922)
3. Teoría de la Glándula Vestigial (Stone 1931)
4. Teoría de la Tracción Dermoide (Newell 1933)
5. Teoría de la Enfermedad Adquirida (Patey y Scarff 1946)

Por ésta larga lista de teorías entre otras, podemos inferir fácilmente que desconocemos la fisiopatogenia de la enfermedad, por tanto el tratamiento será meramente empírico y se juzgará por la calidad de sus resultados (6). Desafortunadamente los reportes de la literatura no mencionan una "técnica Ideal" hasta el momento (7,8,9,10 y 11).

Los aspectos principales de ésta enfermedad pueden resumirse con las conclusiones del trabajo colectivo de Kooistra (1942); y que hasta la fecha han coincidido con lo publicado posteriormente en la mayoría de los estudios serios. Su estudio fué en 350 pacientes con la enfermedad de quiste pilonidal (12).

- A) Promedio de edad en la aparición de los síntomas: 21.5 años
- B) Promedio de edad en admisión hospitalaria: 25 años
- C) Distribución por edad: Algunos casos menores de 17 años; un incremento máximo a los 19 años y una meseta hasta los 25 años con disminución progresiva posteriormente.
- D) Incidencia por sexo: 73.7% fueron hombres
- E) Las mujeres parecen afectarse más tempranamente: 40% tienen síntomas antes de los 20 años con disminución progresiva posteriormente, comparado con un 19% en el grupo masculino.
- F) Es raro en raza negra.
- G) La mayoría de los pacientes tienen pelo largo y negro (abundante), pero puede ocurrir en pelo claro escaso.
- H) El manejar vehículos con mucho movimiento por periodos largos de tiempo, es aparentemente un factor precipitante.
- I) Los defectos congénitos asociados incluyendo la espina bífida son raros. Solamente el 1.8% presentaba lesiones congénitas en la serie de Kooistra.

El manejo del quiste pilonidal ha evolucionado en el paso del tiempo. Si pudiéramos hablar de un "Standar Ideal" en el tratamiento quirúrgico del padecimiento, éste sería el concepto de la "técnica abierta", específicamente, el procedimiento de la Marsupialización. Dicha técnica fué introducida en 1937 por Buie y consiste en suturar el borde de la piel de la herida con el margen de la pared del quiste previamente abierto, mediante sutura de cátagut crómico delgado, dando puntos interrumpidos.

Se han reportado buenos resultados con esta técnica, entre ellos Marks (1947) Watters y Mc Donald (1958) y Abramson (1960) (15). El último reportó una recurrencia del 6.9% en 159 pacientes con seguimientos de uno a ocho años, y Goodall (1961) reporta una recurrencia de 7.7% en 15 casos con seguimiento -

de uno a tres años (6). Las ventajas principales son su facilidad y rapidéz de ejecución, por lo que se utiliza rutinariamente en nuestro medio. Sin embargo tiene algunos inconvenientes:

- A) La incapacidad postoperatoria es prolongada (aprox. de un mes); tanto en la experiencia personal del servicio, como lo reportado en la literatura(12)
- B) Los pobres resultados estéticos del procedimiento.
- C) Solo la mitad de los casos es susceptible de encontrar un tejido fibroso - adecuado para la sutura invaginante. (12)

En 1973 Karydakís publica una nueva técnica para el tratamiento quirúrgico del quiste pilonidal (14), en un afán por encontrar solución a los obstáculos que presenta el manejo de estos pacientes. Este autor reporta 2.7% de complicaciones inmediatas y cero recidiva a 7 y 10 años de seguimiento, con 470 pacientes operados por él mismo. Debido a sus resultados, la técnica es utilizada en forma rutinaria en centros proctológicos como el Hospital de St Marks en Alemania y en general es bien aceptada en Europa Occidental. Como puntos de importancia la técnica de Karydakís busca:

- A) Desplazar la línea de sutura fuera de la zona de declive interglúteo reduciendo el acúmulo de detritus y la posibilidad de infección.
- B) Convertir la cicatrización en un proceso de primera intención con mejor calidad estética.
- C) Reducir el tiempo de cicatrización como consecuencia directa del cierre primario, disminuyendo también el tiempo de incapacidad postoperatoria.

Es evidente que debemos encontrar nuevas alternativas para enfrentar el problema del quiste pilonidal; a pesar de que carecemos de estadísticas fidedignas en nuestro medio, el número de pacientes que acuden por esta patología es cada día mayor; por otro lado, es un padecimiento exclusivo de la edad productiva y de preparación del adolescente o adulto joven, condicionando períodos de incapacidad que afectan directamente la economía familiar y nacional, además de originar ausencias prolongadas en cursos de capacitación o preparación media y profesional. Frecuentemente el paciente se ve obligado-

a suspender temporalmente sus estudios, llegando a perder ciclos escolares completos. Si a lo anterior agregamos, que el acto quirúrgico y periodo postoperatorio supone un tiempo considerable de incapacidad, el paciente tiene grandes problemas para decidir llevar a cabo su tratamiento, motivando que se posponga hasta edades mayores, prolongando los periodos de incapacidad dentro de la evolución natural de la enfermedad.

En nuestro medio existen tres posibilidades que explican el porqué no se ha buscado mejorar la técnica para el tratamiento del quiste pilonidal:

- 1) Desconocimiento de una opción mejor.
- 2) Que habiendo probado otras alternativas de tratamiento, éstas no ofrezcan ventajas concretas sobre la "estandar ideal"
- 3) Resistencia al cambio. Por temor de probar algo "nuevo"

Con el fin de proporcionar elementos objetivos de elección se hace evidente la necesidad de realizar un estudio que compare el "estandar ideal" contra nuestro "nuevo método" el cual promete mejorar las desventajas del primero.

El presente trabajo tiene como objetivo demostrar que la técnica de Karydakis reduce el tiempo de incapacidad postoperatoria en relación a la simple marsupialización, tiene resultados estéticos mejores y menos molestias postoperatorias. Además conocer en nuestro medio el índice de complicaciones para ambas técnicas (dehiscencia; infección postoperatoria y recidiva).

Con esto nuestra hipótesis del estudio fué: si las desventajas del tratamiento quirúrgico del quiste pilonidal con la técnica de marsupialización son el pobre resultado estético y el periodo prolongado de incapacidad postoperatoria con molestias importantes, entonces la técnica de Karydakis que disminuye las molestias y el periodo postoperatorio con mejores resultados estéticos, será superior a la simple marsupialización, siempre y cuando no tenga mayor número de complicaciones.

## PACIENTES, MATERIAL Y METODO

Se estudiaron todos los pacientes (n=37) con enfermedad de quíste pilonidal- que acudieron al servicio de Cirugía General del Hospital General "Dr Manuel Gea González" durante el periodo comprendido de Mayo de 1987 a Octubre de 1989. El diseño del estudio fué prospectivo, comparativo abierto, experimental y longitudinal.

Se realizó valoración por el servicio de Cirugía General a todos los pacientes, se distribuyeron aleatoriamente en dos grupos. El grupo I (Karydakís) y el grupo II (Marsupialización); Se incluyeron 18 pacientes para el grupo I y 19 pacientes en el grupo II. Se eliminó a 2 pacientes del primer grupo por lo que finalmente quedaron 16 pacientes en el grupo I. Se incluyeron a todos los pacientes que presentaran patología de quíste pilonidal y que no tuvieron ningún criterio de exclusión (patología sistémica o anorrectal coexistente; infección local aguda de quíste pilonidal y enfermedad recidivante de quíste pilonidal). Se explicó a todos los pacientes el tipo de estudio y se recabó firma de consentimiento. Se estableció como criterio de eliminación las fallas a la técnica protocolizada y/o al seguimiento.

A todos los pacientes se les elaboró una hoja de recolección de datos, con los siguientes parámetros: Edad; Sexo; Actividad Laboral; Evolución de la enfermedad (meses); Tratamientos previos; Tipo de Cirugía; Nombre y grado de Cirujano; Tiempo quirúrgico; Tamaño del quíste; Peso del paciente; Talla; Enfermedad congénita asociada; Complicaciones postoperatorias inmediatas; No-lestias subjetivas postoperatorias; Complicaciones mediatas y tardías; Seguimiento en días, semanas y meses; Tiempo de incapacidad postoperatoria; Resultado estético de la cicatriz quirúrgica; Presencia de recidiva (se anexa hoja de recolección de datos).

Todos los pacientes fueron anestesiados mediante Bloqueo peridural (cuarto-espacio interespinoso lumbar). Los que se manejaron con la técnica de Karydakís se realizó una incisión en "D" abarcando la totalidad del quíste, llegando en profundidad hasta la fascia presacra. Se efectúa compresión posteriormente durante 7 minutos revisando hemostasia y cuidando que no quede re

manente de quiste; finalmente se colocan puntos totales con seda del #1 tomando la fascia presacra a una distancia aproximada de 2 cm. entre ellos y a 2 cm. del borde de la herida; la piel es afrontada cuidadosamente con puntos de Sarnoff con dermalón 000. Se deja colocado en el fondo de la herida un drenovac de 1/4 el cual se retira al tercer día del postoperatorio, antes de que el paciente abandone el hospital.

En los pacientes sometidos a marsupialización se realizó la incisión destdando la cavidad del quiste e invaginando los bordes de la herida quirúrgica suturando con sutura adsorbible al margen de la pared del quiste previamente abierto, de modo de cubrir el tejido celular subcutáneo expuesto. Después del procedimiento se mantuvieron en observación 24 hrs y fueron dados de alta.

El seguimiento consistió en revisión de todos los pacientes por consulta externa cada semana durante el primer mes, cada 15 días en el segundo mes y posteriormente cada mes por tiempo indefinido. Esta revisión se llevó a cabo directamente por los autores.

Se definió incapacidad postoperatoria como el tiempo en semanas, necesario para que el paciente se reincorpore a sus actividades cotidianas en un 100%. Infección: la presencia de secreción purulenta en la herida quirúrgica en los 30 días siguientes a la cirugía. Dehiscencia: la separación parcial o total de los bordes de la herida. Recidiva: presencia de enfermedad recurrente durante el periodo de seguimiento. Molestias postoperatorias: presencia de dolor, sensación de humedad, incomodidad o limitación al movimiento (moderado, severo o leve). Aspecto estético de la cicatriz: apreciación subjetiva del paciente (excelente; aceptable; desagradable).

#### ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó la prueba de la chi cuadrada para comparar los dos grupos en relación a las variables de: sexo; edad; presencia o no de desnutrición o sobrepeso mayor o menor del 20%; tratamiento previo; presencia de enfermedad con-

génita; actividad laboral; tamaño del quíste; grado de cirujano; presencia de complicaciones postoperatorias (dehiscencia, infección, molestias postoperatorias); presencia de recidiva, aspecto estético de la cicatriz quirúrgica

Para las variables de edad, evolución en meses, tiempo quirúrgico, tiempo de seguimiento postoperatorio e incapacidad postoperatoria se utilizó la prueba T de Student no pareada. En la variable de incapacidad postoperatoria además se utilizó la prueba de Mann Whitney dado que la distribución no seguía un patrón normal.

Se fijó un nivel de p menor de 0.05 para aceptar o rechazar la hipótesis de nulidad (Ho= no diferencia estadística entre grupos; Hi= sí diferencia entre grupos).

## RESULTADOS

Se estudiaron un total de 37 pacientes; 16 del grupo I (Karydakis) y 19 del grupo II (Marsupialización), desde Mayo de 1987 a Octubre de 1989. Durante el estudio se eliminó a dos pacientes del grupo I debido a que no se siguió la técnica en forma estricta (no se colocaron drenajes); los dos pacientes presentaron infección y uno de ellos enfermedad recidivante (a los 3 meses). En el grupo II no se eliminaron pacientes.

En cuanto al resto de los parámetros, se utilizaron medidas de tendencia central como la moda y mediana, media, desviación standar, prueba T de student y en un caso la prueba de Mann Whitney. La actividad laboral fué similar en ambos grupos: 70% estudiantes y 25% empleados de oficina, el resto diversos oficios no relevantes para fines del estudio. En ambos grupos no hubo ningún paciente con peso mayor o menor al 20% de su peso ideal. Tampoco se identificó ningún paciente de los 37 con enfermedad congénita asociada conocida. La edad promedio de aparición de los síntomas para el grupo I fué de 21.8 años (media) y 4.1 (desviación standar); para el grupo II fué de 21.05 (media) -- y 3.6 (desviación standar), con un valor de p=mayor de 0.05 (No significativo). La edad de admisión hospitalaria es la misma que la edad de los pacientes en el momento del estudio, en global, la media de ambos es 23 años (para

mayor detalle ver gráficas #2 y 3). Aplicando medidas de tendencia central-- se encontró que el tamaño del quiste observó una moda de 5x7 cm. y en ningún caso fué mayor de 7x10 cm.

La distribución por sexo mostró 8 pacientes masc. y 8 femeninos en el grupo I; y 7 masc. (36.8%) contra 12 femeninos (83.2%) en el grupo II. Aplicando la prueba de la chi cuadrada, no se encontró diferencia estadísticamente significativa (NS) ya que la p fué mayor de 0.05 (Ver gráfica #1).

La edad global promedio fué de 23 años; de los 37 pacientes el 30% tenía edad menor de 20 años. La edad en el grupo I mostró una media de 21.3 y una desviación standar (DS) de 4.5; para el grupo II la media fué de 24.5 y la DS de 6.7. Se aplicó una prueba de T de Student no pareada, siendo la  $p=0.058$  (NS). (Ver gráficas # 2 y 3 ).

Se encontró que las dos terceras partes de los pacientes ya habían recibido tratamiento previo a la cirugía en alguna forma (médico). 11 pacientes en el grupo I (66.7%) y 11 pacientes en el grupo II (57.9%). No se encontró diferencia significativa al comparar ambos grupos entre sí. (Ver gráfica #4)

En cuanto a la evolución (en meses) de la enfermedad antes de la cirugía se encontró que para el grupo I la media fué de 19.4 y la DS de 15.6; para el grupo II la media fué de 18.4 y la DS de 12.6. Se aplicó la prueba T de Student, no siendo significativo el valor de p ( $p=0.58$ ) Ver gráfica #5.

El 100% de los procedimientos quirúrgicos fueron supervisados por los autores. Gran parte de los procedimientos (66%) fueron realizados por los mismos. El otro 34% correspondió a médicos residentes de Cirugía General de segundo y tercer año, previamente entrenados para ejecutar ambas técnicas.

Un parámetro importante es el tiempo quirúrgico, al comparar ambos grupos y aplicarle la prueba T de Student, encontramos diferencia estadística, siendo mayor el tiempo quirúrgico para el grupo I que para el grupo II. ( $p$ =menor de

0.02). La media del grupo I fué de 31.6 con DS de 6.8; para el grupo II fué de 26.3 y 7.7 respectivamente. (ver fig #6 y 7).

El seguimiento postoperatorio mayor del grupo de Karydakis fué de 27 meses - y el menor de un mes al momento del cierre del estudio. Para el grupo de marsupialización fué de 29 y 2 meses respectivamente. La media y DS del grupo I fué de 12.5 y 7.8 respectivamente y para el grupo II de 11.5 y 8.5. Al aplicar la prueba T de Student, no se encontró diferencia significativa ( $p > 0.05$ ). Ver gráfica #8.

El tiempo de incapacidad postoperatoria, comparado para ambos grupos, mostró una diferencia marcadamente significativa ( $p < 0.001$ ). El grupo I tuvo una media de 2.8 y una DS de 1.8, mientras que el grupo II mostró una media de 8.4 con una DS de 2.2. Lo cual muestra de manera indiscutible que los pacientes del grupo de Karydakis se integraron a sus actividades "cotidianas" en un 100%, más pronto que los del grupo de Marsupialización. (Ver gráficas # 9,10,11). Observando la curva de la gráfica 11 nos damos cuenta que no sigue una distribución normal, por lo que se aplicó una prueba estadística adicional la de Mann Whitney, resultando una  $p < 0.001$ , quedando comprobada la diferencia estadística. (Ver gráfica 11).

Se buscó intencionadamente las complicaciones durante el seguimiento postoperatorio. El grupo de Karydakis presentó 2 casos con dehiscencia parcial de la línea de sutura superficial (piel) en el ángulo inferior; de éstos dos pacientes, uno (19 años) presentó además infección de la herida quirúrgica. En otro paciente se detectó enfermedad recidivante (18 años) 9 meses posterior a la cirugía.

En el grupo de Marsupialización, dos pacientes (18 y 19 años) mostraron enfermedad recidivante a los 6 y 8 meses respectivamente posteriores al acto quirúrgico.

Los tres pacientes que presentaron recidiva fueron del grupo de edad entre los 15 y 19 años y los tres tenían menos de 6 meses de evolución de la enfermedad. (Ver gráfica # 12)

En cuanto a los resultados referentes a las "molestias postoperatorias" se encontró que para el grupo I el 40% de los pacientes presentó dolor que requería analgésicos en el periodo inmediato a la cirugía (primera semana), en contraste con un 32% para el grupo de Marsupialización. Sin embargo en el periodo siguiente (primer mes) los pacientes del grupo I que necesitaron de analgésicos para mitigar el dolor sólo fué de 2% contra un 18% del grupo II. Todos los pacientes presentaron limitación de movimiento durante la primera semana posterior a la cirugía de más del 50%. En el grupo I un 70% presentó limitación de un cuarto o menos el primer mes, contra un 25% del grupo II. La sensación de humedad sólo se presentó en el grupo de Marsupialización y se refirió en un 46% durante el primer mes. En los siguientes meses no se refieren molestias de dolor, humedad o limitación de movimiento en ambos grupos.

Sin embargo el principal motivo (no contemplado en nuestro protocolo) por el que los pacientes refieren no poder integrarse a sus actividades "cotidianas" en el grupo de Marsupialización, es un temor a moverse o sentarse teniendo abierta la herida, (anotado en observaciones de la hoja de recolección de datos), y esto lo observamos en un 60% durante el primer mes y un 22% en el segundo.

Al aplicar la prueba de la chi cuadrada a los resultados anteriores, en todos fué significativo el valor de p (menor de 0.05) excepto para la primera semana postoperatoria en ambos grupos.

## DISCUSION

Se controló durante la evolución del estudio, los factores externos que pudieran alterar la homogeneidad de ambos grupos de estudio, los resultados estadísticos de las variables tomadas en cuenta así lo demuestran: Edad, sexo, actividad laboral, sobrepeso o desnutrición mayores al 20%; tratamiento previo, edad de presentación de síntomas, tiempo de evolución de la enfermedad, tipo de cirujano, tiempo de seguimiento, tamaño del quiste, enfermedades congénitas asociadas.

Un aspecto novedoso en relación a lo reportado en la literatura por Kooistra respecto al sexo predominante en éste padecimiento (73.7% varones); se refiere a los resultados en nuestro trabajo: La frecuencia del padecimiento en nuestra muestra de pacientes fué ligeramente mayor para el sexo femenino 57% que para el masculino 43%. (NS)

Sin embargo en otros parámetros los resultados son muy similares a los mencionados en las grandes series (12). La edad promedio de aparición de los síntomas en el estudio fué de 22 años, comparado con 21.5 años reportado en la literatura. Respecto a la edad de admisión hospitalaria, ésta fué de 23 y 25 años respectivamente.

Nosotros no encontramos alguna característica relacionada con la enfermedad (empleo o actividad física); tampoco se identificó algún fenotipo en especial (raza, pelo abundante, color); No se identificó malformaciones congénitas asociadas conocidas.

A pesar de que el estudio de Kooistra fué realizado en 1942, es sin lugar a dudas uno de los reportes más completos y específicos del padecimiento en cuestión, en él se pone énfasis en un aspecto por demás interesante: "Las mujeres parecen afectarse más tempranamente que los hombres (40% tienen síntomas antes de los 20 años)..."; nosotros no encontramos diferencia en la distribución por sexo en pacientes afectados o con síntomas antes de los 20 a -

ños. Sin embargo se identificó una relación, que merece la atención de los grupos interesados en este padecimiento y que a nuestro juicio deberá tomarse en cuenta para futuros trabajos: Los tres casos que presentaron enfermedad recidivante, correspondieron al grupo de pacientes menores de 20 años, dos femeninos y un masculino, y los tres tenían menos de 6 meses de haber iniciado con síntomas del padecimiento.

De los 37 pacientes incluidos en el estudio, 10 tenían menos de 20 años; por lo que este "subgrupo" representa el 30% (3 pacientes) de los pacientes menores a 20 años. También constituyen estos tres pacientes el 100% de las recidivas del grupo total de sujetos estudiados.

A pesar de no ser un objetivo específico previo de nuestro estudio, es de llamar la atención, haciéndose inevitable una serie de razonamientos y preguntas, posiblemente en este momento, aventuradas: ¿ la edad temprana, es acaso mera coincidencia en la muestra de nuestro estudio o podría ser un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad recidivante?; Existe algún factor presente en el grupo de edad menor a los 20 años que haga diferente la evolución de la enfermedad, o es una variedad distinta de la misma patología? Desafortunadamente con el número de pacientes de nuestra muestra no es posible hablar de conclusiones definitivas, quedando el consuelo de haber planteado una inquietud para futuros trabajos.

Comparando ambas técnicas quirúrgicas, resultó ser significativa la diferencia del tiempo necesario para efectuar los procedimientos (Ver gráfica #6y7) Sin embargo 10 o 15 minutos más de tiempo quirúrgico, en la práctica, no dan ventaja real en procedimientos electivos con anestesia regional. En ningún caso el tiempo superó los 45 minutos.

Existen dos métodos en general de abordar el tratamiento quirúrgico del quiste pilonidal, mediante la excisión del quiste con sutura primaria o cicatrización por segunda intención. (ver antecedentes-técnica Karydakís-). El segundo consiste en la simple incisión del seno con marsupialización. Las ven-

tajas de la sutura primaria, cuando ésta es exitosa, son inmediatamente aparentes. El periodo postoperatorio de hospitalización es de aprox. 7 a 21 días (media de 2.8 semanas) utilizando la técnica de Karydakís, contra 15 a 60 días (media de 8.4 semanas), la diferencia estadística fué notoria ( $p=0.001$ ) utilizando la prueba de T de student la distribución de las gráficas no siguió un patrón normal, por lo que también se aplicó en éste parámetro la prueba de Mann Whitney, resultando significativa la diferencia estadística. (Ver gráfica #11)

Respecto a las complicaciones inmediatas postoperatorias, encontramos que en el grupo de Karydakís dos pacientes presentaron dehiscencia parcial de la herida quirúrgica, a nivel del tercio inferior de la herida, entre el pliegue interglúteo, uno de éstos además se infectó; esto constituye el 12.5% del grupo. En el grupo de Marsupialización no encontramos morbilidad postoperatoria inmediata. Al aplicar la prueba estadística, no existió diferencia significativa entre ambos grupos (ver Gráfica #12). Nosotros atribuimos esta morbilidad observada en el grupo I a la falta de minuciosidad en el manejo de los tejidos, específicamente en la atención por afrontar perfectamente los bordes de la piel durante la sutura superficial con demalón 000. Curiosamente el tercio inferior de la herida es el que más dificultad técnica presenta dado que se encuentra en la mayoría de los casos entre el pliegue interglúteo. A pesar de los dos pacientes que presentaron complicaciones inmediatas, los resultados contrastan con lo reportado en la literatura: Ferguson y Mcray (16) en 1937; Bryne (17) en 1944; Bartlett (18) en 1945 y Holm (19) en 1970, reportan un 90% de buenos resultados, sin embargo Gabriel en 1948 refiere 12 casos en 25 pacientes consecutivos con infección de la herida (20). Rainsbury y Southam en 1982 reportan éxito completo con la sutura primaria en sólo el 50% de sus 72 casos tratados.

De hecho estas heridas tienen mala reputación para ser tratadas por sutura primaria. Gabriel propone que los resultados de la sutura primaria en la enfermedad del quiste pilonidal dependen de la buena selección del caso. Nosotros estamos de acuerdo y consideramos que un factor decisivo para los buenos resultados es la meticulosidad con que se ejecute el procedi-

miento, así como el cuidado en cada detalle (asepsia, manejo de tejidos, hemostasia y afrontamiento, cuidados postoperatorios etc). Un punto interesante es que ninguno de nuestros casos presentó un quiste excesivamente grande, siendo el mayor de 7x10 cm. y no dando problemas técnicos para lograr el afrontamiento. Sí creemos, que se debe seleccionar los casos para cierre primario, ya que un defecto mayor podría dar resultados desastrosos a pesar de los cuidados, si se elige corregirlo con ésta técnica.

El seguimiento global promedio de nuestro estudio fué de 12 meses, periodo que se considera razonable para cubrir la mayor parte de los casos de recidiva del padecimiento. Estamos de acuerdo con Rignault (10) en considerar enfermedad residual y no recidiva a toda "recidiva" anterior a los 6 meses de la cirugía; en cuyo caso puede considerarse falla en la técnica quirúrgica y no recidiva del padecimiento. En nuestro estudio encontramos un paciente que recidivó en el grupo de Karydakis (6.5%) contra dos pacientes del grupo de marsupialización (10.5%), no siendo significativa la diferencia. Ya analizamos anteriormente que estos pacientes corresponden al grupo de edad menor de 20 años y con aparición temprana de la sintomatología (menos de 6 meses).

Al respecto la literatura tiene cifras contradictorias: para el procedimiento de cierre primario, Karydakis en 1973 reporta cero recidivas a 7 y 10 años de seguimiento, por otro lado Kooistra, Block y Creene refieren que un 20% de los pacientes presentarían recidiva dentro del primer año de seguimiento (22)y(12). Gabriel reporta un 4% de 89 casos(21). Notaras en 1970 estudió 43 pacientes con seguimientos de 6 a 15 años y descubre recidiva en 5 de ellos el primer año y en 4 más los siguientes años. Holm también en 1970 reporta un 4% de recurrencia en 48 pacientes, en un estudio bien controlado y con seguimiento a 10 años.

En cuanto al procedimiento de Marsupialización la mayoría de los estudios mencionados en el párrafo anterior son comparativos con éste método por lo que sólo mencionaremos los porcentajes: Gabriel en 147 casos encontró sólo un 2%; Notaras en 41 pacientes no observó recidiva durante el primer año, -

sin embargo el 10% la presentó en los 15 años de seguimiento. Abranson en 1960 refiere una recurrencia del 6.9% en 159 pacientes con seguimiento de uno a 8 años(15). Goodall en 1961 reporta una recurrencia de 7.7% en 15 casos, con seguimiento de uno a tres años(6).

Siempre resulta difícil tratar de objetivizar las impresiones subjetivas de los pacientes, tal es el caso de las molestias postoperatorias, sin embargo podemos inferir, en base a los resultados en este trabajo, que tanto las molestias postoperatorias como el efecto estético es superior en la técnica de Karydakís que en la simple Marsupialización. Esto resulta lógico considerando que en la primera, el proceso de cicatrización es primario, con menor exposición al medio ambiente, especialmente tomando en cuenta el sitio de ubicación de la herida. En cuanto a los resultados estéticos, estos son evidentes, siempre una cicatrización por segunda intención origina una cicatriz fibrosa, ancha y sobresaliente, influyendo de manera directa la tensión y fricción de la zona. Se había pensado que la enfermedad recidivante era menos frecuente cuando existía abundante tejido fibroso, es decir que una cicatriz "antiestética" prevenía, sin embargo, la aparición de recidiva. En base a lo reportado en la literatura (anteriormente discutido) y a nuestros resultados propios, esto es falso.

HOJA DE RECOLECCION  
QUISTE PILONIDAL

GENERALES: Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Actividad Laboral: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_  
 Registro: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES: Enfermedades concomitantes congénitas conocidas:

Tiempo de evol. de la enf. (meses): \_\_\_\_\_

Edad de aparición de los síntomas: \_\_\_\_\_

Tratamiento previo (médico): \_\_\_\_\_

CARACTERISTICAS

PARTICULARES: Raza: \_\_\_\_\_ Color de Pelo: \_\_\_\_\_ Cantidad: ( ) Abundante  
 ( ) Escaso

Tamaño del quiste: \_\_\_\_\_

ACTO QUIRURGICO: Cirujano: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Tiempo -quirúrgico: \_\_\_\_\_

Tecnica: ( ) KARYDAKIS ( ) MARSUPIALIZACION

INMEDIATO: Infección ( ) Dehiscencia( ) Dolor ( )

PRIMER MES: Dolor ( ) Humedad ( ) Limitación de Movimiento: 1( ) 1( ) +( )

SEGUNDO MES: ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

TERCER MES: ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

CUARTO MES: ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

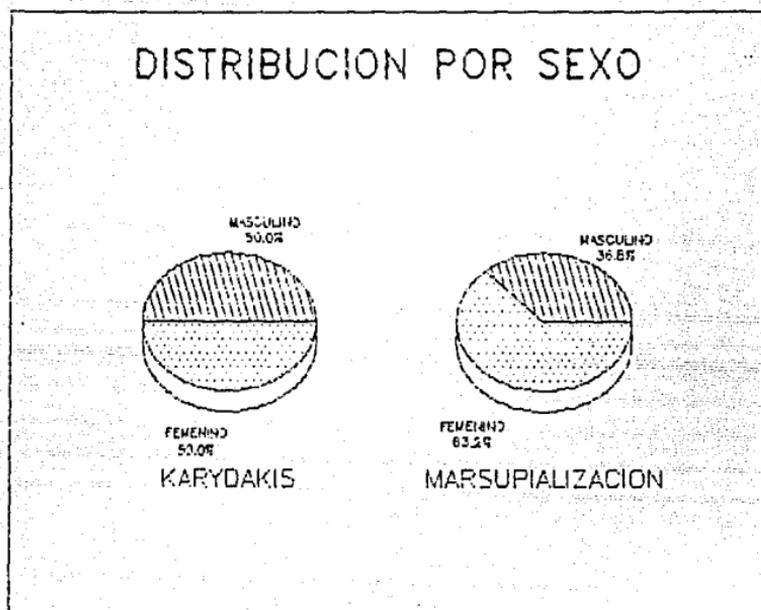
SIGUIENTES: (ANOTAR)

RECIDIVA: ( ) NO ( ) SI Mes [ ]

CICATRIZ: ( ) Excelente ( ) Aceptable ( ) Desagradable

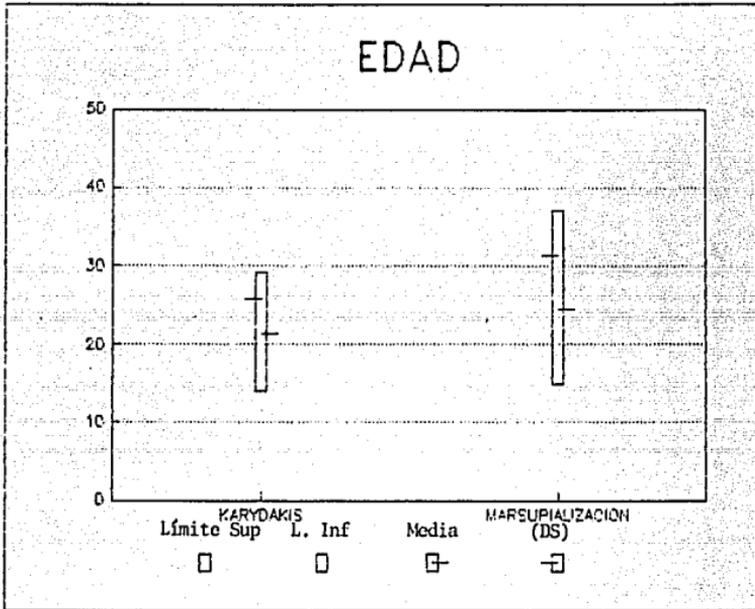
Nombre del encuestador

Fecha de la primera  
entrevista: \_\_\_\_\_



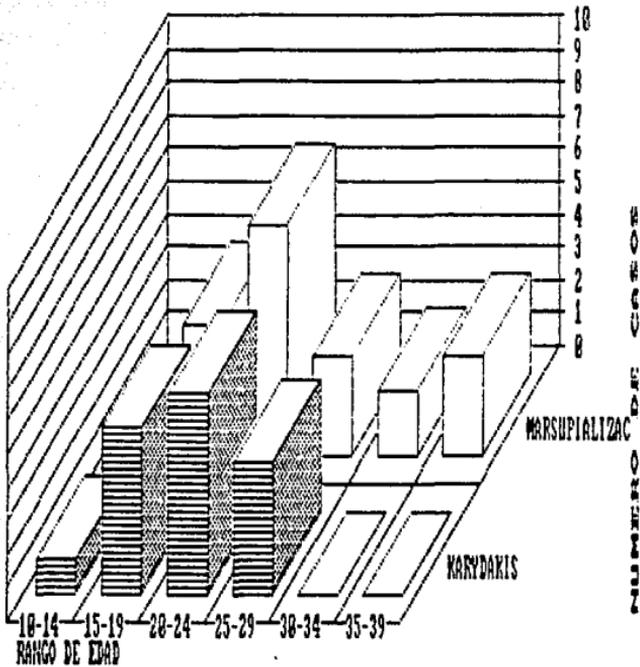
GRAFICA # 1

LA DISTRIBUCION POR SEXO MOSTRO PARA AMBOS GRUPOS EN GLOBAL UN PREDOMINIO - LIGERAMENTE MAYOR PARA EL SEXO FEMENINO (57%) CONTRA UN (43%) PARA EL MASCULINO (ESTADISTICAMENTE NO SIGNIFICATIVO). EN EL GRUPO DE KARYDAKIS FUERON 8-MUJERES Y 8 HOMBRES; EN EL DE MARSUPIALIZACION FUERON 12 MUJERES Y 7 HOMBRES



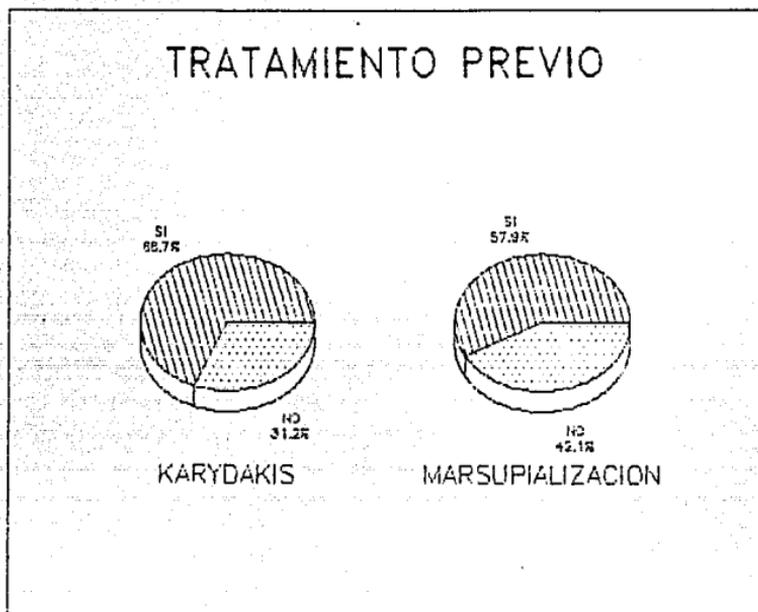
GRAFICA # 2

NOS MUESTRA UNA MEDIA PARA EL GRUPO I DE 21.3 Y UNA DESVIACION ESTANDAR (DS) DE 4.5. EN EL GRUPO II LA MEDIA FUE DE 24.5 CON (DS) DE 6.7 (EN AMBAS SE SUMARON LAS DESVIACION STANDAR CORRESPONDIENTE). NO FUE SIGNIFICATIVA LA DIFERENCIA AL COMPARAR AMBOS GRUPOS ( $p = \text{mayor de } 0.05$ ).



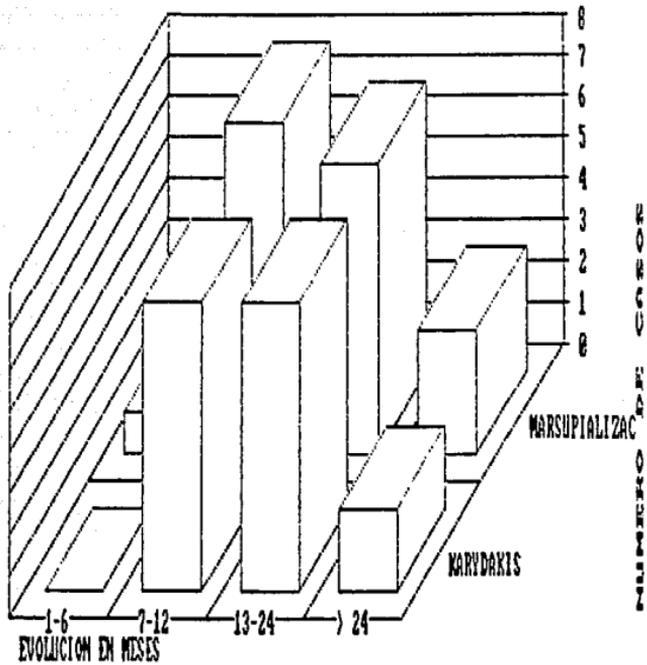
GRAFICA # 3

AL HACER LA DISTRIBUCION POR RANGO DE EDAD, NOS LLAMA LA ATENCION QUE NO SE SIGUE UNA DISTRIBUCION NORMAL Y QUE NO ENCONTRAMOS PACIENTES MAYORES DE 29 AÑOS EN EL GRUPO DE KARYDAKIS. NOTEMOS QUE EN AMBOS GRUPOS LA COLUMNA QUE CONCENTRA MAYOR NUMERO DE PACIENTES ES LA DEL RANGO DE LOS 20 A LOS 24 AÑOS. (NS)



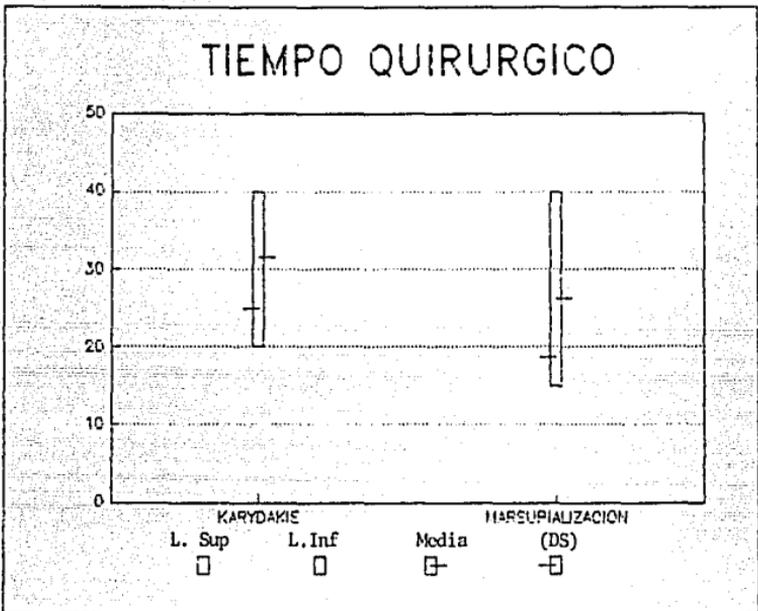
GRAFICA # 4

SE APRECIA QUE LA MAYORIA DE LOS PACIENTES YA HABIAN SIDO TRATADOS ANTES DE LA CIRUGIA. EN EL GRUPO I FUERON 11 PACIENTES Y EN EL GRUPO II TAMBIEN FUERON 11. POR TANTO SOLAMENTE 5 PACIENTES DEL GRUPO I Y 8 DEL GRUPO II NO HABIAN RECIBIDO TRATAMIENTO ALGUNO. (NS)



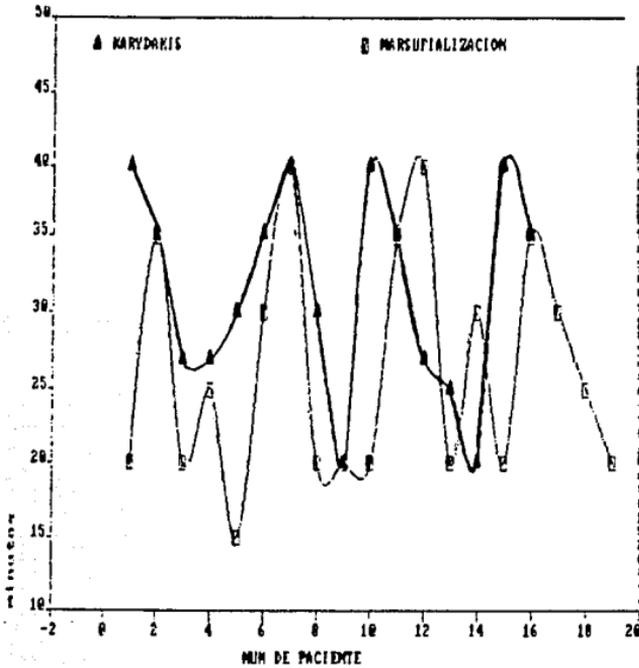
GRAFICA # 5

LA EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD PRE-OPERATORIA MOSTRO UNA MEDIA DE 19.4 PARA EL GRUPO I y 18.4 PARA EL GRUPO II. LAS DESVIACIONES - STANDARD FUERON ALTAS PARA AMBOS GRUPOS (15.6 Y 12.6 RESPECTIVA - MENTE). AL DIVIDIR EL TIEMPO EN RANGOS, SE PUSO DE MANIFIESTO - QUE AMBOS GRUPOS CONCENTRAN LA MAYOR PARTE DE PACIENTES ENTRE 6- Y 24 MESES. NO HUBO DIFERENCIA ESTADISTICA.



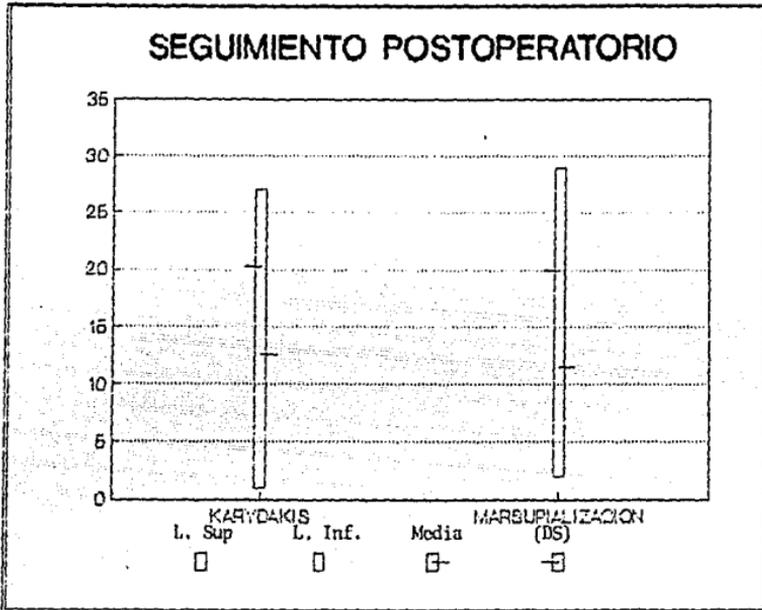
GRAFICA # 6

EL TIEMPO QUIRURGICO PARA AMBAS TECNICAS MOSTRO DIFERENCIA ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA ( $p =$  menor de 0.02) EL GRUPO DE KARYDAKIS MOSTRO UNA MEDIA DE 31.6 Y UNA DESVIACION STANDAR (DS) DE 6.8; EL GRUPO DE MARSUPIALIZACION -- 26.3 y 7.7 RESPECTIVAMENTE. ( SE RESTARON LAS DS PARA EFECTOS DE LA GRAFICA EN AMBOS GRUPOS)



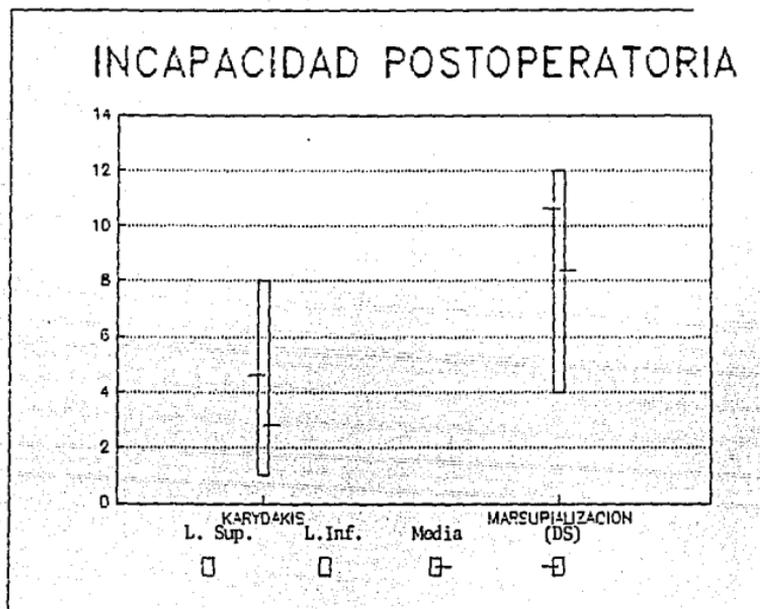
GRAFICA # 7

NOS MUESTRA LA DISTRIBUCION GRAFICA DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A LAS DOS DIFERENTES TECNICAS Y TABULADOS CONTRA EL TIEMPO QUIRURGICO DE AMBOS PROCEDIMIENTOS. LA DIFERENCIA FUE SIGNIFICATIVA ( $p = \text{menor de } 0.02$ )



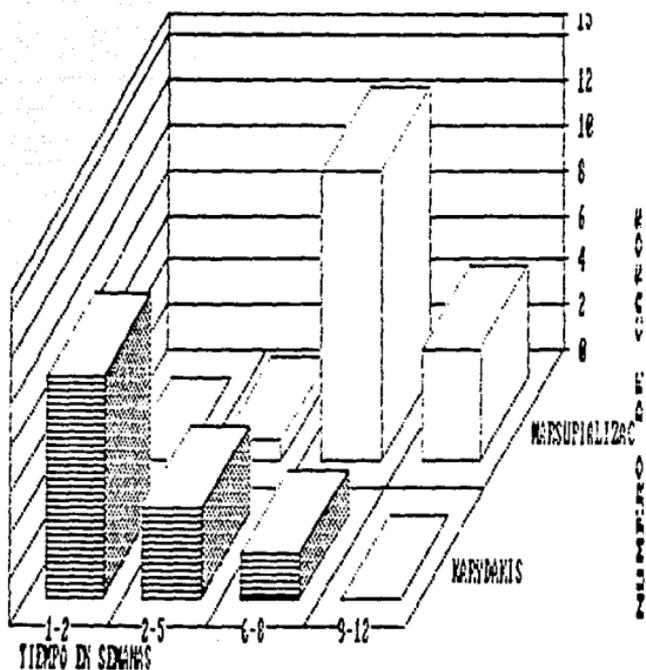
GRAFICA # 8

AL COMPARAR AMBOS GRUPOS RESPECTO AL SEGUIMIENTO, ENCONTRAMOS QUE EN EL GRUPO DE KARYDAKIS LA MEDIA FUE DE 12.5 Y LA (DS) DE 7.8; CONTRA 11.5 Y 8.5 PARA EL GRUPO DE MARSUPIALIZACION RESPECTIVAMENTE. AL APLICAR LA PRUEBA T DE STUDENT-NO SE ENCONTRO DIFERENCIA ESTADISTICA. ( $p$  mayor de 0.05) EN LA GRAFICA SE PUEDE OBSERVAR QUE SE SUMO LA (DS) A LAS MEDIAS DE LOS GRUPOS.



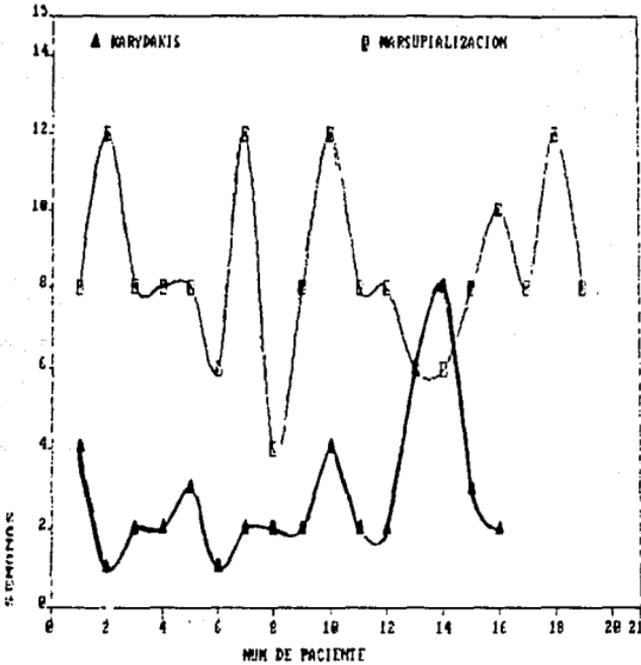
GRAFICA # 9

NOS MUESTRA EL TIEMPO DE INCAPACIDAD POSTOPERATORIA (EN SEMANAS). SIENDO LA MEDIA DE 2.8 PARA EL GRUPO DE KARYDAKIS Y LA (DS) DE 1.8. EL GRUPO DE MARSUPIALIZACION FUE SIGNIFICATIVAMENTE DIFERENTE YA QUE PRESENTO UNA MEDIA DE 8.4 CON UNA (DS) DE 2.2. ( $p =$  menor de 0.001). EN AMBOS CASOS SE SUMO LA (DS) PARA EFECTOS DE GRAFICAR.



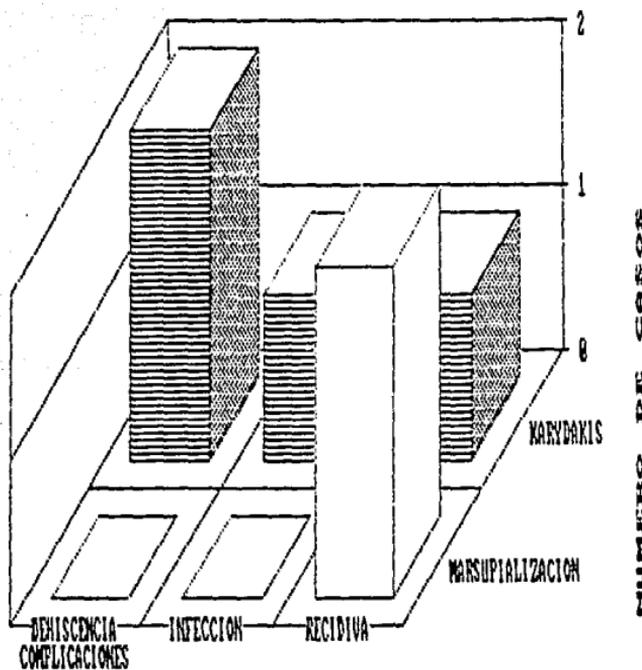
GRAFICA # 10

SE EJEMPLIFICA LA DISTRIBUCION POR RANGO DE SEMANAS DEL TIEMPO DE INCAPACIDAD POSTOPERATORIA EN AMBOS GRUPOS. ES EVIDENTE LA DIFERENCIA ( $p$ = menor de 0.001). LA MAYOR PARTE DE LOS PACIENTES DEL GRUPO DE KARYDAKIS (10 PACIENTES-62.5%) PERTENECE AL RANGO ENTRE 1 Y 2 SEMANAS. EN CAMBIO EL 68% (13 PACIENTES) DEL GRUPO II SE ENCUENTRA ENTRE LAS 6 Y 8 SEMANAS.



GRAFICA # 11

AL GRAFICAR AMBOS GRUPOS CONTRA LAS SEMANAS DE INCAPACIDAD, SE HACE NUEVAMENTE EVIDENTE LA DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ( $p$ = menor de 0.001). SIN EMBARGO POR NO SEGUIR EVIDENTEMENTE, UNA DISTRIBUCION NORMAL, SE APLICÓ LA PRUEBA DE MANN WHITNEY, CORROBORAN DO LA SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA (VER TEXTO).



GRAFICA # 12

SE DEMUESTRA LA MORBILIDAD DE LOS PACIENTES EN AMBOS GRUPOS EN EL GRUPO DE KARYDAKIS DOS PACIENTES PRESENTARON DEHISCENCIA PARCIAL DE LA HERIDA QUIRURGICA, POSTERIORMENTE UNO DE ELLOS SE INFIECTO. EN EL GRUPO DE MARSUPIALIZACION SE ENCONTRARON DOS RECIDIVAS, QUE CON EL PACIENTE DEL GRUPO I SUMAN TRES EN TOTAL. (NS)

## CONCLUSIONES

- \* LA TECNICA DE KARYDAKIS ES UN PROCEDIMIENTO SEGURO Y EFICAZ EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD DEL QUISTE PILONIDAL.
- \* LA TECNICA DE KARYDAKIS ES SUPERIOR A LA SIMPLE MARSUPIALIZACION EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD DE QUISTE PILONIDAL, EN QUISTES MENORES DE 7x10 CM.
- \* LA TECNICA DE KARYDAKIS REDUCE CONSIDERABLEMENTE EL TIEMPO DE INCAPACIDAD POSTOPERATORIA, COMPARATIVAMENTE CON LA SIMPLE MARSUPIALIZACION.
- \* LA TECNICA DE KARYDAKIS PRESENTA UN BAJO INDICE DE MORBILIDAD (12.5%) Y RECIDIVA (6.5%) CON BASE A LO REPORTADO EN LA LITERATURA; Y NO DIFERENTE (NS) COMPARADO CON LA TECNICA DE MARSUPIALIZACION.
- \* LA TECNICA DE KARYDAKIS NO PRESENTA MAYORES MOLESTIAS POSTOPERATORIAS (DOLOR; SENSACION DE HUMEDAD Y LIMITACION DE MOVILIDAD) QUE LA TECNICA DE MARSUPIALIZACION.
- \* LOS RESULTADOS ESTETICOS SON SIGNIFICATIVAMENTE MEJORES UTILIZANDO LA TECNICA DE KARYDAKIS EN COMPARACION A LA SIMPLE MARSUPIALIZACION.
- \* POSIBLEMENTE LA EDAD TEMPRANA SEA FACTOR DE MAL PRONOSTICO PARA LA APARICION DE RECIDIVA EN LA ENFERMEDAD DE QUISTE PILONIDAL (MENOS DE 20 AÑOS).
- \* EL MOTIVO PRINCIPAL PARA QUE LOS PACIENTES POSTOPERADOS DE QUISTE PILONIDAL CON LA TECNICA DE MARSUPIALIZACION VUELVAN A INTEGRARSE A SUS LABORES-COTIDIANAS ES EL MIEDO A MOVILIZARSE O SENTARSE, TENIENDO " ABIERTA LA HERIDA ".

## BIBLIOGRAFIA

1. BIUE, CURTISS: Pilonidal Disease. Surg. Clin North Am. 1952;32;1247-59
2. ANDERSON: Hair extracted from an ulcer. Boston Med. Surg. J. 1847: 36;74
3. WARREN: Abscess containing hair on the nates. Am J. Med. Sci; 1854:28;113
4. HODGES: Pilonidal sinus; Boston Med. Surg. J. 1880: 103;485
5. EWING: Hair-bearing sinus. Lancet, 1947; 1;427
6. GOODALL: The etiology and treatment of pilonidal sinus: a review of 163 - patients. Br. J. Surg, 1961; 49;212
7. BOSE, CANDY: Radical cure of pilonidal sinus by Z plasty. Am J Surg, 1970 120;783-6
8. LORD, MILLAR: Pilonidal sinus: a simple treatment, Br. J. Surg. 1965; 52; 298;300
9. NOTARAS: A review of three popular methods of treatment of postnatal (pilonidal) sinus disease. Br. J Surg. 1970: 57; 886-90
10. RIGNAULT: Traitment des fistules pilonidales sacro-coccygiennes par phenolization. Nouv Paesse Med. 1976; 5; 1423;1425.
11. GLOZ, ARGOV, BRZILAI: Pilonidal sinus disease: Comparision amount various methods of treatment and a survey of 160 patients: Curr. Surg. 1980;37;77
12. KOOISTRA: Pilonidal sinuses: review of the literature and report of 350 - casos. Am J Surg. 1942; 55;3
13. MILLAR: Procedures for pilonidal sinus. In: Todd IP, ed. Colon, rectum - and anus. (3ed ed. Operative Surgery). London and Boston: Butter worths, - 1977:379-81
14. KARYDAKIS: New approach to the problem of pilonidal sinus. Lancet 1973 - 2;1414-5
15. ABRAMSON: A simple marsupialization technic for treatment of pilonidal si nus: Long-term follow up. Ann Surg. 1960: 151;261
16. FERGISON, MACRAY: Pilonidal cysts: excision and primary suture in ambulatory patients. Am J. Surg. 1937; 36;270
17. BRYNE: Pilonidal cysts. Nav. Med. Bull. 1944:42;386
18. BARTLETT: Pilonidal cyst and sinus: their management and operative treatment. Surg. Gynec. Obstet. 1945; 80;69

19. HOLM, HULTEN: Simple primary closure for pilonidal sinus. *Acta Chir. Scand.* 1970; 136; 537
20. GABRIEL: Principles and Practice of Rectal Surgery; 4th ed. London (1948)
21. GABRIEL: Principles and Practice of Rectal Surgery; 5th ed. London (1963)
22. CLOSE: Pilonidal cysts: an analysis of surgical failures. *Ann Surg*, 1955; 141;523.
23. WATTERS, MACDONLAD: Marsupialization of pilonidal sinus and abscess: a report of 50 cases. *J. Can. Med. Ass.* 1958: 79:236