

¿Estamos tratando bien la enfermedad pilonidal en los niños? Objetivos terapéuticos más allá de prevenir la recidiva

N. González-Temprano, M. Sánchez-Vázquez¹, L. Ayuso-González, J. Pisón-Chacón, A. Pérez-Martínez

Servicios de Cirugía Pediátrica y ¹Cirugía General. Complejo Hospitalario de Navarra B.

RESUMEN

Introducción. Presentamos un estudio retrospectivo de nuestros pacientes pediátricos afectados de enfermedad pilonidal en los últimos 5 años.

Pacientes y método. Realizamos una extirpación amplia del tejido pilonidal, sin marcaje con colorantes de los trayectos y un cierre primario sin drenajes.

Resultados. Atendimos a 20 adolescentes (15 mujeres y 5 varones) de edades comprendidas entre 12 y 15 años (edad media 13,3 años) e índice de masa corporal comprendido entre 17 y 33 (IMC medio 26,4 kg/m²). La estancia media hospitalaria fue de 1,45 días. El 55% recibió antibioterapia preoperatoria con amoxicilina-clavulánico que se prolongó de forma oral durante 7 días.

Tuvimos 4 recidivas de la enfermedad (20%) (dos de ellos con doble recidiva) que tratamos con 3 cierres primarios en línea media y tres con puesta a plano. En 2 casos en los que se produjo una dehiscencia parcial de la herida permitimos una cura por segunda intención. En ningún caso se realizaron colgajos o marsupializaciones.

En todos ellos el resultado estético obtenido ha sido satisfactorio en nuestra opinión.

Conclusiones. Aunque el cierre primario en línea media permite una reincorporación rápida a la actividad normal y el mantenimiento del pliegue interglúteo sin grandes cicatrices (aspectos que no se obtienen con la puesta a plano o el cierre con colgajos), la tasa de reintervenciones es inaceptable. Hemos incluido en nuestro protocolo quirúrgico el marcaje previo de los trayectos fistulosos con agua oxigenada y colorante para reducir las recidivas, junto con el control dietético del posible sobrepeso.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad pilonidal; Adolescencia; Pliegue interglúteo.

Correspondencia: Alberto Pérez Martínez. C/ Teodoro Ochoa, 18, Apto 15. 31009 Pamplona. Navarra
E-mail: aperezma@navarra.es

Presentado previamente de forma parcial en la Jornada Vasco-Navarra de Pediatría en Pamplona el 15 de octubre de 2010 y como comunicación oral en el L Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica. Barcelona 2011

Recibido: Junio 2011

Aceptado: Agosto 2011

ARE WE CORRECTLY TREATING PILONIDAL DISEASE IN CHILDREN? THERAPEUTIC GOALS BEYOND PREVENTING RECURRENCE

ABSTRACT

Introduction. We present a retrospective study of our paediatric patients affected by pilonidal disease over the last 5 years.

Patients and method. In all cases a broad excision of the pilonidal tissue was made, without colour signing the different incision sites and primary closure of the defect with no drainage.

Results. Using this technique we treated 20 adolescents (15 girls and 5 boys) of ages between 12 and 15 years (average age 13.3 years) and body mass index between 17 and 33 (mean BMI 26.4 kg/m²). Mean hospitalisation time was 1.45 days. Preoperative antibiotherapy with Amoxicillin-clavulanic was administered to 55% of patients and continued over the first postoperative week. We had four cases with recurrence of the disease (25%) (two of these with two recurrences), which we treated with three primary closures on the midline and three by flattening the cleft. In 2 cases with dehiscence of the wound we allowed treatment by secondary intention. No flaps or marsupialisation were attempted in any case. In all cases the result was aesthetically satisfactory, with maintenance of the intergluteal fold.

Conclusions. In our series we have succeeded in undertaking primary closure of the defect after pilonidal resection without any excessive tension. This treatment enables a rapid return to a normal routine. We considered it important to undertake surgery that maintained the intergluteal fold, especially in patients with a short-term evolution of the disease, reserving flattening the cleft, closure by secondary intention, or primary closure by inserting flaps only for cases of recurrent disease; those with long-term evolution; or patients with complex lesions prior to surgery. Nutritional support to reduce overweight is very important in many patients.

KEY WORDS: Pilonidal disease; Adolescent; Gluteal cleft.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad pilonidal es una patología crónica de la región sacrococcígea con una alta incidencia en varones adultos jóvenes. Cuando afecta a un adolescente, además de un problema de salud, se convierte en un problema de relación social y autoestima. Desde esa perspectiva hay que afrontar

su tratamiento, teniendo en cuenta las diferentes opciones disponibles en la literatura médica y buscando no solo una resolución de la enfermedad, en breve plazo y sin complicaciones, sino también un buen resultado estético en el que el mantenimiento del pliegue glúteo puede ser de gran importancia en la imagen corporal del enfermo en esa edad y en el contexto social de las tendencias actuales en la forma de vestir.

Los tratamientos quirúrgicos que implican colgajos triangulares o romboidales pueden ser adecuados desde un punto de vista médico pero pueden no ser aceptables desde un punto de vista estético.

OBJETIVO

Evaluar los resultados obtenidos en nuestro Servicio en el tratamiento de la enfermedad pilonidal del adolescente y realizar las modificaciones en el protocolo que conduzcan a mejorar dichos resultados.

PACIENTES Y MÉTODO

Presentamos un estudio retrospectivo de nuestros pacientes pediátricos afectados de enfermedad pilonidal en los últimos 5 años.

Para ello revisamos los datos correspondientes a edad, fechas, protocolos y tipos de intervenciones, parámetros antropométricos, complicaciones, reintervenciones, consultas postoperatorias y evolución posterior, tanto en la historia clínica informatizada como, ocasionalmente en los registros en soporte papel.

Los datos, tratados de forma completamente anónima mediante la eliminación de los datos de filiación y otros que implicasen trazabilidad del enfermo, fueron almacenados y estudiados mediante soporte informático.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Tras el rasurado del pliegue interglúteo, realizamos una excisión amplia del tejido pilonidal sin teñir previamente los trayectos con colorantes. La extirpación llega hasta la fascia presacra. Aseguramos una hemostasia meticulosa y cerramos el defecto mediante suturas gruesas de material reabsorbible (Vicryl® 0/1) en varios planos, procurando colapsar la cavidad residual mediante puntos del tejido subcutáneo a la fascia presacra. La piel se cierra con puntos sueltos de monofilamento irreabsorbible que se retiran por mitades a los 10 y 12 días de postoperatorio. No dejamos drenajes. A criterio del cirujano y dependiendo del aspecto del tejido se administra una profilaxis antibiotica con amoxicilina-clavulánico por vía endovenosa que se mantiene en el postoperatorio por vía oral durante 7 días.

RESULTADOS

Con esta técnica atendimos a 20 adolescentes (15 mujeres y 5 varones) de edades comprendidas entre 12 y 15 años (edad media 13,3 años).

El índice de masa corporal se recogió en 15 enfermos. Estaba comprendido entre 17 y 33 kg/m² (IMC medio 26,4 kg/m²) con solo dos enfermos en peso adecuado, dos en sobrepeso y 11 en rango de obesidad.

La estancia media hospitalaria fue de 1,45 días. El 55% recibió antibioterapia preoperatoria endovenosa con amoxicilina-clavulánico que se prolongó, de forma oral, durante la primera semana de postoperatorio. La decisión de administrar antibioterapia dependió del criterio del cirujano al valorar el aspecto sano o inflamado de la lesión pilonidal en el momento de la intervención.

Tuvimos 4 casos con recidiva de la enfermedad (20%) (dos de ellos con doble recidiva) que tratamos con 3 cierres primarios en línea media y tres con puesta a plano.

En 2 casos en los que se produjo una pequeña dehiscencia de la herida permitimos una cura por segunda intención de la zona abierta.

En todos ellos el resultado estético obtenido ha sido en nuestra opinión satisfactorio.

DISCUSIÓN

La enfermedad pilonidal (“nido de pelos”) se produce por el crecimiento de pelo hacia el interior del tejido cutáneo y subcutáneo en la línea media de la región sacrococcígea. Se presenta como una herida producida por la presión del pelo que tiende a infectarse y abscesificarse, dejando en ocasiones formas crónicas de trayectos fistulosos y senos con secreción purulenta⁽¹⁾.

Suele afectar más a varones jóvenes, aunque en nuestra serie el predominio es de mujeres en un 75%.

Nos han llamado mucho la atención los altos índices de masa corporal (IMC) que presentaban nuestros enfermos, hallazgo ya destacado por otros autores⁽²⁾. Quizás parece inapropiado posponer o condicionar el tratamiento de un paciente con enfermedad pilonidal sintomática a una pérdida de peso significativa y desconocemos siquiera si esto podría mejorar la enfermedad como medida aislada. No hemos hecho ningún intento en este sentido, pero quizás estuviese justificado promover la reducción perioperatoria de peso del paciente, si no como coadyuvante del tratamiento quirúrgico, si al menos como objetivo de mejora de su salud.

El tratamiento médico se basa en la depilación⁽³⁾ (de forma aislada o como complemento de una cirugía) o en la infiltración de los trayectos fistulosos con fenol⁽⁴⁾, aunque nosotros no tenemos experiencia en estas técnicas.

Los tratamientos quirúrgicos pueden dividirse en dos grandes grupos⁽⁵⁻⁸⁾. Por un lado las técnicas que ponen a plano los trayectos fistulosos y bien permiten que la herida

cure por segunda intención o bien marsupializan las fístulas abiertas.

Por otro lado disponemos de las técnicas que extirpan el tejido enfermo seguido de un cierre primario en línea media o fuera de ella (mediante interposición de colgajos).

Las diferentes opciones demuestran la ausencia de un procedimiento satisfactorio único y el problema que supone en muchos enfermos las repetidas recidivas y múltiples intervenciones a las que deben ser sometidos para curar su enfermedad.

Según la revisión de McCallum^(9,10), la recuperación postoperatoria es mucho más rápida, con reincorporación más precoz a la actividad normal, cuando se realiza un cierre primario que cuando se deja la herida abierta. No se mostró un beneficio claro entre el cierre primario y la curación abierta secundaria tras la excisión del tejido pilonidal, aunque la recurrencia fue menos probable.

Sí que encontró un beneficio claro cuando el cierre primario se realizaba fuera de la línea media (con interposición de colgajos) comparado con un cierre en línea media en términos de menor tasa de infección, de recidiva y de otras complicaciones.

Esta revisión, sin embargo, no puede entrar a valorar otros aspectos del tratamiento de la enfermedad pilonidal que son tan importantes como el riesgo de recidiva. Estamos hablando del coste añadido y de las molestias y numerosas curas que deben padecer los enfermos con cicatrización por segunda intención y que se ahorran los pacientes sometidos a cierre primario. Y también hablamos del aspecto estético de la cicatriz⁽¹¹⁾.

Aunque pueda parecer frívolo o superficial considerar los problemas de imagen corporal, resulta todavía más superficial ver el esfuerzo de la cirugía actual por reducir las cicatrices postoperatorias (laparoscopia, cirugía a través de cavidades corporales, laparoscopia con puerto único, etc.) y no considerar con seriedad la importancia de mantener en estos pacientes (mujeres en un 75% de nuestra serie) el aspecto del pliegue interglúteo, en una sociedad cuyas costumbres de indumentaria fomentan la exhibición de esa área anatómica.

Debemos hacer un esfuerzo para valorar todos los aspectos que dependen de nuestra decisión quirúrgica como son, el riesgo de recidiva, otras complicaciones, dolor, reintegración rápida a la actividad escolar y aspectos estéticos.

Probablemente estamos tratando con unas mismas técnicas quirúrgicas enfermos cuyo problema tiene poco en común. Quizá en adolescentes, donde el tiempo de evolución de la enfermedad es menor, estemos tratando tejidos con fístulas menos extensas y con una mayor capacidad de cicatrización que en adultos de mayor edad, lo que permite resecciones menos extensas para erradicar el tejido pilonidal y suturas con menor tensión, lo cual redundaría en una menor tasa de recidivas y una mejor cicatrización.

En nuestra opinión, el cierre primario en línea media asegura la preservación del pliegue interglúteo y la rapidez de cicatrización y retorno a la actividad normal y debería ser nuestra

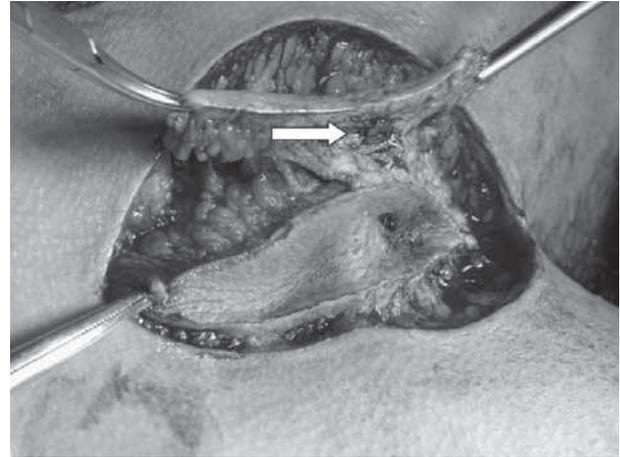


Figura 1. Trayecto fistuloso teñido con colorante fuera del bloque de tejido pilonidal diseñado inicialmente para su resección.

primera opción terapéutica en un adolescente con enfermedad no complicada y no tratada previamente⁽¹²⁾. Sin embargo, nuestra serie demuestra un número inaceptable de recidivas, por lo que el protocolo quirúrgico debe ser modificado.

Y así lo hemos hecho. Actualmente seguimos un protocolo basado en el marcaje previo de los trayectos fistulosos con una mezcla de agua oxigenada y azul de metileno. La infusión del colorante no se realiza a presión para evitar el riesgo de embolia, sino por infusión gota a gota en las distintas bocas fistulosas. Esta técnica permite descubrir ramificaciones (Fig. 1) de la enfermedad que antes probablemente quedaban fuera del tejido resecaado y podrían ser la causa de recidivas. Los resultados preliminares son esperanzadores, aunque el escaso número de enfermos tratados y el corto seguimiento no nos permitan extraer conclusiones firmes⁽¹³⁾.

Quizás en aquellos casos evolucionados, multitratados o recidivados, hay que considerar la utilización de colgajos independientemente del resultado estético, avisando al enfermo y su familia de que este puede ser muy decepcionante⁽¹¹⁾.

CONCLUSIONES

La mayor parte de los trabajos que se ocupan de esta enfermedad relacionan una determinada técnica quirúrgica con sus resultados en términos de riesgo de recidiva.

Opinamos que en la selección del mejor tratamiento de la enfermedad pilonidal debe pesar mucho la recuperación postoperatoria (menor en el cierre primario que en las curas secundarias) y el aspecto estético final (mejor en el cierre primario en línea media o cierre por segunda intención, que en los cierres con colgajo), pero sin perder de vista que el primer objetivo es evitar la recidiva, por lo que modificaciones técnicas como el marcaje con colorante de los trayectos fistulosos podrían ser muy útiles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stites T, Lund DP. Common anorectal problems. *Semin Pediatr Surg.* 2007; 16 (1): 71-8.
2. Arda IS. Pilonidal sinus disease in children. *J Pediatr Surg.* 2008; 43 (10): 1950.
3. Lukish JR, Kindelan T, Marmon LM, Pennington M, Norwood C. Laser epilation is a safe and effective therapy for teenagers with pilonidal disease. *J Pediatr Surg.* 2009; 44 (1): 282-5.
4. Kayaalp C, Aydin C. Review of phenol treatment in sacrococcygeal pilonidal disease. *Tech Coloproctol.* 2009; 13 (3): 189-93.
5. Kepenekci I, Demirkan A, Celasin H, Gecim IE. Unroofing and Curettage for the Treatment of Acute and Chronic Pilonidal Disease. *World J Surg.* 2009; 10: 153-7.
6. Blanco G, Giordano M, Torelli I. Surgical treatment of pilonidal sinus with open surgical technique. *Minerva Chir.* 2003; 58 (2): 181-7.
7. Yamout SZ, Caty MG, Lee YH, Lau ST, Escobar MA, Glick PL. Early experience with the use of rhomboid excision and Limberg flap in 16 adolescents with pilonidal disease. *J Pediatr Surg.* 2009; 44 (8): 1586-90.
8. Lee SL, Tejirian T, Abbas MA. Current management of adolescent pilonidal disease. *J Pediatr Surg.* 2008; 43: 1124-27.
9. McCallum IJ, King PM, Bruce J. Healing by primary closure versus open healing after surgery for pilonidal sinus: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2008; 336 (7649): 868-71.
10. McCallum I, King PM, Bruce J. Healing by primary versus secondary intention after surgical treatment for pilonidal sinus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007; 17 (4): CD006213.
11. Eryilmaz R, Okan I, Coskun A, Bas G, Sahin M. Surgical treatment of complicated pilonidal sinus with a fasciocutaneous V-Y advancement flap. *Dis Colon Rectum.* 2009; 52 (12): 2036-40.
12. Buczacki S, Drage M, Wells A, Guy R. Sacrococcygeal pilonidal sinus disease. *Colorectal Dis.* 2009; 11 (6): 657.
13. Doll D, Evers T, Matevossian E, Petersen S. Outcome of chronic pilonidal disease treatment after ambulatory plain midline excision and primary suture. *Am J Surg.* 2009; 197 (5): 693-4.