

Enfermedad pilonidal

Técnica de la marsupialización de Buie modificada

Dr. Carlos Sapriza

Se presenta un esquema de la técnica de la Marsupialización (Op. de Buie) para el tratamiento de la enfermedad pilonidal.

Se expone una estadística.

Se destaca su fácil ejecutoria, su aplicación universal, su reducida recidiva y su muy discreta morbilidad post - operatoria.

Palabras clave (Key words, Most clés) MEDLARS: Pilonidal sinus.

Elegimos el término de enfermedad pilonidal, por considerarlo el más amplio, siguiendo con ello a Escudero (3). Abarca los quistes, los abscesos, las fistulas y los senos que se presentan en sus diversas formas clínicas. Nuestra intención, con la presente exposición, es reactualizar una técnica quirúrgica, "la marsupialización": Operación de Buie, descrita por éste en 1943 en su libro de Proctología Práctica (2) y que con alguna pequeña variante, usamos con éxito regular. Su técnica, se fundamenta en el hecho de que, sea cual sea el origen, congénito, adquirido o atáxico, las paredes que recubren la lesión estarán formadas por un epitelio estratificado de origen ectodérmico que facilitará la formación de piel. Por lo tanto, al formar una cubierta continua, entre la piel de los bordes y el fondo del quiste pilonidal, se realiza la marsupialización.

MATERIAL

La procedencia diversa de los pacientes fue privada, hospitalaria, pero en su gran mayoría Mutual (Caja de Auxilio y Asociación Fraternidad de Montevideo).

Ese origen heterogéneo, constituye un motivo de dificultad en la tabulación de los enfermos, debiendo desechar muchos casos, por falta de datos y de control correcto. Razón por la cual, sólo nos remitimos a un grupo de cincuenta enfermos.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 11 de octubre de 1978.

Docente Adscripto de Clínica Quirúrgica. Fac. Med. Montevideo.

Dirección: 21 de Setiembre 2284, Montevideo (Dr. C. Sapriza).

Clínica Quirúrgica "2" (Prof. L. Mérola). Hospital Maciel. Facultad de Medicina. Montevideo. Uruguay.

PROCEDIMIENTO

Es indiferente el estado clínico del proceso, ya que puede procederse en plena fluxión. Es el hecho fundamental a destacar en el procedimiento.

Posición operatoria: De Sims o de Mayo.

Anestesia general o local, según lo requiera el caso.

Incisión: Se incinden los tejidos sobre la línea media a nivel del rafe hasta caer sobre la bolsa pilonidal. Si está fistulizada, por el orificio y en dirección cefálica, se introduce una sonda y se corta sobre ella.

Hemóstasis: Conviene hacerla con cauterio para no dejar cuerpos extraños.

Preparación de la región operatoria: Si está abscedada, se evacúa el absceso y si no lo está, se eliminan los detritus y se practica una limpieza.

Se regularizan los bordes y se hace biopsia de los tejidos de la región. Se extirpa la zona de piel correspondiente a los orificios fistulosos.

Se exploran las posibles proyecciones. No se usan tinturas, ya que los trayectos secundarios se visualizan bien.

Si hubiere trayectos secundarios, se procede como con el principal. Se ponen a plano.

Si es un obeso o el T.C.S. es muy abundante se extirpa una cuña con base a la luz de la herida operatoria, de manera que deje caer el borde de la piel.

Se repasa la hemóstasis.

Marsupialización: Se realiza con puntos separados de lino 60 o "gastergut" fino, se solidariza el borde del saco pilonidal a la piel. Los puntos comisurales son los más importantes, sobre todo el inferior para no dejar recesos. Buie, en su original, reseca parte de piel y parte del saco, la sutura se hace con Surget continuo o Cagut.

Cura con gasa yodoformada, se sujeta con los hilos de sutura que se han dejado largos. Sobre ello, cura plana.

Primer cura a las 48 horas y reintegro a la vida habitual.

Cicatrización y alta: Dependen del proceso y su estado clínico. En general, evoluciona en un promedio de 3 semanas (21 días). En casos agudos, abscedados o complejos, recidiva y mul-

tifistulosos, su prolongación estará en razón a la patología del caso.

En caso de recidiva se procede de la misma forma.

En el post - operatorio mediato o alejado, se aconseja el rasurado o depilado de la región por 3 meses en casos generales y en los casos de hipertrichosis, como hábito permanente.

ESTADISTICA

Su origen heterogéneo, nos permitió en un total de 50 casos que fueron tabulados, tomar 9, los cuales fueron expuestos en una comunicación efectuada a la Sociedad de Proctología en el año 1967 (4). Desde entonces, se ha empleado el procedimiento con las ligeras variantes impuestas por el propio proceso patológico. Es decir, adaptando el procedimiento a la patología del enfermo.

En la estadística, lo que intentamos demostrar es:

En primer lugar, el número elevado de intervenciones en agudo con buena evolución (12 casos).

El no haber tabulado recidivas, aunque no las descartamos, ya que en tales casos, los enfermos suelen recurrir a otro profesional. Sin embargo Swinton y Markee (citados por Abranson) (1) expresan la siguiente estadística:

Escisión y cierre	32 % de recidiva
Escisión con mechado	18 % de recidiva
Marsupialización	6 % de recidiva

Es decir que por lógica, debemos haber tenido recidivas, que no han acudido a nuestra consulta.

CONCLUSIONES

Coincidimos con Abranson (1) considerando que es un método de aplicación universal que puede emplearse tanto en frío como en su faz de supuración.

Que hay poca pérdida de tejido, lo que da una cicatriz que no altera el rafe medio posterior.

No hay peligro de retención de hilos, por no haber suturas profundas.

El tiempo de cicatrización es corto y las curas indoloras, con morbilidad mínima.

Presenta un índice bajo de recurrencia.

RESUME

Maladie pilonidal. Technique de Marsupialisation de Buie modifiée

On présente un schéma de la technique de la Marsupialisation de Buie pour le traitement de la maladie pilonidal. On expose une statistique. On détache sa facilité d'exécution, son application universelle, sa récurrence et très basse morbidité post - opératoire.

SUMMARY

Pilonidal Disease. Buie's modified Marsupialization technique

A review of Marsupialization technique (Buie's operation) for the treatment of pilonidal disease, is accompanied by statistics.

This technique is easy to carry out, can be applied universally, recurrency of condition is low and post-operative morbidity is discreet.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ABRANSON O. Técnica de la Marsupialización simple para el tratamiento del Seno Pilonidal. *Anales Ciruj*, 7: 230, 1960.
2. BUIE LA. Proctología Práctica. Salvat. Barcelona, 1943.
3. ESCUDERO A. Enfermedad Pilonidal. *Rev Urug Proctol*, 5: 12, 1969.
4. SAPRIZA C. MONTERO J. Seno Pilonidal. *Rev Urug Proctol*, 3: 106, 1967.