CIR ESP. 2017;95(Espec Congr):110

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

O-110 - RECIDIVAS DE QUISTE PILONIDAL UTILIZANDO TRES TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

García del Olmo, Nuria; Añón Iranzo, Elena; del Pino Cedenilla, Sheila; Kiefer, George; Pérez Pérez, Teresa; Bosca Robledo, Andrea; Mulas, Claudia; Aguiló Lucía, Javier

Hospital Lluís Alcanyís, Xátiva.

Resumen

Introducción: El quiste pilonidal es una patología frecuente, especialmente en varones jóvenes, con elevada morbilidad que provoca una importante repercusión socioeconómica. Existen diversas técnicas quirúrgicas: exéresis con cierre primario o secundario, fistulotomía más curetaje y marsupialización; siendo menos empleados los colgajos cutáneos. Sin embargo, actualmente no existe un tratamiento de elección.

Objetivos: Conocer las recidivas en pacientes intervenidos de quiste pilonidal con tres técnicas distintas: exéresis con cierre primario, exéresis con cierre secundario y fistulotomía más curetaje con o sin marsupialización; y la posible relación de factores de riesgo (edad, sexo, grado de vello corporal, etc.) con las recidivas. Como objetivos secundarios: analizar el tiempo para la curación de la herida quirúrgica y baja laboral.

Métodos: Estudio observacional prospectivo con 161 pacientes con quiste pilonidal crónico sacrococcígeo intervenidos en régimen ambulatorio entre 1/1/2013 y 31/12/2015 en el Hospital Lluís Alcanyís. Las técnicas quirúrgicas fueron: exéresis simple con cierre primario (A) (n = 12), exéresis simple con cierre secundario (B) (n = 62) y fistulotomía más curetaje, con o sin marsupialización (C) (n = 87). Realizamos un seguimiento postoperatorio de los días requeridos para las curas y baja laboral y la aparición de recidiva. Inicialmente realizamos un análisis estadístico bivariable para valorar la distribución de variables potencialmente de confusión entre los 3 grupos terapéuticos (edad, sexo, IMC, grado de vello, tamaño del quiste, etc) empleándose el test χ^2 y ANOVA. Posteriormente, seleccionamos del estudio bivariable como posibles factores de confusión aquellas variables que presentaron desajustes con valores $p \leq 0,2$. Con dichas variables, realizamos un estudio multivariable con regresión de Cox para conocer los factores que influyen en la recidiva durante el seguimiento según la técnica quirúrgica empleada. Las limitaciones del estudio son la ausencia de aleatorización y el tamaño del grupo terapéutico de cierre primario.

Resultados: Los 3 grupos terapéuticos son homogéneos en: sexo, historia familiar, duchas por semana, grado de vello corporal, número de orificios fistulosos y drenaje previo; mientras que las variables: edad, IMC, ocupación laboral, tamaño del quiste, episodio previo de infección, tipo de anestesia, tiempo de curación de la herida, baja laboral y recidivas, presentan una distribución heterogénea. Sin embargo, tras analizarlas según un modelo multivariable con regresión de Cox,

observamos que ninguno de estos factores potencialmente confundidores está relacionado con la recidiva, sin existir diferencias significativas. El número de recidivas observadas en los distintos grupos terapéuticos fueron: (A) 25%, (B) 33,87% y (C) 9,2%, con Hazard Ratio no estadísticamente significativos. En el estudio bivariable, el tiempo de curación de la herida y baja laboral es menor en el grupo de la fistulotomía, siendo de 28,22 ± 16,06 y 10,72 ± 15,12 días, respectivamente.

Conclusiones: No existen diferencias en el número de recidivas entre las 3 técnicas quirúrgicas del quiste pilonidal. Para ello, sería necesario una mayor muestra y tiempo de seguimiento. No obstante, en el análisis crudo, el grupo de fistulotomía más curetaje requirió un menor tiempo de curación de la herida quirúrgica y baja laboral.

0009-739X © 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados