



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-370 - INFLUENCIA DEL TABACO Y LA OBESIDAD TRAS LA CIRUGÍA DEL SINUS PILONIDAL

Martínez Sanz, Nuria; Peña Ros, Emilio; Ruiz Marín, Miguel; González Valverde, Francisco Miguel; Fernández López, Antonio José; Fernández Fernández, Pedro Vicente; Benavides Buleje, Jorge Alejandro; Albarracín Marín-Blázquez, Antonio

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Resumen

Introducción: Se define sinus pilonidal (SP) como una cavidad pseudoquística que contiene folículos pilosos y que se localiza, en la mayoría de ocasiones en la región sacrococcígea. A pesar de la gran cantidad de técnicas descritas, ninguna intervención quirúrgica está exenta de complicaciones y la cirugía del SP presenta una morbilidad muy variable en función del tipo de técnica y de las características de cada paciente.

Métodos: Estudio prospectivo aleatorizado sobre 122 pacientes intervenidos con diagnóstico de SP por tres únicos cirujanos en nuestro servicio empleando las técnicas de puesta a plano, curetaje y marsupialización de bordes y Karydakís. Se ha estudiado mediante un análisis univariante y multivariante el efecto del tabaco, el IMC, la presentación inicial del SP, el tiempo de evolución del SP desde la primera manifestación y los diferentes grados de hirsutismo sobre la aparición de complicaciones postoperatorias precoces (CPP) teniendo en cuenta la infección del sitio quirúrgico, colecciones subcutáneas, sangrado o hematoma y dehiscencia de sutura.

Resultados: A nivel univariante hemos encontrado que: el tabaco influye de forma significativa ($OR = 3,47$, $p = 0,026$) en la aparición de CPP. De esta manera, los fumadores tienen 3,47 veces más probabilidad de tener una complicación que los no fumadores. Con respecto al IMC, encontramos que un $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ muestra un efecto significativo ($OR = 3,25$, $p = 0,042$) de forma que los pacientes obesos tienen 3,25 veces más probabilidad de tener una complicación que los pacientes con normopeso. Respecto a las variables de presentación inicial del SP, tiempo de evolución del mismo e hirsutismo, no hemos hallado diferencias estadísticamente significativas para la predicción de CPP. A nivel multivariante hallamos que los efectos del tabaco e IMC siguen influyendo en la presentación de CPP, de manera que la asociación de tabaco y obesidad aumenta más la probabilidad de tener una complicación (tabaco ($OR = 4,46$, $p = 0,014$) y obesidad ($OR = 4,27$, $p = 0,015$)).

Conclusiones: Los estudios que evalúan el papel de determinados factores sobre la aparición de CPP y recidiva del SP tras la cirugía son escasos, siendo las variables más frecuentemente recopiladas la obesidad, el hirsutismo y el tabaquismo. Coincidimos con la idea propuesta por Onder A. en su trabajo de 2012 (1) que afirma que la hipoxia periférica consecuencia del tabaquismo, dificulta la correcta cicatrización de la herida quirúrgica, incrementándose el riesgo de DHS e ISQ tras la cirugía del SP. Por otro lado, creemos que los pacientes obesos tienen un surco interglúteo especialmente profundo y suelen presentar sudoración en exceso, lo que favorece una mayor humedad a este nivel y una piel más frágil. Esto podría favorecer un mayor índice de CPP en los pacientes obesos. En nuestra opinión, el tabaquismo y la obesidad son factores

de riesgo para el desarrollo de CPP tras la cirugía del SP por lo que establecemos la recomendación de perder peso y el abandono del hábito tabáquico de forma preoperatoria.