



EPSiT: UN NUEVO ABORDAJE EN EL TRATAMIENTO MÍNIMAMENTE INVASIVO DE LA ENFERMEDAD PILONIDAL

Leonardo Salim ⁽¹⁾, Cecilia Rossi ⁽¹⁾.

(1) Médico Especialista en Cirugía Colorrectal

Sanatorio Parque, Bv. Oroño 860, (2000) Rosario, Argentina.

Correspondencia a: cecirossi86@gmail.com

Citación sugerida: Salim L y col. EPSiT: Un nuevo abordaje en el tratamiento mínimamente invasivo de la enfermedad pilonidal. Anuario (Fund. Dr. J. R. Villavicencio). 2019;27:117-119.

Resumen:

El quiste pilonidal es una enfermedad con una alta tasa de prevalencia. Su tratamiento definitivo es quirúrgico y existen varias técnicas que pueden ser utilizadas. Las técnicas convencionales presentan como problema la necesidad de un período de recuperación prolongado, gran dolor postoperatorio y alteración en el desarrollo de las actividades de la vida diaria del paciente. Se ha desarrollado una nueva técnica de cirugía mínimamente invasiva que solucionaría estos problemas relacionados con la recuperación postoperatoria y la cicatrización de las heridas. Se describe la técnica y se muestran los resultados obtenidos en distintos grupos de trabajo.

Palabras clave: EPSiT, Quiste pilonidal, cirugía mínimamente invasiva.

Abstract:

Pilonidal sinus disease has a high prevalence. The definitive treatment is surgical and there are several techniques that can be used. The conventional approaches require a long period of recovery, postoperative pain and delay to return to daily life activities. A new, minimally invasive surgical technique has been developed that would solve these problems. Here we described the technique and show the results obtained in different working groups.

Keywords: Endoscopic pilonidal sinus treatment, minimally invasive surgery, Pilonidal sinus disease.

Introducción:

El quiste pilonidal o quiste sacrocoxígeo es una enfermedad que afecta a gran parte de la población, aproximadamente 70.000 pacientes anualmente en Estados Unidos.¹ Aparece principalmente en personas jóvenes, y tiene relación con el hirsutismo, la obesidad y el sedentarismo.² Puede presentarse de diferentes maneras, desde una condición asintomática o un leve dolor en la región sacrocoxígea, hasta la aparición de una infección local, ésta a su vez puede ser leve o presentarse con un gran proceso inflamatorio. En la actualidad existen diferentes opciones quirúrgicas para su tratamiento, en el caso de la presentación aguda con un absceso y celulitis periférica, el manejo inicial debe ser la incisión y

drenaje del mismo, teniendo este un fuerte grado de recomendación. Posteriormente, debe ser realizado el tratamiento definitivo, existiendo para este fin opciones clásicas como la resección completa del quiste. En este caso y según el defecto resultante de la cirugía el defecto resultante puede ser cerrado de manera primaria, realizarse un cierre parcial con marsupialización, la creación de colgajos de tejidos vecinos, o bien en algunos casos se deja la herida abierta para generar un cierre por segunda intención. Todas estas alternativas de tratamiento requieren un período de recuperación extenso con, muchas veces, imposibilidad para retorno escolar o laboral prontamente. Con el fin de evitar estas complicaciones de la cirugía convencional el Dr. Meinero ha

desarrollado un abordaje miniinvasivo de la patología mediante el uso de un fistuloscopio y siguiendo los principios de la cirugía asistida por video. La misma recibe el nombre de EPSiT, de las siglas en inglés de Tratamiento Endoscópico del quiste pilonidal (Endoscopic Pilonidal Sinus Treatment).³

El objetivo de este trabajo es informar sobre esta tecnología que estamos aplicando en nuestra ciudad y sobre sus beneficios en el tratamiento de esta patología frecuente que genera importante malestar y trastornos en la calidad de vida de quienes la padecen.

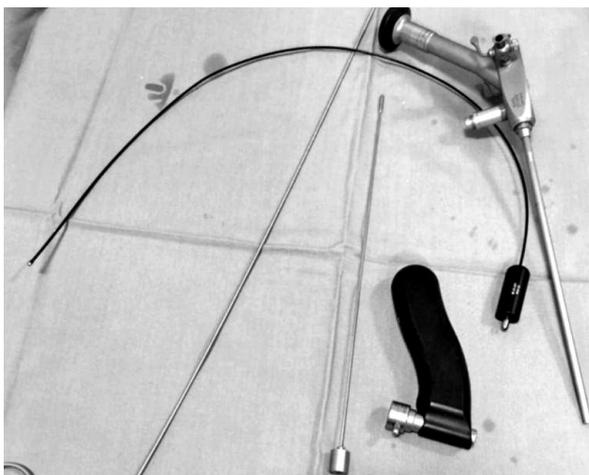
Descripción de la técnica:

Para la realización de este procedimiento se utiliza el fistuloscopio Karl Storz (Figura 1). El mismo consta de un ángulo de visión de 8°, con un canal óptico de 14 cm de longitud, un canal operativo y uno de irrigación, este último es conectado a un sachet que contiene una solución de glicina al 1%.

El procedimiento consta de una etapa de diagnóstico donde se introduce el fistuloscopio por el orificio externo, que puede ser abierto con un bisturí si es muy pequeño, y consiste en el reconocimiento anatómico del o los trayectos fistulosos y la cavidad del quiste (Figura 2). Luego continúa la etapa de tratamiento donde es removido todo el tejido fibrinoso y de granulación con esponja o cepillo y luego se introduce un electrodo con el cual se realizará el electrocauterio de la cavidad del quiste y los trayectos fistulosos.

En la foto 3 se muestra la herida que se presenta al final de la cirugía (Figura 3).

Figura 1: *Fistuloscopio.*



Fistuloscopio Karl Storz.

Figura 2: *Reconocimiento anatómico.*



Primera etapa del procedimiento, reconocimiento anatómico de trayectos fistulosos y cavidad quística.

Esta cirugía requiere una anestesia regional (raquídea), y puede ser realizada dentro de un servicio de cirugía ambulatoria, los pacientes en general no requieren grandes dosis de analgesia POP.

Los pacientes son controlados en consultorio externo dentro de los 5 días del postoperatorio y si no son observadas complicaciones pueden retornar a sus actividades habituales.

Figura 3: *Herida al final del procedimiento.*



Se observa la herida al final del procedimiento.



Discusión:

En 2014 fueron presentados 2 trabajos iniciales de Meirero y Milone, en ambos se mostró una alta tasa de curación, 100% y 96% respectivamente con un promedio de retorno a las actividades laborales de 3 días lo cual presentó en los pacientes un alto porcentaje de satisfacción.

Años después fue publicado un trabajo prospectivo, multicéntrico, con un número mayor de pacientes (250), donde se observó una tasa de curación cercana al 95% con un tiempo corto de retorno a las actividades habituales (2 días).^{3,4,5} Otro trabajo randomizado comparó el tratamiento convencional con el miniinvasivo, observándose en este último grupo menor tiempo en el retorno al trabajo, mejores tasas de satisfacción de los pacientes y menor dolor postoperatorio, con tasas de complicaciones globales similares, si bien las infecciosas fueron menores.⁶

Gecim y cols., en 2017 presenta un trabajo realizando esta técnica, con menor número de pacientes, pero observando una tasa de curación del 100% con seguimiento de hasta 24 meses.⁷ Los resultados de otra serie prospectiva publicados ese mismo año, mostraron un 92% de curación, sin complicaciones y con un 97% de satisfacción de los pacientes tratados.

Por último, se publicó recientemente un estudio de revisión

donde se evaluaron un total de casi 500 pacientes donde se concluyó que el EPSiT es un método prometedor y seguro. Y que sus principales beneficios como hemos visto son la disminución del dolor postoperatorio, la rápida curación, y el rápido retorno a las actividades diarias y el trabajo.⁸

La desventaja estaría dada por el mayor costo debido a la necesidad de un experto en la técnica y un equipo especial, aunque no han sido evaluados los costos en término de las curaciones que se requieren en pacientes sometidos a los tratamientos convencionales, donde en algunos casos es requerida la asistencia de personal de enfermería.

Conclusiones:

El EPSiT es un nuevo método para el tratamiento del quiste pilonidal. El mismo es seguro y presenta varios beneficios para la calidad de vida de los pacientes que presentan esta condición. Debido a que los procedimientos convencionales traen aparejado un largo período de recuperación, con requerimiento de mayores dosis analgésicas y en ocasiones la necesidad de la asistencia del personal de salud.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía:

1. Johnson EK, Vogel JD, Cowan ML, Feingold DL, Steele SR. The American Society of Colon and Rectal Surgeons' Clinical Practice Guidelines for the Management of Pilonidal Disease. *Dis Colon Rectum*. 2019;62:146-157.
2. Giarratano G, Toscana C, Shalaby M, Buonomo O, Petrella G, Sileri P. Endoscopic Pilonidal Sinus Treatment: Long-Term Results of a Prospective Series. *JLS*. 2017;21:1-6.
3. Meirero P, Mori L, Gasloli G. Endoscopic pilonidal sinus treatment (E.P.Si.T.). *Tech Coloproctol*. 2014;18:389-392.
4. Milone M, Musella M, Di Spiezio Sardo A, Bifulco G, Salvatore G, Sosa Fernandez LM, et al. Video-assisted ablation of pilonidal sinus: a new minimally invasive treatment-a pilot study. *Surgery*. 2014;155:562-566.

5. Meirero P, Stazi A, Carbone A, Fasolini F, Regusci L, La Torre M. Endoscopic pilonidal sinus treatment: a prospective multicentre trial. *Colorectal Dis*. 2016;18:164-170.

6. Milone M, Sosa Fernandez LM, Musella M, Milone F. Safety and Efficacy of Minimally Invasive Video-Assisted Ablation of Pilonidal Sinus: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Surg*. 2016;151:547-553.

7. Gecim IE, Goktug UU, Celasin H. Endoscopic Pilonidal Sinus Treatment Combined With Crystalized Phenol Application May Prevent Recurrence. *Dis Colon Rectum*. 2017;60:405-407.

8. Emile SH, Elfeki H, Shalaby M, Sakr A, Giaccaglia V, Sileri P, et al. Endoscopic pilonidal sinus treatment: a systematic review and meta-analysis. *Surg Endosc*. 2018;32:3754-3762.