Colgajos fasciocutáneos en quiste pilonidal: una alternativa eficaz a las técnicas abiertas tradicionales

Fasciocutaneous flaps in pilonidal cyst: an effective alternative to traditional open techniques

Dra. Annika Stückrath[1], Dr. Gustavo Parera[2]

RESUMEN

Introducción: El quiste pilonidal sacrococcígeo es una patología frecuente en adultos jóvenes, asociada a elevada morbilidad y riesgo de recidiva. Históricamente, las técnicas abiertas han sido ampliamente utilizadas, aunque con tiempos prolongados de cicatrización y recuperación funcional.
Objetivo: Describir el uso de colgajos fasciocutáneos, incluyendo aquellos que incorporan fascia del glúteo mayor, en el tratamiento quirúrgico de quistes pilonidales primarios y recidivados.
Materiales y métodos: Se analizaron pacientes intervenidos mediante técnicas reconstructivas con colgajos fasciocutáneos, comparando su evolución con abordajes abiertos tradicionales.
Resultados: El empleo de colgajos permitió un cierre adecuado del defecto quirúrgico, con menor tiempo de cicatrización y rápida reinserción a las actividades habituales.
Conclusión: El uso de colgajos fasciocutáneos mejora los resultados funcionales y reduce la morbilidad postoperatoria en comparación con las técnicas abiertas tradicionales.

Palabras clave: colgajos fasciocutáneos, quiste pilonidal sacrococcígeo, recidiva.

ABSTRACT

Introduction: Sacrococcygeal pilonidal disease is a common condition in young adults, associated with high morbidity and recurrence rates. Historically, open techniques have been widely used, although they are associated with prolonged healing and recovery times.
Objective: To describe the use of fasciocutaneous flaps, including those incorporating gluteus maximus fascia, in the surgical treatment of primary and recurrent pilonidal disease.
Materials and methods: Patients undergoing reconstructive surgery using fasciocutaneous flaps were analyzed, and postoperative outcomes were compared with those of traditional open approaches.
Results: Fasciocutaneous flaps allowed adequate defect closure, shorter healing times, and early return to daily activities.
Conclusion: Fasciocutaneous flap reconstruction improves functional outcomes and reduces postoperative morbidity compared to open techniques.

Key words: fasciocutaneous flaps, sacrococcygeal pilonidal disease, recurrence.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2026;32(3):136-139. HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202603/0136-0139

INTRODUCCIÓN

La enfermedad pilonidal es resultado de una reacción granulomatosa ocasionada por el atrapamiento de pelo en la hendidura glútea y zonas aledañas[1]. Suele aparecer entre la 2da y 3ra década de la vida. El 70 al 75 % ocurre en el sexo masculino, generalmente de piel morena e hirsutismo y en el 1 al 2 % se asocian lesiones congénitas. En su forma de presentación aguda se manifiesta con dolor y tumefacción de la región sacrococcígea, que ocasionalmente puede estar acompañada de síntomas como decaimiento, fiebre, taquicardia. En otras ocasiones la consulta está motivada por el drenaje espontáneo de un líquido seroso, purulento o sanguíneopurulento en la región.

Crónicamente, se pueden evidenciar uno o varios orificios fistulosos de los cuales drena un líquido seropurulento[2]. Dicha sintomatología ocasiona una pérdida prolongada de la actividad normal del individuo, lo que resulta ser extremadamente limitante[3].

Si bien su etiología continúa siendo motivo de debate, Patey y Scarff postularon el carácter adquirido de la enfermedad, atribuyéndola a la penetración del pelo en el tejido celular subcutáneo con posterior reacción inflamatoria[4].

El objetivo del tratamiento quirúrgico es la curación definitiva de la enfermedad, minimizando las complicaciones, la recidiva, el impacto funcional y estético. Las técnicas quirúrgicas se agrupan clásicamente en abordajes abiertos y cerrados. Entre los primeros se destaca la marsupialización, mientras que entre las técnicas cerradas se encuentra el procedimiento de Karydakis, basado en la resección asimétrica y el desplazamiento lateral de la línea media[5]. En las últimas décadas, el desarrollo de técnicas reconstructivas con colgajos ha permitido optimizar los resultados, reduciendo la tensión en la línea media y aplanando el surco interglúteo. El objetivo de este trabajo es describir la experiencia con colgajos fasciocutáneos, incluyendo aquellos que incorporan fascia del glúteo mayor.

1. Médica.
2. Cirujano plástico, Jefe del Servicio de Cirugía Plástica, Sanatorio La Española. Jefe del Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Regional "Víctor Manuel Sanguinetti". Comodoro Rivadavia, Chubut. Miembro Adherente de SACPER.

✉ **Correspondencia:** Méd. Annika Stückrath.
annistuckrathmed@gmail.com

Los autores declaran que el manuscrito es original, no ha sido publicado previamente ni se encuentra en proceso de evaluación simultánea en otra revista. Asimismo, manifiestan no tener conflictos de intereses en relación con el presente trabajo

Recibido: 26/01/2026 | Aceptado: 18/08/2026

MATERIALES Y MÉTODOS

Se incluyeron 43 pacientes con diagnóstico de quiste pilonidal sacrococcígeo tratados quirúrgicamente. El estudio fue realizado de enero del 2016 a diciembre del 2025 en el Hospital Regional de Comodoro Rivadavia. El procedimiento consistió en la resección completa del quiste y de los trayectos fistulosos, seguida de reconstrucción mediante colgajos fasciocutáneos según la técnica de Dufourmentel (**Figura 1**).

El colgajo fue diseñado contralateral al área de mayor compromiso patológico, levantado con anclaje a la fascia del glúteo mayor con el objetivo de brindar mayor soporte y estabilidad. En todos los casos se colocó un drenaje de tipo Jackson-Pratt en posición alta, mantenido durante 48-72 horas. El seguimiento postoperatorio incluyó la evaluación de la evolución de la herida, la aparición de complicaciones y la presencia de recidivas.

RESULTADOS

La evolución postoperatoria fue favorable en la mayoría de los pacientes. Desde el punto de vista anatomopatológico, se caracterizaron por presentar una cavidad quística o trayecto fistuloso con pared constituida por tejido de granulación, fibrosis e infiltrado inflamatorio crónico, sin revestimiento epitelial verdadero en la mayoría de los casos. El anclaje del colgajo a la fascia del glúteo mayor permitió evitar desprendimientos profundos, disminuyendo el riesgo de colecciones o fístulas. Un paciente (2,3 %) presentó un hematoma que requirió reintervención quirúrgica. Dos pacientes (4,7 %) requirieron reintervención por la presencia de seromas, sin evidencia de infección. Se observó una recidiva al año de la cirugía en un paciente (2,3 %). El 90,7 % restante no presentó complicaciones.

La recuperación funcional fue rápida, con un día de internación. La reincorporación a las actividades cotidianas fue inmediata, con restricción de decúbito sobre el colgajo y recomendación de dormir en posición contralateral. El apoyo sobre el colgajo fue posible a la semana y la actividad física se retomó entre los 20 y 30 días (**Figura 2**).

DISCUSIÓN

El manejo quirúrgico del quiste pilonidal ha evolucionado desde técnicas abiertas hacia abordajes reconstructivos que priorizan la reducción de la morbilidad postoperatoria. Los colgajos fasciocutáneos, incluyendo aquellos que incorporan fascia del glúteo mayor, ofrecen un cierre estable, alejado de la línea media, y mejoran el resultado clínico y reconstructivo.

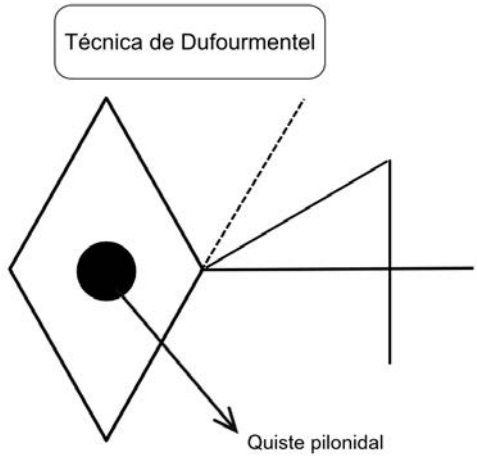

Figura 1. Esquema gráfico del colgajo de Dufourmentel.

El procedimiento quirúrgico ideal debería presentar una tasa mínima de recidiva, ser de ejecución sencilla, con curva de aprendizaje corta, bajo riesgo de complicaciones, adecuado control del dolor y permitir un postoperatorio breve con reinserción laboral precoz. La elección del abordaje varía según el contexto clínico, ya sea enfermedad aguda, cirugía programada, presencia de uno o múltiples orificios fistulosos, primera recidiva o recidivas múltiples, lo que impide que una única técnica abarque todo el espectro de presentación.

Las técnicas quirúrgicas se agrupan en procedimientos no resectivos, incisión simple para drenaje, destechamiento con curetaje y destechamiento con marsupialización, y procedimientos resectivos, que incluyen resección con cierre por granulación, cierre semicerrado, cierre primario simple y cierre primario complejo[2].

La técnica de Karydakis se clasifica como un abordaje cerrado con cierre primario, ya que consiste en la resección del seno pilonidal, seguida de la aproximación directa de los tejidos. Aunque se realiza la movilización de la piel y del tejido subcutáneo, no se clasifica como un colgajo geométrico de transposición, como es el caso de los colgajos de Limberg o Dufourmentel, sino que se define como un colgajo de avance lateral. Su objetivo fundamental es desplazar lateralmente la línea de sutura y aplanar el surco interglúteo, aspectos que están relacionados con una reducción en la tasa de recurrencia y en las complicaciones postoperatorias[6,7].

El colgajo de Dufourmentel se describió en 1962 como una modificación del colgajo de Limberg que mejora los resultados al disminuir el riesgo de isquemia. Su ventaja principal radica en un grado de rotación más favorable, lo que incrementa el suministro de irrigación en el área en reconstrucción, permitiendo así disminuir el riesgo de isque-

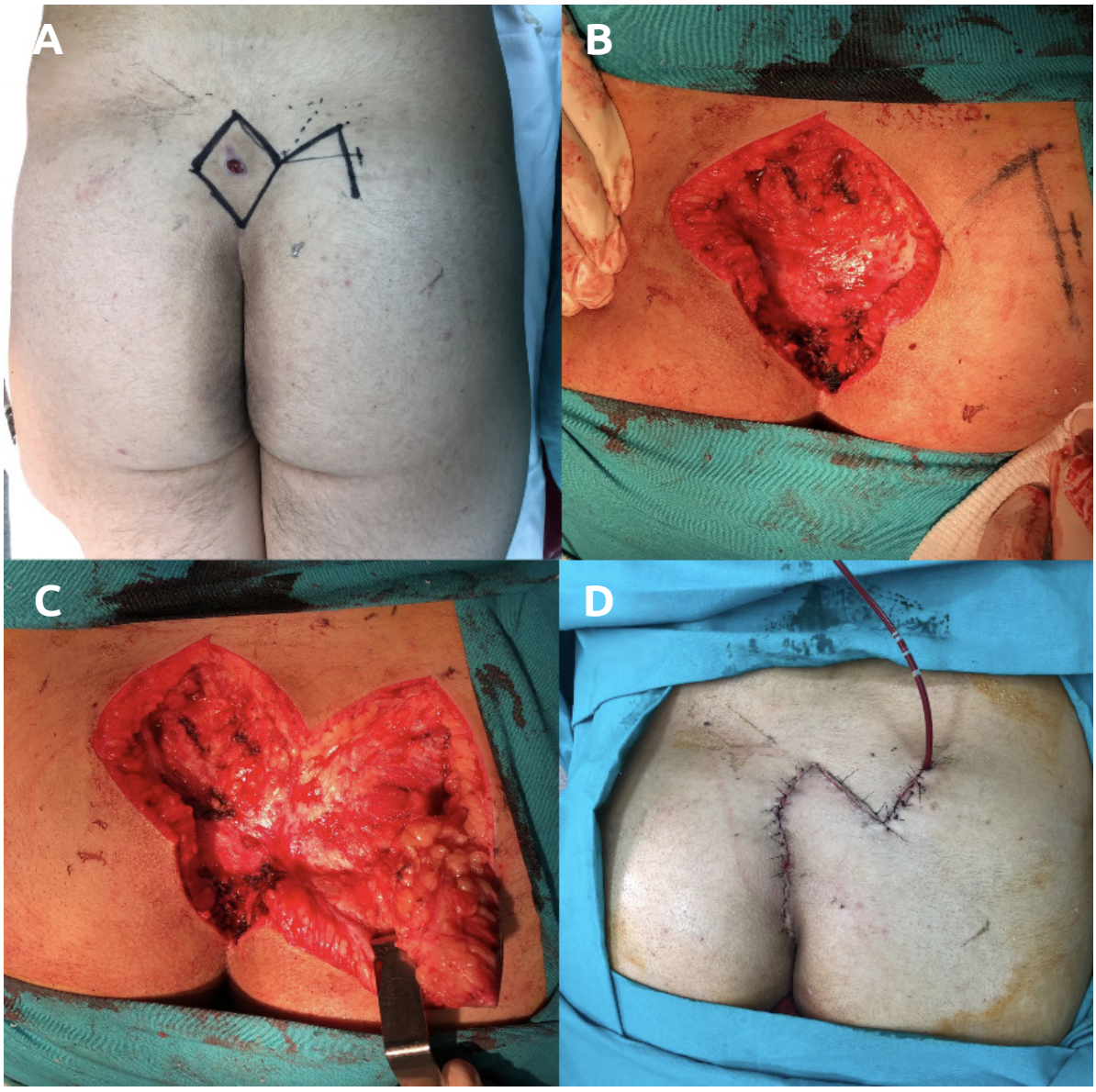

Figura 2. Tratamiento quirúrgico del quiste pilonidal mediante colgajo fasciocutáneo. A) Marcación preoperatoria del colgajo romboidal en región sacrococcígea. B) Defecto quirúrgico luego de la resección completa. C) Diseño y movilización del colgajo fasciocutáneo, incluyendo fascia del glúteo mayor, para cobertura del defecto y desplazamiento de la línea media. D) Resultado final con cierre sin tensión, alejamiento de la línea media y colocación de drenaje aspirativo.

mia. Entre sus desventajas, se puede señalar la alteración estética y el incremento en la duración de la cirugía; no obstante, gracias a la ubicación poco evidente de la cicatriz, este problema estético puede ser considerado manejable[8]. El colgajo de Dufourmentel, descrito como una modificación del colgajo de Limberg, ofrece un mayor grado de rotación y mejor irrigación, reduciendo el riesgo de isquemia y necrosis[8].

El seguimiento de la cirugía, independientemente de la técnica empleada, debe ser prolongado a fin de permitir la detección precoz de las recidivas. En pacientes hirsutos se recomienda el rasurado permanente de la región, junto con el mantenimiento de una adecuada higiene local y el control de la humedad. El rasurado puede realizarse con hoja de afeitar o máquina eléctrica, siendo esta última más cómoda para el autorrasurado. La depilación eléctrica u otros métodos depilatorios implican mayores costos sin demostrar un beneficio adicional, excepto por la comodidad. Recientemente, se han publicado trabajos que recomiendan la depilación láser como una alternativa para reducir las recidivas[2,9,10].

El diagnóstico diferencial de las lesiones de la región sacrococcígea incluye otras entidades como quistes dermoides, teratomas y cordomas, así como quistes del intestino caudal (tailgut cysts) y lesiones inflamatorias o neurogénicas, cuyo espectro ha sido sistematizado en las series de tumores presacros[2,11]. Dado que estas entidades pueden simular clínicamente una enfermedad pilonidal y que se han descrito casos de degeneración maligna sobre trayectos crónicos, se recomienda el envío

sistemático de la pieza de resección para estudio anatomopatológico[12]. En nuestra serie, el examen histológico confirmó en todos los casos hallazgos compatibles con enfermedad pilonidal, sin hallazgos inesperados, en concordancia con lo comunicado en series amplias donde la incidencia de malignidad es prácticamente nula[13]. Aun así, el diagnóstico anatomopatológico continúa siendo la herramienta que confirma la naturaleza de la lesión y descarta entidades congénitas o neoplásicas.

CONCLUSIÓN

El manejo quirúrgico del quiste pilonidal ha evolucionado desde técnicas abiertas hacia abordajes reconstructivos, que priorizan la reducción de la morbilidad postoperatoria. Los colgajos fasciocutáneos, particularmente aquellos que incorporan fascia del glúteo mayor, permiten un cierre estable y mejor impacto en la calidad de vida del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Álvarez Rubio FJ, Soto Ortiz JA, Quiñones Venegas R. Enfermedad pilonidal: ¿trastorno proctológico? Dermatol. CMQ, 2023;21(3):250–257.*
2. *Rodríguez Martin JA. Quiste dermoide sacrococcígeo. Sociedad Argentina de Cirugía Digestiva; 2009; III-381: 1-14. https://sacd.org.ar/wp-content/uploads/2020/05/tochentayuno.pdf*
3. *Manterola C, Otzen T. Dufourmentel rhomboid flap for sacrococcygeal pilonidal sinus: technical details. Int J Morphol. 2016;34(4):1207–1210. doi:10.4067/S0717-95022016000400005.*
4. *Da Silva JH. Pilonidal cyst: cause and treatment. Dis Colon Rectum. 2000;43:1146–1156.*
5. *Villalón CR, Cumsille GB, Bannura G. Enfermedad pilonidal sacrococcígea: análisis de dos técnicas quirúrgicas. Experiencia personal. Rev Cir. 2020;72(4):328–336. doi:10.35687/s2452-45492020004628.*
6. *Yardimci VH. Outcomes of two treatments for uncomplicated pilonidal sinus disease: Karydakis flap procedure and sinus tract ablation using a 1,470 nm diode laser combined with pit excision. Lasers Surg Med. 2020;52(9):848–854. doi:10.1002/lsm.23224. PMID: 32064640.*
7. *Kitchen PR. Pilonidal sinus: experience with the Karydakis flap. Br J Surg. 1996;83(10):1452–1455. doi:10.1002/bjs.1800831040. PMID: 8944470.*
8. *Ramallo IF, Aguilar E, Naranjo D. Colgajo de Dufourmentel en enfermedad pilonidal: serie de casos y revisión bibliográfica. Rev Argent Coloproctol. 2024;35(3):7–10. doi:10.46768/racp.v32i01.15.*
9. *Benedetto AV, Lewis AT. Pilonidal sinus disease treated by depilation using an 800-nm diode laser and review of the literature. Dermatol Surg. 2005;31:587-591.*
10. *Landa N, Aller O, Landa-Gundin N, et al. Successful treatment of recurrent pilonidal sinus with laser depilation. Dermatol Surg. 2005;31:26-28.*