

Una mirada epidemiológica: Tasa de egreso hospitalario por Quiste Pilonidal en Chile, 2021-2024

An epidemiological overview: Hospital Discharge rate for Pilonidal Cyst in Chile, 2021-2024

Michelle Toapanta Pesantes*^{ID}, Dayra Salgado Zapata^{ID}, Diosangela Montilla Robles^{ID},
Javiera Fabres Olguin^{ID} y María José Mora Salgado^{ID}



Citar como: Toapanta M, Salgado D, Montilla D, Fabres J, Mora MJ. Una mirada epidemiológica: Tasa de egreso hospitalario por Quiste Pilonidal en Chile, 2021-2024. *Revista Andes* [Internet]. 2026 [citado el 16 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://revista-andes.cl/ojs/index.php/inicio/article/view/70>

Recibido : 15/12/2025
Aceptado : 16/02/2026
Publicado : 16/03/2026



© Los autores, 2026.
Este es un artículo publicado de acceso abierto, bajo licencia de Creative Commons Attribution, que permite el uso, distribución y reproducción en cualquier medio, sin restricciones, siempre que el trabajo original sea correctamente citado.

Los autores declaran no poseer conflictos de interés.

No se declaran fuentes de financiamiento.

*Correspondencia:
Michelle Toapanta P.
michelletoapantap@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El quiste pilonidal (QP) es una condición crónica inflamatoria de la piel y el tejido subcutáneo asociada a recurrencias y hospitalización. **Objetivo:** Describir la tasa de egreso hospitalario (TEH) por QP y sus características epidemiológicas en Chile, durante el periodo 2021-2024. **Metodología:** Estudio descriptivo de serie temporal utilizando la base nacional de egresos hospitalarios y proyecciones poblacionales. Se calcularon tasas crudas por 100.000 habitantes, promedios de estancia y proporciones. El análisis se realizó con medidas de tendencia central y dispersión. **Resultados:** Se constató una TEH incrementada en 2024 (11.20 casos por 100.000 hab.). La TEH fue consistentemente mayor en hombres y se concentró en el grupo de 15-19 años (44.10 por cada 100.000 hab.). La mayoría de los egresos (61.80%) corresponden a QP sin absceso, estos cambios pueden vincularse a una mejor captación de pacientes o ser influenciados por la combinación de factores predisponentes. **Discusión:** Se observó tendencia al alza representando valores inferiores a la literatura internacional, sugiriendo un posible subregistro. La mayor TEH fue hombres jóvenes entre 15-19 años, posiblemente relacionado a factores biológicos, morfológicos y conductuales. La poca variación del promedio de estadía hospitalaria puede asociarse a la implementación de técnicas que permiten reducir el tiempo de hospitalización. **Conclusión:** El QP constituye una causa de hospitalización breve pero no despreciable, que afecta predominantemente a hombres jóvenes. Los hallazgos respaldan la necesidad de protocolos de manejo ambulatorio y dirigir estrategias de salud a este grupo poblacional.

Palabras clave: Chile, Hospitalización, Quiste Pilonidal, Epidemiología, Dermatología.

ABSTRACT

Introduction: Pilonidal cyst (PC) is a chronic inflammatory condition of the skin and subcutaneous tissue associated with recurrence and hospitalization. **Objective:** To describe the hospital discharge rate (HDR) for PC and its epidemiological characteristics in Chile during the period 2021–2024. **Methodology:** A descriptive time-series study was conducted using the national hospital discharge database and population projections. Crude rates per-100,000 inhabitants, average length of stay, and proportions were calculated. The analysis was performed using measures of central tendency and dispersion. **Results:** An increased HDR was observed in 2024 (11.20 cases per-100,000 inhabitants). The HDR was consistently higher in men and was concentrated in the 15–19-year age group (44.10 per-100,000 inhabitants). Most discharges (61.80%) corresponded to PC without abscess. These changes may be related to improved patient detection or influenced by a combination of predisposing factors. **Discussion:** An upward trend was observed, although values remained lower than those reported in the international literature, suggesting possible underreporting. The highest HDR occurred in young men aged 15–19 years, possibly related to biological, morphological, and behavioral factors. The limited variation in the average length of hospital stay may be associated with the implementation of techniques that reduce hospitalization time. **Conclusion:** PC represents a brief but non-negligible cause of hospitalization, predominantly affecting young men. These findings support the need for outpatient management protocols and targeted public health strategies for this population group.

Keywords: Chile, Hospitalization, Pilonidal Cyst, Epidemiology, Dermatology.

Introducción

El quiste pilonidal (QP) es una condición crónica inflamatoria de la piel y el tejido subcutáneo¹ caracterizada por la formación de cavidades quísticas que contienen material piloso². Originalmente descrita como una patología congénita producida a partir de restos del tubo neural; sin embargo, la evidencia contemporánea ha demostrado que se trata de una infección adquirida de la piel, originada por una reacción granulomatosa secundaria al atrapamiento de pelo en un tracto o cavidad pseudo quística³. Su localización más frecuente es en la línea media de la región sacrococcígea, especialmente en la hendidura glútea y zonas adyacentes, aunque se han descrito localizaciones atípicas como axila, la región inguinal y los espacios interdigitales⁴.

Desde el punto de vista epidemiológico, la incidencia global del QP se estima en aproximadamente 26 casos por cada 100 mil habitantes, afectando principalmente a la población joven entre 15-24 años. Tradicionalmente, esta patología ha mostrado mayor frecuencia en hombres, con una relación hombre:mujer cercana a 3:1⁴. No obstante, estudios recientes han evidenciado variaciones regionales en la distribución por sexo, lo que sugiere que factores socioculturales, ambientales y de acceso a salud podrían influir en su presentación clínica⁵.

En Latinoamérica, la información epidemiológica disponible sobre el QP es escasa. La mayoría de los estudios corresponden a series clínicas o reportes institucionales, lo que limita la extrapolación de sus resultados a nivel poblacional. En un metaanálisis realizado por *Luedi et al.*,⁵ se observó una mayor proporción femenina en América del Sur, en comparación con otras regiones del mundo, fenómeno que podría estar relacionado con diferencias en los patrones de consulta, factores culturales o criterios diagnósticos⁵.

En Chile, los antecedentes epidemiológicos son limitados y se restringen a estudios retrospectivos realizados en centros hospitalarios específicos. Un estudio realizado entre 2013-2018, por el Hospital de Carabineros de Chile y Clínica Dávila, describió un predominio de esta entidad en pacientes del sexo masculino, llegando a presentarse dos veces más en hombres que en mujeres, con una edad promedio de 21 y 19 años, respectivamente¹, lo cual coincide con lo reportado en la literatura internacional.

Se han descrito factores de riesgo como obesidad, sedentarismo y traumatismo local^{3,4,6}, los cuáles contribuyen a explicar su distribución epidemiológica. Clínicamente se presenta de forma asintomática, aguda o crónica, cursando en ocasiones con períodos recurrentes de agudización y remisión⁴. Estas manifestaciones clínicas pueden generar un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes, especialmente en la población joven laboralmente activa ya que genera ausentismo escolar y laboral⁷.

Su manejo implica principalmente intervenciones quirúrgicas, con gran uso de recursos hospitalarios¹ y eventual resolución diferida⁸. Además, destaca la ausencia de un protocolo terapéutico estandarizado, lo que ha favorecido una marcada heterogeneidad en su abordaje. Esto podría traducirse en reingresos hospitalarios, complicaciones post operatorias, con consiguiente aumento en consumo de recursos sanitarios, lo que refuerza la necesidad de comprender mejor su comportamiento epidemiológico^{2,9}.

A partir de lo expuesto y considerando la actual brecha de conocimiento existente sobre el impacto real del QP en el sistema de salud chileno, se plantea el presente estudio. Su objetivo es describir por primera vez a nivel nacional la tasa de hospitalización por QP en Chile mediante el análisis de los egresos entre 2021 y 2024. Los resultados proporcionarán una línea base epidemiológica esencial para la planificación de recursos, la evaluación de prácticas clínicas y el desarrollo de futuras investigaciones sobre esta patología.

Objetivo General

Establecer la tasa de egreso hospitalario por Quiste Pilonidal durante el periodo 2021-2024 en Chile.

Objetivos Específicos

1. Calcular la tasa de egreso hospitalario según sexo y grupo etario.
2. Determinar el promedio de días de hospitalización.
3. Definir la distribución porcentual según presencia o ausencia de absceso.

Metodología

Esta investigación corresponde a un estudio de tipo retrospectivo, descriptivo, observacional y transversal, con el objetivo de establecer la tasa de egresos hospitalarios por QP en Chile durante enero de 2021 y diciembre de 2024.

Dentro de las variables de interés se analizó el sexo, grupo etario, estadía de la hospitalización y distribución porcentual según presencia o ausencia de absceso. Para ello se recolectó información a partir de la base de datos del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), del Ministerio de Salud (MINSAL), identificados a través del código CIE-10: L05.0 para QP con absceso y L05.9 para QP sin absceso. La información demográfica se obtuvo desde el Censo de Población y Vivienda 2024, ejecutado por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

La tasa cruda de egresos hospitalarios (TEH) se calculó mediante la *Fórmula N°1*. Para el denominador se utilizaron datos proyectados de población oficiales, sin ajustar por edad ni sexo.

Fórmula N° 1.

$$TEH = \frac{\text{Número de egresos hospitalarios por QP (2021-2024)}}{\text{Población total}} \times 100,000$$

Se realizó un análisis descriptivo de los datos utilizando medidas de tendencia central (promedio y distribución porcentual), graficando sus respectivos resultados mediante Microsoft Office Excel.

Este estudio no requirió evaluación por comité de ética ni autorización de consentimiento informado, ya que se basa en un estudio observacional con datos previamente protegidos, sin identificar datos personales o sensibles de los usuarios.

Además, no se contó con financiamiento para la elaboración de este trabajo de investigación. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Resultados

La muestra fue de 7,764 egresos hospitalarios por quiste pilonidal durante el periodo 2021 a 2024, con una TEH de 10.50 casos por cada 100.000 habitantes. El año con mayor TEH fue 2024 con 11.20 casos por cada 100,000 habitantes, seguido de los años 2022 y 2021 con 10.65 y 10.36 casos por cada 100,000 habitantes, respectivamente. Por último, el año 2023 obtuvo la menor TEH con 9.80 casos por 100,000 habitantes.

Se observó que en relación con la variable sexo, los hombres presentaron una TEH de 13.33 casos por cada 100,000 habitantes, y las mujeres una TEH con 7.83 casos por cada 100,000 habitantes. Los hombres obtuvieron mayor TEH en todos los años en estudio. Se observa que el año 2024 obtuvo la mayor TEH en ambos sexos, siendo de 14.22 y 8.35 casos por 100,000 habitantes para hombres y mujeres, respectivamente. El año 2023 se obtuvo la menor TEH para los hombres con 12.22 casos por 100,000 habitantes, mientras que para las mujeres fue el año 2021 con 7.40 casos por 100,000 habitantes (*Figura N°1*).

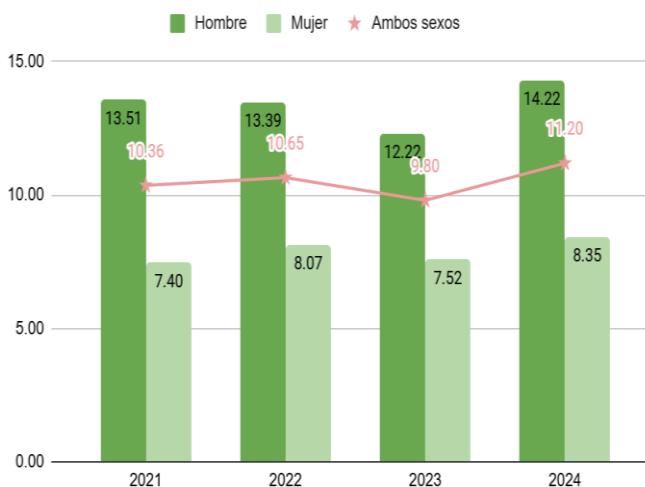


Figura N°1. TEH por cada 100,000 habitantes por QP según sexo en Chile (2021-2024). Fuente: Elaboración propia.

El grupo etario que destacó con mayor TEH fue el de 15-19 años con 44.10 casos por cada 100,000 habitantes, seguido del grupo de 20-44 años con 16.60 casos por 100,000 habitantes. El grupo de 5-9 y 80+ años presentaron la menor TEH con 0.35 y 0.21 casos por 100,000 habitantes, respectivamente (*Figura N°2*).

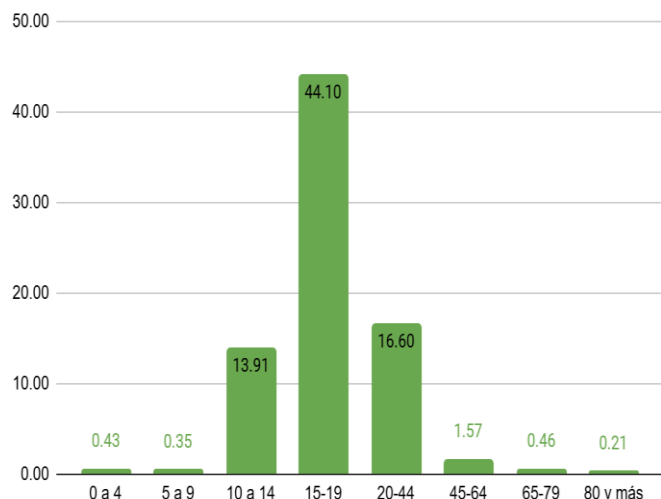


Figura N°2. TEH por cada 100,000 habitantes por QP según grupo etario en Chile (2021-2024). Fuente: Elaboración propia.

El promedio de estadía hospitalaria del periodo fue de 1.68 días. Respecto al año con mayor promedio de estadía hospitalaria fue 2024 con 1.71 días, mientras que en el 2022 obtuvo el menor promedio de estadía hospitalaria con 1.65 días (Figura N°3).



Figura N°3. Promedio de estadía hospitalaria por QP en Chile (2021-2024). Fuente: Elaboración propia.

Al explorar la distribución porcentual de QP según presencia de absceso o sin absceso, destaca que el quiste pilonidal sin presencia de absceso registra 61.8% correspondiente a 4.795 egresos, mientras que el quiste pilonidal con presencia de absceso obtuvo un

38.2% correspondiendo a 2.969 egresos (Figura N°4).

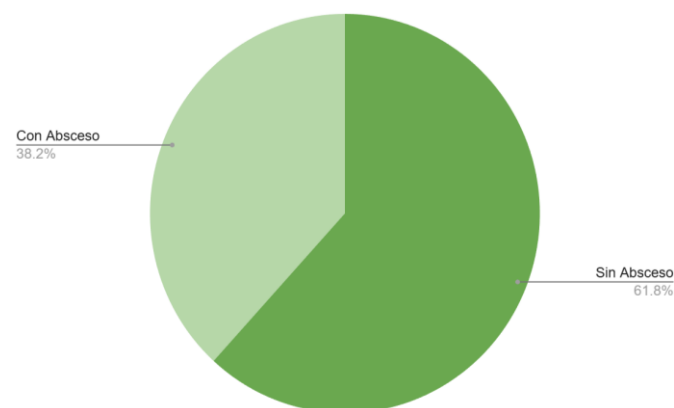


Figura N°4. Distribución porcentual de QP según presencia de absceso en Chile (2021-2024). Fuente: Elaboración propia.

Discusión

La enfermedad del QP es una condición crónica adquirida que se presenta mayormente en la región sacrocoxígea y puede agudizarse con síntomas intermitentes a lo largo de varios años. Comúnmente afecta a adultos jóvenes, entre la segunda y tercera década de la vida, que se encuentran en edad laboral, lo que representa una gran morbilidad y un costo socioeconómico significativo^{1,3,9}.

Estudios internacionales describen una TEH de 26 por cada 100.000 habitantes en Estados Unidos y de 48 por cada 100.000 en Alemania¹⁰. Un estudio Danés reporta un aumento de la TEH de 26.1 a 39.6 por cada 100.000 habitantes al año entre 1996 y 2021¹¹. Al analizar los datos obtenidos en nuestro estudio, observamos que coincide con los datos internacionales, aunque con valores menores en comparación a estudios internacionales (10.50 en comparación a 26 casos por 100.000 habitantes). Debemos tomar en cuenta las diferencias y factores poblacionales en donde los países europeos tienen mayores ingresos hospitalarios y mejores registros sanitarios^{5,10}.

Históricamente el quiste pilonidal se ha presentado predominantemente en sexo masculino con una relación 3:1(4). Sin embargo, en los últimos años, estudios realizados en Latinoamérica describieron un incremento en la incidencia en mujeres, (5,9) lo que sugiere un cambio en el perfil epidemiológico tradicional de la

enfermedad. Este hallazgo refleja que la brecha entre ambos sexos es cada vez menor; sin embargo, nuestro estudio refuerza la mayor predominancia en el sexo masculino con una relación 7:1. Se describen factores relacionados a características biológicas: cantidad y grosor del vello corporal, hiperhidrosis lo que favorece la incrustación del vello y la aparición de esta enfermedad^{4,6,12,13}.

Con respecto a la TEH por grupo etario, estudios internacionales muestran que la edad promedio es de alrededor de 24.4 años con un rango entre 15-45 años^{1,9,14}. Un estudio realizado en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre 2013 y 2019, demostró un promedio de edad de 22.5 años. En esta investigación el promedio de edad fue de 20.5 años, lo que se adapta a lo descrito en la literatura nacional e internacional⁹. Esto se podría explicar por una combinación de factores biológicos, conductuales y mecánicos, como microtraumas repetitivos y la presión prolongada por sedentarismo y actividades que implican permanecer sentado por largos periodos, frecuentes en estudiantes y trabajadores jóvenes^{2,6,13}.

El promedio de días de estadía hospitalaria durante el periodo de estudio fue de 1.68 días, sin mayor variación significativa entre el año 2021 y 2024; estos hallazgos se correlacionan a un estudio realizado en el Hospital de los Ángeles en Chile, en donde se documentó que la hospitalización promedio fue de 1.7 días¹⁵. Estudios internacionales definen que los días de hospitalización varían según el contexto clínico y tratamiento recibido¹⁶. Por consiguiente, la hospitalización por quiste pilonidal suele ser muy breve en la actualidad, y en su mayoría requiere un manejo ambulatorio¹⁷.

Estudios internacionales describen un 53% de enfermedad pilonidal abscedada¹¹, en contraste con nuestro estudio que describe una distribución de 61.8% sin absceso. Asimismo, la brevedad de la estadía hospitalaria observada en nuestro análisis (promedio 1,68 días) refuerza la idea de un abordaje precoz y resolutivo, caracterizado por un manejo quirúrgico ambulatorio, con altas tasas de egreso el mismo día, lo que reduce el registro de cuadros abscedados. Otro factor posible es la variabilidad en la codificación CIE-10 (L05.0 vs L05.9), que podría subestimar los casos abscedados en la base DEIS.

La limitada evidencia nacional referente a esta patología otorga un gran interés a nuestro estudio, el cual, al utilizar datos reales, brinda representatividad y solidez a los resultados, permitiendo conocer la realidad local, y aportar evidencia que facilite la identificación de patrones epidemiológicos. Pese a las limitaciones inherentes a su diseño retrospectivo, como posibles errores de codificación, subregistro y la falta de acceso a información clínica relevante (ocupación, hábitos higiénicos y factores de riesgo asociados a la recurrencia). Los hallazgos de este trabajo constituyen una base para futuras investigaciones orientadas a desarrollar estrategias de diagnóstico precoz y manejo oportuno, contribuyendo al fortalecimiento de la evidencia nacional y la optimización del abordaje integral del QP en Chile.

Conclusión

En Chile, durante 2021-2024 la TEH por QP fue de 10,50 por cada 100,000 habitantes, constituyendo una causa de hospitalización breve pero no despreciable, que afecta predominantemente a hombres jóvenes.

Previamente los estudios nacionales publicados corresponden en su mayoría a series clínicas institucionales y análisis retrospectivos de hospitales específicos. Este estudio corresponde al primer análisis epidemiológico poblacional del QP en Chile basado en registros nacionales de egresos hospitalarios (DEIS) y proyecciones poblacionales oficiales (INE), siendo una base sólida para investigaciones posteriores.

Es necesario continuar implementando estrategias de manejo estandarizado, así como fortalecer herramientas de registro. Futuros estudios deberían vincular egresos con procedimientos y/o factores de riesgos asociados, con el fin de realizar una caracterización clínica epidemiológica en Chile comparable entre países.

La limitación principal de este estudio radica en el uso de datos administrativos susceptibles a errores de codificación, lo que, asociado a la falta de acceso a variables clínicas relevantes, puede afectar la comparación con estudios internacionales.

Referencias Bibliográficas

1. Cassana A, Villalón CR. Enfermedad pilonidal sacrococcígea tratada según técnica Karydakís: resultados quirúrgicos con más de 5 años de seguimiento. *Rev Chil Cir* [Internet]. 2024 [citado el 22 de septiembre de 2025];76(6):579–586. Disponible en: <https://doi.org/10.35687/s2452-454920240062287>
2. Hull TL, Wu J. Pilonidal disease. *Surg Clin North Am* [Internet]. 2002 [citado el 22 de septiembre de 2025];82(6):1169–1185. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0039-6109\(02\)00062-2](https://doi.org/10.1016/S0039-6109(02)00062-2)
3. Mahmood F, Hussain A, Akingboye A. Pilonidal sinus disease: review of current practice and prospects for endoscopic treatment. *Ann Med Surg (Lond)* [Internet]. 2020 [citado el 22 de septiembre de 2025];57:212–217. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2020.07.050>
4. Álvarez Rubio FJ, Soto Ortiz JA, Quiñones Venegas R. Enfermedad pilonidal: ¿trastorno proctológico? *Dermatol CMQ* [Internet]. 2023 [citado el 22 de septiembre de 2025];21(3):250–257. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2023/dcm233j.pdf>
5. Luedi MM, Schober P, Stauffer VK, Diekmann M, Doll D. Global gender differences in pilonidal sinus disease: a random-effects meta-analysis. *World J Surg* [Internet]. 2020 [citado el 22 de septiembre de 2025];44(11):3602–3609. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00268-020-05702-z>
6. Harju J, Söderlund F, Yrjönen A, Santos A, Hermunen K. Pilonidal disease treatment by radial laser surgery (FiLaC™): the first Finnish experience. *Scand J Surg* [Internet]. 2020 [citado el 22 de septiembre de 2025];110(4):520–523. Disponible en: <http://doi.org/10.1177/1457496920975610>
7. Salimi-Jazi F, Abrajano C, Garza D, Rafeeqi T, Yousefi R, Hartman E, Hah K, Wilcox M, Diyaolu M, Chao S, Su W, Hui T, Mueller C, Fuchs J, Chiu B. Burden of pilonidal disease and improvement in quality of life after treatment in adolescents. *Pediatr Surg Int*. 2022;38(10):1453–1459. Disponible en: <http://doi.org/10.1007/s00383-022-05175-2>
8. Tam A, Steen CJ, Chua J, Yap RJ. Pilonidal sinus: an overview of historical and current management modalities. *Updates Surg* [Internet]. 2024 [citado el 22 de septiembre de 2025];76(3):803–810. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13304-024-01799-2>
9. Cortés Fuentes V, Zambra R M, Díaz B M, Azolas M R, Abedrapo M M, Sanguinetti M A. Manejo abierto del quiste pilonidal. *Rev Cir* [Internet]. 2024 [citado el 22 de septiembre de 2025];76(1):7–12. Disponible en: <https://doi.org/10.35687/s2452-454920240011860>
10. Milone M, Velotti N, Manigrasso M, Milone F, Sosa Fernandez LM, De Palma GD. Video-assisted ablation of pilonidal sinus (VAAPS) versus sinusectomy for treatment of chronic pilonidal sinus disease: a comparative study. *Updates Surg* [Internet]. 2019 Mar [citado el 22 de septiembre de 2025];71(1):179–183. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13304-018-00611-2>
11. Faurschou IK, Erichsen R, Doll D, Haas S. Time trends in incidence of pilonidal sinus disease from 1996 to 2021: a Danish population-based cohort study. *Colorectal Dis* [Internet]. 2024 [citado el 22 de septiembre de 2025];27(1): e17227. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/codi.17227>
12. Duman K, Gırgın M, Harlak A. Prevalence of sacrococcygeal pilonidal disease in Turkey. *Asian J Surg* [Internet]. 2017 [citado el 22 de septiembre de 2025];40(6):434–437. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.asjsur.2016.04.001>
13. Bi S, Sun K, Chen S, Gu J. Surgical procedures in the pilonidal sinus disease: a systematic review and network meta-analysis. *Sci Rep* [Internet]. 2020 [citado el 22 de septiembre de 2025]; 10:13720. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-70641-7>
14. Ardelt M, Dennler U, Fahrner R, Hallof G, Tautenhahn HM, Dondorf F, et al. Puberty is a major factor in pilonidal sinus disease: gender-specific investigations of case number development in Germany from 2007 until 2015. *Chirurg* [Internet]. 2017 [citado el 22 de septiembre de 2025];88(11):961–967. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00104-017-0463-7>

15. Ginostroza C, Guzmán S, Becerra M, Roa JC. Quiste pilonidal abscedado: tratamiento definitivo en un tiempo. *Rev Chil Cir* [Internet]. 2011 [citado el 22 de septiembre de 2025];63(1):47–52. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0718-40262011000100009>

16. Gil LA, Deans KJ, Minneci PC. Management of pilonidal disease: a review. *JAMA* [Internet]. 2024 [citado el 22 de septiembre de 2025];331(12):1070–1071. Disponible en: <http://doi.org/10.1001/jamasurg.2023.0373>

17. Gallinella Muzi M, Maglio R, Milito G, Nigro C, Ciangola I, Bernagozzi B, et al. Long-term results of pilonidal sinus disease with modified primary closure: new technique on 450 patients. *Am Surg* [Internet]. 2014 [citado el 22 de septiembre de 2025];80(5):484–488. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24887728/>