

TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CISTO PILONIDAL SACROCOCCÍGEO EM FASE DE SILÊNCIO OU ABSCEDADO

Farjalla Catan¹

RESUMO

O autor, baseado em sua experiência, defende e dá ênfase ao processo da técnica de incisão e curetagem, para o tratamento cirúrgico do cisto pilonidal sacrococcígeo em fase de silêncio ou abscedado. Comprova, mediante gráficos e cálculos percentuais, os resultados altamente satisfatórios obtidos por esta técnica, que também oferece simplicidade de execução, ausência de recidivas e conforto para os pacientes, isto é, ausência de dor no pós-operatório, curto espaço de tempo de baixa hospitalar e rápido retorno às atividades normais.

O cisto pilonidal sacrococcígeo, pela sua incidência na patologia proctológica, é de grande relevância, daí ter sido objeto de muitos estudos quanto à sua etiopatogenia e, conseqüentemente, ao tratamento adequado para a sua resolução.

Deve-se a *Hodges*, em 1880, a denominação de cisto pilonidal — que vem do latim (pilus = pêlo; nidus = ninho) — assim como se deve a *Mayo* a descrição inicial da doença, em 1833, e a etiologia do pêlo na doença sacrococcígea, a *Warren*.

É claro que vários autores e pesquisadores defendem a sua tese com relação à etiopatogenia; daí surgirem as mais variadas teorias: 1) de um processo congênito, em comparação a outro cisto com presença de pêlos, por exemplo: o cisto dermóide do ovário; 2) a teoria da persistência do canal neural defendido por *Tourneaux* e *Her-*

mann; 3) outros acham que era causado pela presença de espina bífida e retenção de tecido mesodérmico, com a preservação da fosseta caudal, que pela sua evolução e granulação, constitui o cisto sacrococcígeo.

Outras teorias surgiram, porém não mantinham consistência científica, como a do sínus dermóide congênito.

Foi graças às diversas teorias acima apresentadas que apareceu a teoria da inclusão do tecido dermóide (*Féré*), partindo daí as teorias de inclusão por sucção dos tecidos do ectoderma, na região sacrococcígea de *Patey* e *Scorff* (1948) e outros.

Com estes estudos surgiu, então, a teoria mais moderna da doença pilonidal ser adquirida. Esta foi exaustivamente estudada e pesquisada por *Patey*, e vem ao encontro da evidência cotidiana da doença, em que há formação de um processo reativo na região sacrococcígea, com tendência a se absceder e cujo cisto apresenta uma reação inflamatória do tipo granulomatosa. *Brearley* sugeriu, que pelo atrito da região com o sentar e

1 Professor Titular do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde — Universidade de Caxias do Sul — Disciplina de Colo-Proctologia. Especialista em Proctologia pela A.M.B. Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgiões. Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Titular do Dep. de Colo-Proctologia da AMRIGS

— Proibida a reprodução total ou parcial para fins comerciais

levantar, a elevação do fáschia sacrococcígeo facilitaria a punção e determinaria a penetração do referido feixe na pele, com a forte contração dos glúteos distendendo a linha média e aumentando o sínus.

Devage, pesquisando um sem-número de pacientes, constatou a presença de pêlos livres no tecido de granulação, e em outros constatou a presença de pêlos associados a glândulas sudoríparas e sebáceas na pele de cobertura. As anomalias dos ossos do cóccix são também relatadas como causadoras do processo de abscedação do sínus, pelo traumatismo permanente na região dos tecidos de revestimento.

É unânime a opinião dos cirurgiões e proctologistas que o tratamento adequado seja pela cirurgia cruenta, e para isso surgem as mais variadas práticas, modificações e adaptações das técnicas originais, de acordo com a experiência e observação de cada profissional.

Proposta a primeira técnica de exérese do processo global — com fechamento da ferida com sutura, com o fim de evitar os exaustivos curativos e dias de espera para a cura, cónforme afirmativa de *Swenson, Turell* e outros — sofreu ela as primeiras críticas por parte de *Gabriel*, devido às deiscências das suturas, no decorrer do pós-operatório. Na compensação destas dificuldades, surgiu outra técnica, pelo fechamento parcial, na tendência de minorar o sofrimento dos pacientes e observar a cicatrização — proposta por *Deprizio, Mac Fee, Healy, Hoffert* e outros — porém os resultados não foram os melhores esperados.

Surge a técnica da marsupialização do abscesso sacrococcígeo pilonidal, proposta por *Buie*, em 1937, e redefendida pelo mesmo autor em 1952; é uma técnica simples e foi seguida posteriormente por outros, como *Coffey, Cavanagh* e outros. Não satisfeito com os resultados das técnicas, outros procedimentos baseados na teoria atual da doença pilonidal sacrococcígea, surgem técnicas como a mobilização plástica dos retalhos da pele dos glúteos, suturados sobre o leito sacrococcígeo, as técnicas da incisão e fechamento em "Z" e outras táticas cirúrgicas, que não serão aqui abordadas, por carecerem de comprovação técnico-científica.

Em 1945, *Jacobs* propõe, pela primeira vez, a operação de incisão e curetagem, ainda sem grande embasamento de pesquisa, seguido por *Ferguson, Marks* e outros, e, atualmente, com mais segurança, a teoria moderna resultante dos estudos realizados por *Patey, e Scarff e Goodall*, em 1961, e *Zimmermann*, em 1970. A operação

foi se tornando mais difundida e, devido ao entusiasmo dos resultados satisfatórios e tempo relativamente pequeno de cicatrização, aliados à simplicidade da técnica e ao baixo índice de recidiva, muitos profissionais preferiram este método aos demais.

Esta técnica despertou grande interesse e, em nosso meio, levou o Dr. *José Hipólito da Silva* a defender tese de doutoramento em São Paulo, e a nós à apresentação deste trabalho.

Nele procuramos fazer um confronto com as várias técnicas, de acordo com a nossa vivência cirúrgica, estatisticamente comprovada, nestes últimos anos. Para isto, escolhemos cerca de 200 pacientes, por nós operados e observados por vários anos, nos quais nós computamos idade, cor, sexo, técnicas adotadas e tempo de cicatrização, e se houve recidiva no processo e qual o resultado final, até a conclusão desta apresentação.

Em nosso estudo, constatamos que os pacientes, por nós submetidos à cirurgia, apresentavam as seguintes tabelas:

Quanto ao sexo:

Sexo	Nº de pacientes	%
Masculino	143	71,50
Feminino	57	28,50
Total	200	100,00

Quanto à cor:

Cor	Nº de pacientes	%
Branca	191	95,50
Preta	9	4,50
Total	200	100,00

Verificamos, também, que o parâmetro de idade dos pacientes em estudo variava entre 12 e 47 anos, assim distribuídos, cuja idade média oscilava em torno de 21 anos. A média, de acordo com o sexo, variava em torno de 23,5 anos para o sexo masculino e de 20 para o sexo feminino.

Quanto à idade

Idade	Sexo masculino	Sexo feminino
Média	23,5	20,0

As técnicas cirúrgicas a que foram submetidos são enquadradas pela tabela seguinte:

Quanto às técnicas

Técnicas cirúrgicas	Nº de pacientes	%
Aberta	84	42,0
Fechada	31	15,5
Incisão e curetagem	55	27,5
Fechamento parcial	15	7,5
Rotação de retalho	2	1,0
Marsupialização	10	5,0
Técnica em "Z"	3	1,5
Total	200	100,0

Como a casuística é maior nas técnicas cirúrgicas ditas abertas, fechamento primário e incisão e curetagem, as nossas conclusões e dados estatísticos detalhados serão basicamente sobre elas. Na realidade, constitui a nossa preferência a defesa desta última.

Pela técnica aberta 84 pacientes foram submetidos à cirurgia pela excisão sem sutura, com os seguintes resultados e conseqüências, demonstrado na tabela abaixo:

Cicatrização por segunda intenção

Tempo de cicatrização	Nº de pacientes	%
De 4 a 6 semanas	36	42,86
De 7 a 10 semanas	12	14,28
De 11 a 14 semanas	6	7,14
De mais de 14 semanas	30	35,72
Total	84	100,00

Assim, constatamos que, pela técnica aberta, o tempo de fechamento da ferida por cicatrização, por segunda intenção, varia de um período de quatro a mais de 14 semanas, variando o quadro

apresentado pelo paciente, por ocasião da cirurgia, se se tratava de um processo ainda recente, ou portador de múltiplos trajetos fistulosos, ou se os cuidados pós-operatórios foram descuidados pelo próprio paciente, retardando, assim, o processo de limpeza e o cuidado da ferida, perturbando o mecanismo de epitelização da ferida operatória. A revisão destes casos nos revelou o seguinte:

Setenta e nove pacientes tiveram a sua alta com cura completa e cinco tiveram recidiva da doença. Estes eram portadores de múltiplos trajetos fistulosos. Podemos demonstrar o exposto, na tabela abaixo:

Revisão dos casos

Resultado	Nº de pacientes	%
Cura completa	79	94,05
Recidivas	5	5,95
Total	84	100,00

Um grupo de 31 pacientes submetidos à cirurgia dita fechada, pela excisão e fechamento primário da ferida operatória, com os seguintes resultados e conseqüências:

Quanto aos resultados

Resultados	Nº de pacientes	%
Cicatrização em 1ª intenção	22	70,96
Deiscência	9	29,04
Total	31	100,00

Quanto às conseqüências:

Conseqüências	Nº de pacientes	%
Deiscência com supuração	7	77,80
Deiscência sem supuração	2	22,20
Total	9	100,00

Os pacientes que tiveram deiscência foram submetidos a tratamento posterior, com os seguintes resultados:

Conseqüências	Nº de pacientes	Cicatrização por segunda intenção	Recidivas
Deiscência com supuração	7	5	2
Deiscência sem supuração	2	2	0
Total	9	7	2

A revisão destes mesmos 31 pacientes submetidos à ressecção do cisto pilonidal com sutura primária, tiveram os seguintes resultados:

Resultado	Nº de pacientes	%
Dados como curados	29	93,55
Recidivas	2	6,45
Total	31	100,00

A conseqüência cirúrgica, como supuração e deiscência, constituindo uma percentagem de cerca de 30% dos casos, deve-se aos pacientes portadores de mais de um trajeto fistuloso, com sulco interglúteo muito profundo e, possivelmente, por tensão da sutura, sendo assim a ressecção mais ampla da pele e da tela subcutânea. A deiscência ocorreu pela formação de pontos de falsos trajetos fistulosos e má cicatrização por infecção intercorrente dos espaços mortos. Destes nove pacientes que tiveram deiscências, sete as tiveram com supuração e dois sem supuração.

Submetidos à revisão pós-operatória, com retirada da sutura e limpeza da ferida, dos sete pacientes com supuração, dois apresentavam recidiva da doença, como ficou constatado no acompanhamento.

Descreveremos a técnica de incisão e curetagem sucintamente, graças à simplicidade do método:}

1. Identificação do trajeto sinusal com uma tentacânula introduzida no orifício, quando presente.
2. Incisão da pele com bisturi sobre o leito da tentacânula.
3. Curetagem do cisto, removendo o máximo de tecido granuloso, até a exposição da parede do cisto.
4. Pesquisa de outros trajetos fistulosos secundários.
5. Ressecção da pele excedente, economicamente, correspondente aos orifícios fistulosos.
6. Não é necessária a ligadura de vasos sanguíneos.

7. Revisão da ferida operatória.

8. Tamponamento com gaze furacinada.

Deixamos de nos referir aos cuidados pré e pós-operatórios, por serem óbvios, e lembramos apenas que a posição adotada é a de decúbito ventral ou de Depage.

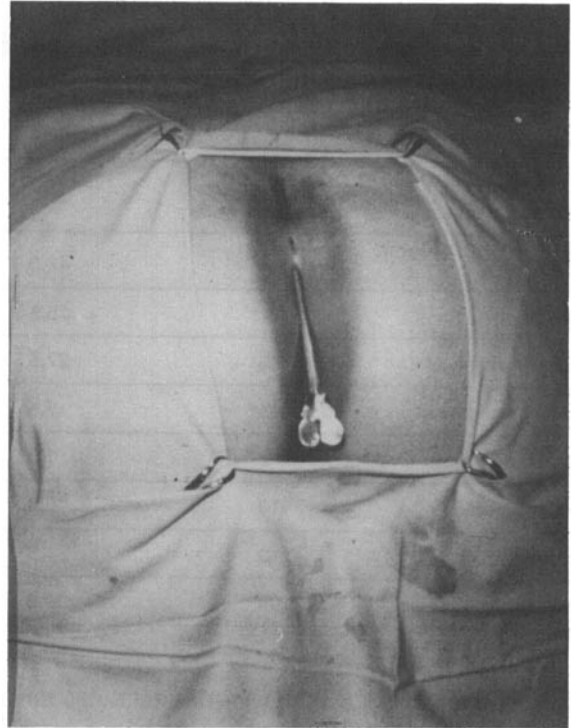


Fig. 1 – Identificação do trajeto sinusal.

Submetemos, por esta técnica, 55 pacientes, cujos resultados e conseqüências foram os seguintes, observados os tempos de cicatrização:

Tempo de cicatrização	Nº de pacientes	%
Até o 15º dia	24	43,65
Do 15º até o 30º dia	21	38,18
Do 30º até o 45º dia	4	7,27
Além do 45º dia	6	10,90
Total	55	100,00

(Nota: o tempo médio foi de 20 dias.)

Estes pacientes foram acompanhados por um período de 28 meses, e, até o presente momento, não constatamos nenhuma recidiva. Esta observação nos dá grande entusiasmo para continuarmos a pesquisar e praticar o método, mantendo revisão de nossos pacientes operados, para futuras conclusões.

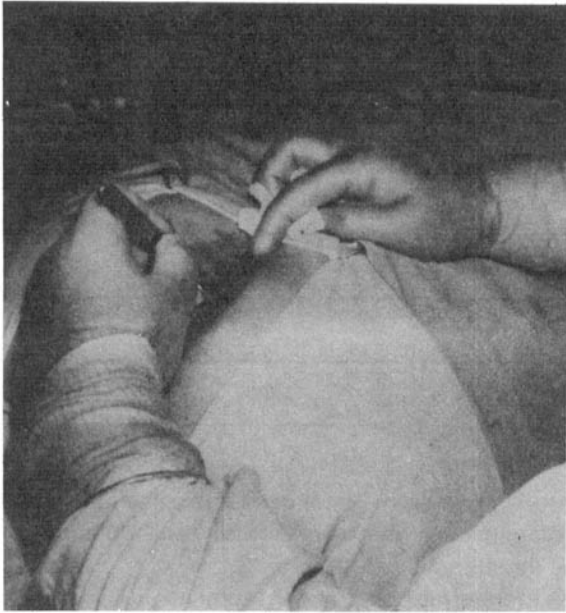


Fig. 2 – Incisão da pele, com bisturi sobre a tentacênula.

O pós-operatório foi o mais simples possível. Respeitadas as prescrições dos anestesiológicos, a dieta foi livre e branda, sem necessidade do uso de antibióticos, usando, quando necessário, analgésico oral ou injetável. Não foi constatada, também, nenhuma hemorragia que merecesse cuidados. À deambulação precoce, após 24 horas e



Fig. 3 – Curetagem do leito do cisto.

alta do hospital após 48 horas da cirurgia, seguiram-se os curativos sem uso de soluções medicamentosas ou antissépticas, simples asseio com soro fisiológico, cauterização com solução

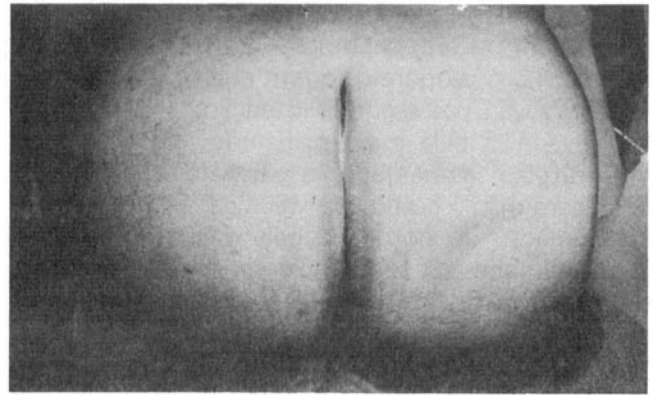


Fig. 4 – Acompanhamento da cicatrização da ferida operatória, flash no decurso do 12.º dia do pós-operatório.

química do tecido de granulação exuberante, tricotomia da região para evitar novas inclusões pilosas e aplicação de gaze seca, até a cicatrização total da ferida operatória.

Temos a concluir, tanto na técnica aberta, como na técnica por sutura, para fechamento

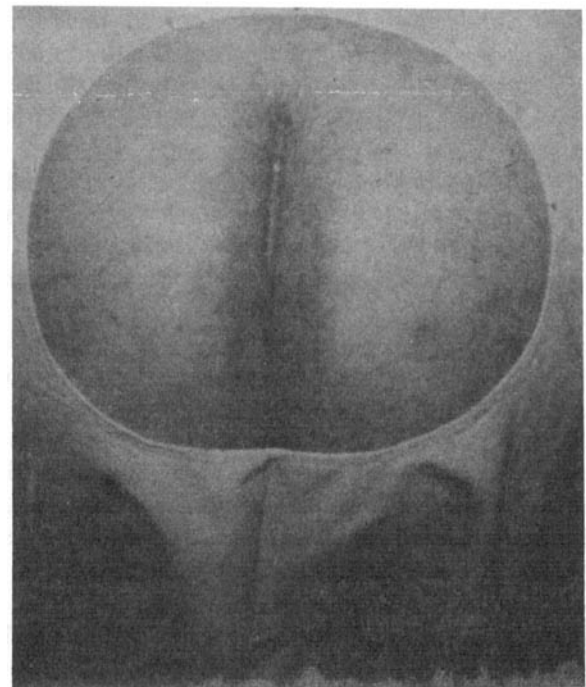


Fig. 5 – Cicatrização completa no decurso do 21.º dia do pós-operatório.

primário, que em suas proporções estatísticas guardam as mesmas conseqüências de tempo de cicatrização.

Concluimos também que a técnica deve ser indicada nos casos em que está evidente um processo infeccioso local e sem trajetos fistulosos secundários, ou falsos interglúteos profundos, correndo com o risco, pela tensão da sutura ou

espaços mortos, de infectarem, provocando deiscência com ou sem supuração, transformando esta técnica, no pós-operatório, em aberta e ocorrendo a cicatrização por segunda intenção.

Na técnica pela marsupialização, além do tempo cirúrgico, aumentado, o paciente acusa dor no pós-operatório, como na técnica fechada, pela aproximação do bordo da pele da ferida ao cisto granuloso aberto, com risco de romper parte da sutura, formando focos de granulação exuberantes e reativos, que retardam a cicatrização.

Resta-nos tecer considerações quanto à técnica, por nós preferida no momento, da incisão e curetagem, como antes descrevemos, levando em conta a simplicidade do método e a pouca exposição aos anestésicos, o que traz risco para o paciente. A dor no pós-operatório imediato é quase nula, mesmo quando a doença pilonidal está agravada com abscedação do sínus.

A mortalidade é nula. O tempo de cicatrização mínimo é de cerca de 12 a 13 dias e máximo de 90 dias. É de se notar que os pacientes, em número de seis, que quase chegaram a 90 dias de tempo máximo de cicatrização, apresentavam, por ocasião de sua cirurgia, abscessos volumosos e vários trajetos fistulosos, necessitando alargar a ressecção da pele e do tecido subcutâneo. Não obstante isso, os pacientes não seguiram os preceitos de higiene necessários, e alguns deles, em virtude da profissão (viajantes), não compareceram diariamente para fazer os curativos tão necessários no acompanhamento da cicatrização. Mesmo assim, tivemos um tempo médio de cicatrização que varia em torno de 27 dias, o que, a nosso ver, pode ser considerado muito bom, em comparação à média de outras técnicas.

Como dissemos anteriormente, não observamos, ainda, recidivas nos pacientes por nós operados, num período de observação de 28 meses em que fizemos o acompanhamento da cicatrização. Estamos atentos e preparados para aguardá-la, pois, na experiência de outros autores, na técnica de incisão e curetagem, ela ocorre em torno de 1%, percentagem esta de recidivas das mais baixas, em confronto com as que ocorrem em outras técnicas como demonstramos em nossa exposição.

Estas conclusões são fruto do seguimento pós-operatório dos 200 pacientes que foram submetidos à cirurgia pelas várias técnicas apresentadas neste trabalho, desde a alta hospitalar até um período que ultrapassa a três anos, sendo que 86% foram acompanhados até 24 meses, e cerca de 14% foram acompanhados por mais de dois anos.

Concluimos, enfim, com humildade e espírito de pesquisa, mas não sem deixar de exteriorizar o

Seguimento pós-operatório dos pacientes

Tempo de seguimento	Nº de pacientes	%
Até 1 ano	125	62,50
De 1 ano até 2 anos	48	24,00
De 2 anos até 3 anos	21	10,50
Além de 3 anos	6	3,00
Total	200	100,00

nosso entusiasmo a favor da técnica de incisão e curetagem em cisto pilonidal sacrococcígeo, em fase de silêncio ou abscedado:

- pela simplicidade da técnica;
- baixa morbidade;
- cicatrização rápida;
- alta curabilidade;
- ausência (praticamente) de dor no pós-operatório;

- recidiva quase irrelevante;

Isto sem considerar outros fatores, entre os quais:

- baixa despesa hospitalar e uso de pessoal no decorrer de sua cura, e
- volta precoce do paciente às lides habituais.

Estas conclusões despertaram nosso interesse em apresentar a técnica de incisão e curetagem, como um método eficiente no tratamento cirúrgico do cisto pilonidal sacrococcígeo, esteja ele em fase de silêncio ou abscedado.

SUMMARY

The author, based on his experience, emphasizes and defends to the technical process of incision and rasping, to the surgical treatment of the sacrococcygeal pilonidal cysts, in silence stage or abscessed. He proves, with percentual graphs and calculus, the highly satisfactory results obtained with this technics, which also offers simplicity execution, relapses absence in the postoperative, short time of low hospital and fast return to normal activities.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BERNACCHI A — Cisto dermóide sacrococcígeo. Boletim do Centro de Estudos do Hospital dos Servidores do Estado, 17(7/9): 79-100, jul.-set. 1965.

2. BUIE LA & CURTISS RK – Pilonidal disease. *The Surgical Clinics of North America*, 32(4): 1247-59, Aug. 1952.
3. CAVANAGH CR et alii – Definitive marsupialization of the acute pilonidal abscess. *American Surgeon*, 36: 650-1, Oct. 1970.
4. COFFEY RJ – Marsupialization of pilonidal cysts. *United States Naval Medical Bulletin*, 42: 1326-9, June 1944.
5. FERGUSON C – Pilonidal cysts; their hospitalization. *The Military Surgeon*, 98: 307-9, Apr. 1946.
6. GABRIEL WB – The principles and practice of rectal surgery, pp. 221-32, 1948.
7. GOFFI FS, FRAIHA A & GAMA AH – Tratamento cirúrgico do piloma sacro. In: BASTOS ES, ed. – Rumos modernos de cirurgia. São Paulo, Prociencx, pp. 653-8, 1969.
8. GOLIGHER JC – Pilonidal sinus. In: *Surgery of the anus, rectum and colon*. 2ª ed. London, Baillière Tindall, cap. 8, pp. 254-73, 1967.
9. HEIDENREICH A & MARINO E – Injertos de piel en operaciones proctológicas. *La Prensa Médica Argentina*, 54(18): 845-6, 30 jun., 1967.
10. MARKS MM – Recurrent pilonidal disease, a misnomer; its management and treatment. *Journal of the International College of Surgeons*, 27(2): 226-9, Feb. 1957.
11. NESSELROD JP – Enfermedad pilonidal. *Proct Clin*, pp. 287-96, 1964.
12. PATEY DH & SCARFF RW – Pathology of postanal pilonidal sinus; its bearing on treatment. *The Lancet*, 2: 484-6, Oct. 5, 1946.
13. SILVA JH – Cisto pilonidal sacrococcígeo. Contribuição ao tratamento cirúrgico pela técnica da incisão e curetagem. São Paulo, 1972. Tese – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Endereço do Autor:

Rua Os 18 do Forte, 1935 – ap. 10

Caixa Postal, 228

95100 – Caxias do Sul – RS