

---

# INCISÃO E CURETAGEM DA DOENÇA PILONIDAL SACROCOCCÍGEA

MURILO BOAVISTA PESSOA MENDES  
BRASIL ALI MAHMOUD ALI  
LUCIANO DIAS BATISTA COSTA

---

MENDES MBP, ALI BAH, COSTA LDB - Incisão e curetagem da doença pilonidal sacrococcígea. *Rev bras Colo-Proct*, 1991; 11(2):70-72

**RESUMO:** Os autores analisam retrospectivamente os resultados de 174 casos de doença pilonidal sacrococcígea operados pela técnica de incisão e curetagem, tanto na fase aguda como crônica da doença, em período compreendido entre 1972 e 1989. Concluem que a técnica é simples e apresenta morbidade mínima, podendo ser usada tanto na fase aguda como crônica da doença. O tempo de internação é mínimo, não necessitando de antibióticos, e o uso de analgésicos no pós-operatório é mínimo. A cicatrização se processa sem anormalidades, permitindo o retorno às atividades laborativas a partir da 1ª semana; o índice global de recidivas foi de 10,2%.

**UNITERMOS:** cisto pilonidal; cisto sacrococcígeo; incisão e curetagem

---

O cisto pilonidal sacrococcígeo é afecção supurativa de localização subcutânea e constitui importante problema para o médico e o paciente. Numerosas técnicas têm sido preconizadas, desde a simples incisão até as excisões radicais. Baseando-nos na teoria adquirida da doença e visando um tratamento mais simples e com menor morbidade, adotamos a técnica da incisão e curetagem com regularização dos bordos da ferida, tanto para a fase aguda como para a fase crônica da doença. O objetivo do trabalho é expor os resultados obtidos com esta técnica.

---

*Trabalho realizado na Clínica de Colo-Proctologia do Hospital das Forças Armadas, Brasília-DF.*

## PACIENTES E MÉTODOS

Dentre outras técnicas cirúrgicas 174 pacientes pela técnica da incisão e curetagem com regularização dos bordos da ferida, em período compreendido entre 1972 e 1989. A cor branca predominou, com 151 pacientes, vindo os pardos com 21 e os negros com dois. O sexo masculino apresentou-se com 110 e o feminino com 64. As faixas etárias mais comprometidas foram dos 10 aos 19 anos com 57 e dos 20 aos 29 anos com 95 pacientes, sendo respectivamente 32,7 e 54,6% dos casos.

Adotamos nesta técnica o decúbito ventral; caso houvesse orifício externo, nós o cateterizávamos, seguindo-se de abertura e exploração de todos os possíveis trajetos, associando curetagem e hemostasia. Na seqüência regularizamos os bordos da ferida. Para o abscesso a conduta é semelhante, propiciando-se ampla drenagem.

Não utilizamos antibióticos, e a necessidade do uso de analgésicos é da ordem de 1,1%.

Alta hospitalar é dada no dia após a cirurgia. Os curativos são acompanhados semanalmente até a cicatrização total da ferida, orientando-se a permanência de gaze no interior da loja para prevenir a cicatrização não adequada.

Realizamos 59 cirurgias na fase de abscesso, o que corresponde a 33,9% dos casos, e 32 pacientes já haviam sido submetidos a drenagens prévias. Uma vez, 25, duas vezes, três e três vezes, 4 pacientes, o que é igual 18,3%.

## RESULTADOS

O tempo de hospitalização foi de um dia em 83,3% dos casos, com média de 1,37 dias, e a cicatrização da ferida foi avaliada em 76 pacientes, com tempo máximo de 90 dias e mínimo de 16 dias, com média de cicatrização de 38 dias (Tabela 1).

Tabela 1

Tempo de hospitalização	Tempo de cicatrização da ferida 76 pacientes avaliados = 43,7%
1 dia = 145 = 83,3%	tempo mínimo = 16 dias
2 dias = 14 = 8%	tempo máximo = 90 dias
3 dias = 4 = 2,3%	tempo médio = 38 dias
+ 3 dias = 11 = 6,4%	

O controle tardio se deu com 117 pacientes, num período que variou de 3 meses a 11 anos (Tabela 2).

Tabela 2

Avaliação do acompanhamento em 117 pacientes = 67,2%	
Até 3 meses =	28 pacientes
de 3 a 6 meses =	11 pacientes
de 6 meses a 1 ano =	15 pacientes
de 1 ano a 2 anos =	16 pacientes
de 2 a 5 anos =	31 pacientes
de 5 a 10 anos =	14 pacientes
de 10 a 11 anos =	2 pacientes

Ocorreram 12 recidivas nesta série, sendo que oito foram registradas no 1º ano. As quatro restantes foram tardias aos 2,9; 5; 6 e 7,8 anos, respectivamente. O índice global foi de 10,2%. Considerando as quatro recidivas tardias como nova doença, o índice global fica em 7%.

Acompanhamos 117 pacientes e, destes, 82 foram operados na fase crônica e três recidivaram no 1º ano, dando percentual de recidiva de 3,65%. Houve duas recidivas tardias neste grupo, o que confere taxa de recorrência da doença para as cirurgias eletivas de 6%.

Dentre os 35 acompanhados que operaram na fase aguda, cinco recidivaram no 1º ano, o que é igual a 14,2%, os quais, somados aos dois com recorrência tardia aos 2,9 e 6 anos, perfazem um total de 20% para os casos operados na fase de abscesso (Tabela 3).

Tabela 3 - Incisão e curetagem na doença pilonidal. Avaliação das recidivas

Forma clínica	Nº	Recidiva 1º ano	Recidiva após 1º ano	Recidiva global
Aguda	35	5 = 14,2%	2 = 5,7%	7 = 20%
Crônica	82	3 = 3,65%	2 = 2,35%	5 = 6%
Total	117	8 = 6,8%	4 = 3,4%	12 = 10,2%

## DISCUSSÃO

Neste material, semelhante aos de outros autores (1, 2), houve predominância de casos entre jovens do sexo masculino e de cor branca.

Na fase aguda, a simples drenagem pode ser abandonada e no seu lugar empregar-se a incisão e curetagem como tratamento definitivo. Goodall e Healey mostram o grande índice de recidiva após a simples drenagem, variando entre 50 e 85% nos dois primeiros anos após o procedimento (3, 4).

Ainda na fase aguda, a discussão se relaciona com a marsupialização, sendo que alguns autores (2, 5, 6) relatam taxas que variam entre 5,7 e 17% de recidiva. Esta análise apresenta recidiva de 14,2% no primeiro ano e de 20% a longo prazo. Pela simplicidade técnica e pelos resultados semelhantes, a técnica é uma opção para os portadores de abscesso pilonidal.

Na fase crônica e relacionando-se com a excisão sem sutura primária, há que se observar a gritante diferença entre as feridas resultantes, sendo que esta técnica propicia cicatriz mais adequada com tempo de cicatrização e recidiva inferiores (1, 7).

Na excisão com fechamento primário há o problema da deiscência, que pode variar entre 8,5% e 47%, o que aumenta os períodos de internação e de cicatrização (1, 10). A incidência de recidiva neste método varia de 1,2 a 40%, com média de 18%. Neste estudo, a recidiva global para aqueles pacientes operados na fase crônica é de 6%.

Em relação à fase crônica, comparativamente com a marsupialização, nota-se, para esta, período de internação que varia entre 2 e 6 dias, segundo vários autores (2, 5, 8). Na incisão e curetagem, o tempo médio de internação é de 1,3 dias. A recidiva a longo prazo varia de 3,8 a 16%, com média de 7% para a marsupialização (2, 3, 5, 9). Nesta análise, verificamos três recidivas até 1 ano, o que corresponde a 3,65% e, a longo prazo (7,8 anos), esta taxa eleva-se para 6%.

Segundo Notaras (11), o aparecimento de outro sinus após 1 ano deve ser aceito, não como recidiva e sim como nova doença. Nesta série, oito recidivas ocorreram no 1º ano da cirurgia, sendo as quatro restantes tardias aos 2,9; 5; 6 e 7,8 anos.

O período médio de cicatrização foi de 38 dias, um pouco maior que a marsupialização, o que se explica pela própria marsupialização que diminui a ferida resultante. Esta técnica, porém, é muito mais simples, não tendo pontos a retirar, e a grande maioria dos pacientes está apto a retornar às suas atividades laborativas após a primeira semana.

A recidiva para os pacientes operados na fase de abscesso é três vezes maior do que para aqueles operados na fase crônica, mas acreditamos que o tratamento primário do abscesso deve ser mantido, pois aborta o quadro algico intenso e propicia perspectivas efetivas de cura para grande parte destes pacientes.

---

**MENDES MBP, ALI BAM, COSTA LDB - Incision and curettage technique in the pilonidal affection of the sacrococcygeum region.**

**SUMMARY:** The authors present a review of 174 cases of pilonidal cyst affection of the sacrococcygeum region, treated by the incision and curettage technique, in the acute stage as well as in the chronic stage. The follow-up period was from 1972 to 1989. Some of the conclusions obtained through this retrospective study were: simple technique and minimal morbidity; it is possible to be utilized in the acute stage as well as in the chronic stage with distinct results; minimal internment period with rapid patient discharge; there was no use of antibiotics and minimal use of analgesics in the post operative period; healing process without abnormalities, and rapid reintegration to the labor activities within the first week post-operatively; the total rate recurrence was 10.2%.

**KEY WORDS:** pilonidal sinus; sacrococcygeum cyst; incision and curettage

---

#### REFERÊNCIAS

1. Goligher P. Surgery of the anus rectum and colon. 1980: 200-14.
2. Walters N, Mac Donald IB. Marsupialization of pilonidal sinus and abscess: a report of 50 cases. Toronto: Can Med Assoc J 1958; 79: 326.
3. Goodall P. The aethiology and treatment of pilonidal sinus: a review of 163 patients. Br J Surg Bristol 1961; 49: 212.
4. Healley Jr. MJ, Hoffert PW. Pilonidal sinus and cyst a comparative evaluation of various surgical methods in 299 consecutive cases. New York: Ann J Surg 1954; 87: 587.
5. Resende MS. A marsupialização na doença pilonidal sacrococcígea. Rev bras Colo-Proct 1981; 1(3).
6. Lawrence KB, Baker WJ. The marsupialization operation for pilonidal sinus. Boston: New Engl J Med 1951; 245: 134.
7. Mc Caughan JS. The results of the surgical treatment of pilonidal cysts. Chicago: Surg Gynec 1965; 121: 316.
8. Ortiz HH et al. Pilonidal sinus: a claim for simple track incision. Philadelphia: Dis Colon Rectum 1977; 20: 325.
9. Solla AJ, Rothenberger AD. Chronic pilonidal disease: an assessment of 150 cases. Dis Colon Rectum 1990; 33(9).
10. Fraiha A et al. Resultado do tratamento do cisto piloso sacro pelos métodos aberto e fechado. São Paulo: Rev Assoc Med Bras 1969; 15(2): 85.
11. Notares MJ. A review of three popular methods of treatment of postanal (pilonidal) sinus disease. Bristol: Br J Surg 1970; 57: 886.

**Endereço para correspondência:**

Murilo Boavista Pessoa Mendes  
SQS 313, Bloco F, apt. 603  
70382 - Brasília - DF