

A MARSUPIALIZAÇÃO NA DOENÇA PILONIDAL SACROCOCÍGEA (*)

MANUEL DA SILVA RESENDE (**)
EMERSON JOSÉ MACEDO DE OLIVEIRA (***)
MAURO GUIMARÃES (***)

Brasília, DF.

RESUMO

Os autores analisam os resultados de 100 casos de doença pilonidal sacrococcígea operados pela técnica de marsupialização tanto na fase aguda como crônica, no período compreendido entre agosto de 1972 a dezembro de 1980, chegando às seguintes conclusões:

- 1 -- *A técnica é simples, com morbidade mínima.*
- 2 -- *Pode ser usada tanto na fase aguda quanto crônica da doença, com resultados idênticos.*
- 3 -- *O tempo de internação é mínimo.*
- 4 -- *Não há necessidade de uso de antibióticos e/ou analgésicos no pós-operatório.*
- 5 -- *A cicatrização se processa sem complicações, permitindo ao doente poder retornar às atividades a partir da 2.^a semana.*
- 6 -- *O índice de recidivas foi baixo (7,0%).*
- 7 -- *Aguardaremos o controle tardio dos 14 casos que ainda não alcançaram 1 ano, para conclusões posteriores.*

Apesar das numerosas publicações que têm surgido, a doença pilonidal sacrococcígea ainda constitui um importante problema para o médico e o paciente. O tratamento cirúrgico tem variado desde as simples incisões até as radicais e super-radicaes excisões. Isto, naturalmente, porque, até hoje, partidários das teorias adquirida e congênita continuam em discussão. Sem entrarmos nessa polêmica aceitamos que a maioria dos casos possa ser explicada pela teoria adquirida. Visando um tratamento simples, com menor morbidade e bons resultados a longo prazo, resolvemos adotar a marsupialização, preconizada por Buie (2) em 1937. Utilizamos esta técnica tanto na fase aguda como na crônica, da doença. Neste trabalho procuraremos expor nossa experiência.

(*) Trabalho da Clínica Cirúrgica (Proctologia) do Hospital do Distrito Federal — Presidente Médici — INAMPS.

(**) Proctologista do HDFPM.

(***) Cirurgião Geral do HDFPM.

MATERIAL E MÉTODOS

No período compreendido entre agosto de 1972 e dezembro de 1980 foram operados, pela técnica de marsupialização, 100 casos, sendo 54 do sexo masculino e 46 do feminino, com predominância nas três primeiras décadas e da cor branca (Quadro I). Deste total, 40 apresentavam a fase aguda,

QUADRO I
DOENÇA PILONIDAL
MARSUPIALIZAÇÃO

HDFPM — AGOSTO DE 1972 A DEZEMBRO DE 1980

INCIDÊNCIA QUANTO À IDADE, SEXO E COR

Idade	Sexo	Cor
0 a 09	Masculino	Branca
10 a 19		
20 a 29		
30 a 39		Negra
40 a 49	Feminino	Parda

representada pelo abscesso com os sintomas e sinais característicos, podendo ou não ser a primeira manifestação da doença, enquanto 60 se enquadravam na fase crônica em que a eliminação intermitente de secreção era a principal queixa (Quadro II). A anestesia empregada tem sido a local ou bloqueio, em qualquer eventualidade (fase aguda ou crônica da doença).

QUADRO II
DOENÇA PILONIDAL
MARSUPIALIZAÇÃO

HDFPM — AGOSTO DE 1972 A DEZEMBRO DE 1980

INCIDÊNCIA QUANTO AO QUADRO CLÍNICO

N.º de casos	Agudos	Crônicos
100	40	60

Na fase do abscesso a cirurgia consiste em fazer um retalho circular ou elíptico de pele, abrangendo os orifícios existentes e a parede anterior do cisto. Realiza-se a curetagem limpando-o completamente dos pêlos, material necrótico, etc. Suturam-se as bordas da parede do cisto à pele, com fios inabsorvíveis, deixando-se gaze no interior da cavidade. (Figs. 1, 2 e 3).

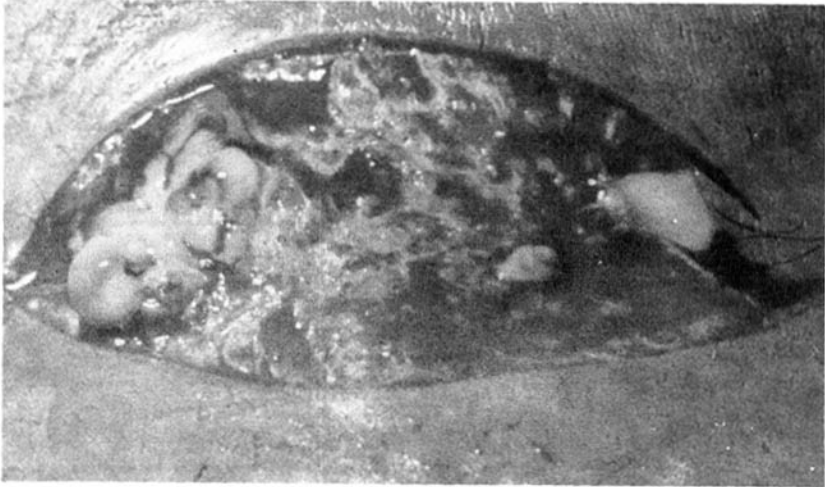


Fig. 1 — Excisão da pele mostrando a parede anterior do cisto e drenagem de pus.



Fig. 2 — Excisão de parede anterior do cisto vendo-se a cavidade.

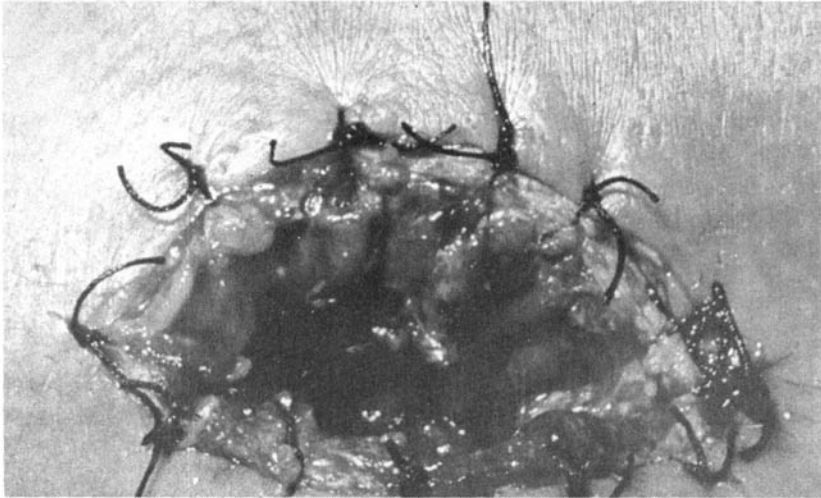


Fig. 3 — Sutura da pele à parede do cisto.

Em presença de sinus, faz-se a fistulotomia, limpa-se a cavidade e suturam-se as bordas desta à pele, colocando-se também, gaze em seu interior. (Figs. 4, 5 e 6).

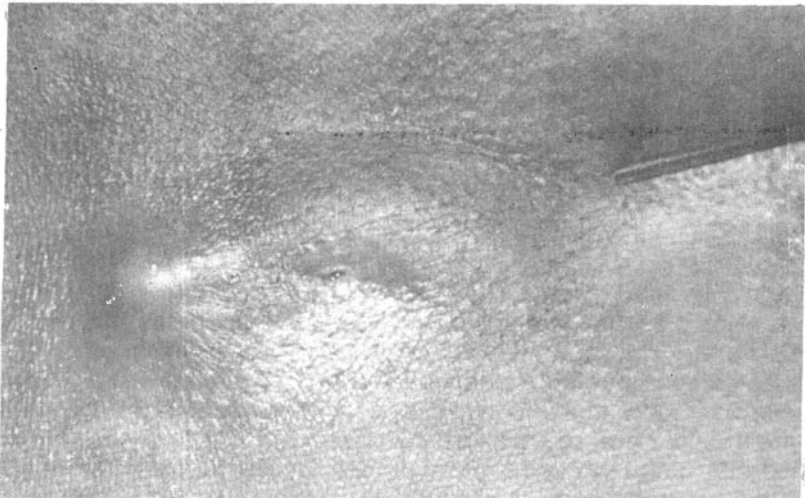


Fig. 4 — Introdução de um estilete através do orifício do sinus.

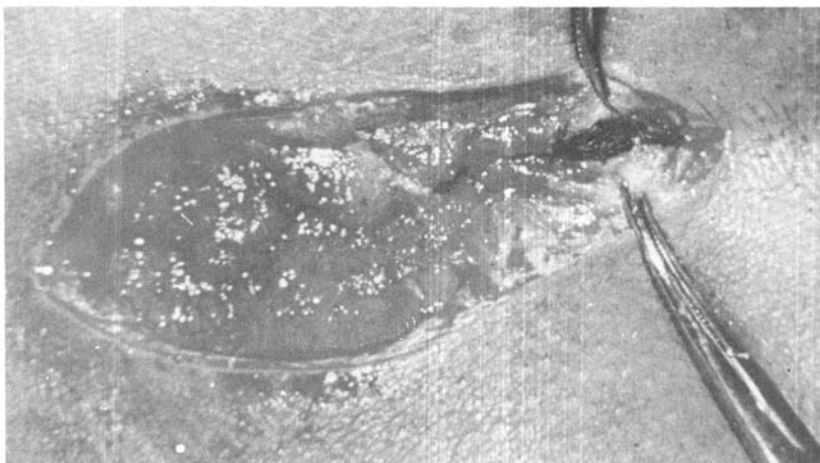


Fig. 5 — Abertura da pele e dos sinus, vendo-se pêlos em sua extremidade distal.

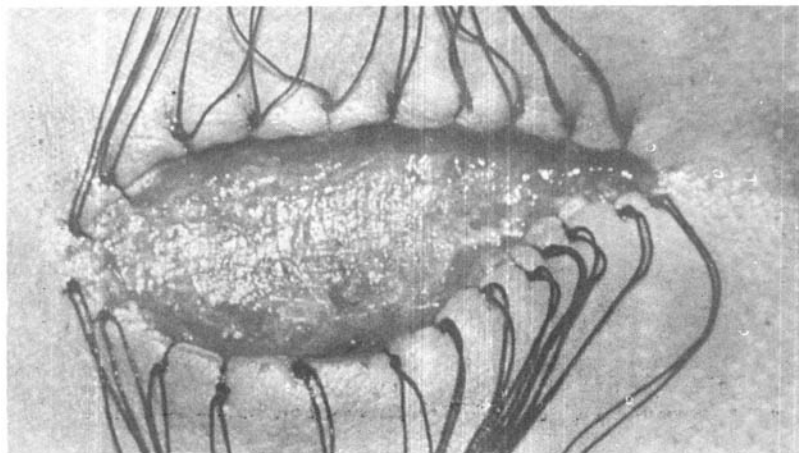


Fig. 6 — Sutura da pele à parede do sinus.

Não são usados antibióticos e, excepcionalmente, há necessidade de analgésicos. Logo após o término do efeito anestésico o paciente pode deambular. A dieta é livre. Poderá reiniciar suas atividades após a segunda semana. Receberá orientação para realizar os curativos em casa, procurando o hospital uma vez por semana até a cicatrização completa. Neste contato com o médico as alterações na cicatrização serão detectadas e corrigidas, a depilação é realizada na

época oportuna e os pontos são retirados entre o 5.º e o 7.º dias.

O tempo mínimo de internação dos 100 casos foi de 01 dia, o médio de 2,0 dias e o máximo de 10 dias (Quadro III).

O período de cicatrização mínimo foi de 15 dias, o médio de 28 dias e o máximo de 50 dias (1 caso), (Quadro III).

QUADRO III
DOENÇA PILONIDAL
MARSUPIALIZAÇÃO
HDFPM — AGOSTO DE 1972 A DEZEMBRO DE 1980

Cicatrização	Internação	Tempo
15	1 dia	Mínimo
28	2 dias	Médio
50 (1 caso)	10 dias (1 caso)	Máximo

Não houve nenhuma complicação infecciosa no pós-operatório desses pacientes.

No controle tardio tivemos 7 casos de recidivas, sendo 1 nos primeiros 3 meses, 1 com 6 meses, 1 com 7 meses, 3 dentro de 2 anos e outro com 3 anos.

Todos os casos foram tratados em nível ambulatorial com simples fistulotomias realizadas sob anestesia local, e sem novas recidivas.

O tempo de observação destes 100 casos foi de 3 meses em 04; 6 meses em 10; 12 meses em 10; 18 meses em 06 e 24 meses ou acima deste período em 55. (Quadro IV).

QUADRO IV
DOENÇA PILONIDAL
MARSUPIALIZAÇÃO
HDFPM — AGOSTO DE 1972 A DEZEMBRO DE 1980
CONTROLE TARDIO

03 meses	04
06 "	10
12 "	10
18 "	06
24 " ou mais	55
Sem controle	08
Recidivas	07 (7%)
TOTAL	100

DISCUSSÃO

Concordando com outros autores (8,12,23) houve predominância dos casos entre os jovens de cor branca. Já quanto ao sexo verificou-se leve predominância do sexo masculino, 8 casos, não correspondendo aos achados desses autores, nos quais o masculino é largamente predominante.

Na fase de abscesso, a simples drenagem, seguida de grande recorrência, deve ser abandonada e substituída pela marsupialização como cura definitiva da doença (1,14,15,16,17, 23). Goodall (9) refere que em 41 pacientes submetidos apenas à drenagem do abscesso, 35 apresentaram recidiva no período de 1 ano e 2 anos. Healey e Hoffert (10) apresentam 57% de recorrência em 40 casos de abscesso submetidos a simples drenagem. Por outro lado, Millar e Lord (17), Walters e Macdonald (23) e Lawrence e Baker (14) referem recidiva de 5,5%, 7% e 17%, respectivamente, na marsupialização dos abscessos. Nos 40 casos agudos tivemos 2 recidivas, isto é, 5%, ligeiramente inferior aos 5 casos verificados nos 60 crônicos, dando 8,3%, ambos comparáveis aos melhores resultados obtidos por diversos autores (1,9,14,15,17,19,21,22,23). Julgamos, portanto, que a marsupialização deva ser o método de escolha na fase aguda da doença, por sua simplicidade técnica e percentual de cura elevado.

Na fase crônica a discussão se relacionará à excisão, com ou sem fechamento primário. Devemos assinalar que é considerável a diferença existente entre as feridas resultantes de simples marsupialização e de excisão completa sem sutura primária, já que a primeira é muito menos profunda e mais estreita e permanece uma camada de tecido conjuntivo entre ela e o sacro. Isto proporciona, também, uma cicatriz estética e indolor, com internação hospitalar, cicatrização e recidivas inferiores (8, 14, 16).

Na excisão com fechamento primário merece ser analisado, de início, o problema da deiscência, seja por infecção, hematoma ou tensão, e que pode variar entre 8,5% a 47% (4,6,7,8,11,13,14,18,20), aumentando os períodos de internação e de cicatrização destas feridas. Foss (5), em 1.129 casos tratados por esta técnica por diferentes cirurgiões, refere um período médio de hospitalização de 21,7 dias.

Lawrence e Baker (14) mostraram, em seus estudos comparativos entre a marsupialização e a excisão fechada e aberta, que a primeira foi a que apresentou os melhores resultados, tanto nos casos infectados como nos abscedados ou nos infectados crônicos.

No que se refere ao seguimento tardio para estudo das recidivas, na excisão pelo método fechado a incidência variou entre 1,2% e 40%, com média de 18% (3,4,6,7,9,10,11,12,14, 18,20,21,23).

Na marsupialização, de acordo com a observação de vários autores (14,15,17,19,23), o período médio de internação variou entre 3 e 6,3 dias, sendo um pouco superior ao que obtivemos nos 100 casos e que foi de 2,0 dias. As recidivas a longo prazo variaram de 3,8% a 16% (1,9,14,15,17,19,21,22, 23) com uma média de 7,0%, correspondente à nossa.

O período médio de cicatrização referido por esses autores é de 3 a 4 semanas, compatíveis com os nossos; 28 dias. Mc Caughan (16), em 1080 casos operados em hospital militar, onde a alta significa a cura, isto é, cicatrização completa e retorno às atividades, refere como tempo médio de hospitalização para a excisão aberta, a excisão fechada e a marsupialização, 54, 23 e 33 dias, respectivamente.

Nos 7 casos de recidivas, 4 ocorreram após 2 anos de seguimento. Notares (18) admite que o aparecimento de outro sinus após 1 ano deve ser aceito não como recidiva, mas sim como nova doença. Mc Caughan (16) também encontrou maior índice de recidivas no transcurso do primeiro ano, mas aconselha um seguimento de pelo menos 2 anos. Já temos 71 casos com controle acima de 1 ano, sendo que 55 têm mais de 2 anos.

SUMMARY

The authors analyze the results of the 100 cases of pilonidal sacrococcygeal disease operated by marsupialization technic, not only in the acute stadium (phase) but in the chronic one as well, in the period from August 1972 to december 1980, and got to the following conclusions:

- 1 — The technique is simple with minimal morbidity.
- 2 — It can be used in the acute or chronic stadium of the disease as well with similar results.
- 3 — The internation period is least.
- 4 — It is not necessary the use of antibiotics either and or analgesics in the post-operative period.
- 5 — The cicatrization takes action without any complication and the patient is allowed to return to the activities just after the 2nd. week.
- 6 — The reincidence index was low (7,0%).
- 7 — We will wait the lately control of the 14 cases which have not reached one year yet, for later conclusions.

BIBLIOGRAFIA

1. Abramson, D. J. — A simple marsupialization technic for treatment of pilonidal sinus: long-term follow-up. *Ann. Surg., Philadelphia*, 151: 261, 1960.
2. Buie, L. A. — *Practical proctology*. Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1937, p. 480.
3. Close, A. S. — Pilonidal cysts: an analysis of surgical failures, *Ann. Surg., Philadelphia*, 141:523, 1955.
4. Ferguson, L. K. & Mecray, P. M. — Jr. Pilonidal cysts: excision and primary suture in ambulatory patients. *Ann. J. Surg., New York*, 36: 270, 1937.
5. Foss, M. U. — Pilonidal sinus: excision and closure. *Proc. R. Soc. Med.*, 63:752, 1970.
6. Fraiha, A. et alii. — Resultado do tratamento cirúrgico do cisto piloso sacro pelos métodos aberto e fechado. *Rev. Assoc. Med. Brasil., São Paulo*, 15 (2):85, 1969.
7. Gabriel, W. B. — *The Principles and practice of rectal surgery* 5 ed., Springfield, Charles C. Thomas, 1963, p. 326.
8. Goligher, J. C. — *Surgery of the anus, rectum and colon*. London, Baillière, Tindall & Cassell, p. 254-73, 1970.
9. Goodall, P. — The aetiology and treatment of pilonidal sinus: a review of 163 patients. *Br. J. Surg., Bristol*, 49:212, 1961.
10. Healey, M. J. Jr. & Hoffert, P. W. — Pilonidal sinus and cyst: a comparative evaluation of various surgical methods in 299 consecutive cases. *Ann. J. Surg., New York*, 87:587, 1954.
11. Karydakis, G. E. — New approach to the problem of pilonidal sinus. *Lancet, London*, 2:1 414, 1973.
12. Kooistra, H. P. — Pilonidal sinuses: review of the literature and report of three hundred fifty cases. *Ann. J. Surg. New York*, 55:3, 1942.
13. Larkin, L. C. — Pilonidal cyst. Analysis of one hundred consecutive cases emphasizing treatment by radical excision, primary closure and penicillin therapy. *Surg. Gynec. Obstet. Chicago*, 82, 1946.
14. Lawrence, K. B. & Baker, W. J. — The marsupialization operation for pilonidal sinus. *New Engl. J. Med., Boston*, 245:134, 1951.
15. Marks, M. M. — Pilonidal sinus: treatment by eventration report of 618 cases. *South. Med. J., Birmingham*, 40:844, 1947.

16. Mc Caughan, J. S. — The results of the surgical treatment of pilonidal cysts. *Surg. Gynec., Chicago*, 121:316, 1965.
17. Millard, D. M. & Lord, P. H. — The treatment of acute postanal pilonidal abscess. *Brit. J. Surg., Bristol*, 54:598, 1967.
18. Notaras, M. J. — A review of three popular methods of treatment of postanal (pilonidal) sinus disease. *Br. J. Surg., Bristol*, 57:286, 1970.
19. Ortiz, H. H. et alii. — Pilonidal sinus: a claim for simple track incision. *Dis. Col. Rect., Philadelphia*, 20:325, 1977.
20. Shons, A. R. & Mountjoy, Jr. — Pilonidal disease: the case for excision with primary closure. *Dis. Col. Rect. Philadelphia*, 14:353, 1971.
21. Swinton, N. S. & Markee, R. K. — Recent status of treatment of pilonidal sinus disease. *Ann J. Surg., New York.*, 86:562, 1953.
22. Van Ess, L. J. — Surgical Management of pilonidal disease. *Ann. J. Proctol., New York*, 16:389, 1965.
23. Watters, N. & Mac Donald, I. B. — Marsupialization of pilonidal sinus and abscess: a report of 50 cases. *Can. Med. Assoc. J., Toronto*, 79:326, 1958.