

CIRURGIA PILONIDAL: COMO ADEQUAR O TRATAMENTO À ENFERMIDADE

John U. Bascom¹

RESUMO

A doença pilonidal tem o seu início quando as forças de sucção existentes sob a fissura dos glúteos puxa a derme da pele branda da linha média, provocando o aumento dos folículos de pêlo. Eventualmente, as forças sugam o conteúdo dos folículos aumentados para dentro da gordura subcutânea. O que acontece é uma reação ao corpo estranho, provocando uma inflamação.

O tratamento recomendado é a remoção do folículo rompido suturando-se as resultantes pequenas feridas de linha média. Uma incisão feita em um dos lados proporciona a drenagem do abscesso durante a cicatrização. Esse método ataca o ponto de origem da doença e evita as feridas de linha média não cicatrizadas. Além disso, oferece uma cicatrização garantida num período médio de três semanas, com um período médio de incapacitação de um dia.

Um problema importante na doença pilonidal é: Que grau de extensão deve ter a cirurgia? Alguns autores propõem amplas ressecções na região sacrococcígea, seguidas de enxertos cutâneos em caso de recorrência da doença. Outros recomendam uma limpeza limitada das cavidades, como tratamento na fase inicial da enfermidade.

A cirurgia pilonidal não é uma cirurgia de câncer e assim, as ressecções amplas raramente são necessárias. Os pilonidais são abscessos que devem ser abertos. Os pilonidais constituem

uma reação a um corpo estranho e devem ser limpos e mantidos livres de novos corpos, pêlos e fragmentos estranhos. Além disso, ao fechar a incisão pilonidal, o cirurgião deve fazer previsões em relação às forças fora do comum que vão exercer pressão sobre a ferida em cicatrização.

O que vou relatar a seguir é a minha prática atual no diagnóstico e no tratamento de cistos pilonidais, além de uma revisão de novos aspectos da patologia da doença. Ao descrever a minha prática atual, não tenho a intenção de lançar o descrédito sobre outros tratamentos também engenhosos. Os cirurgiões necessitam de uma variedade de técnicas para poderem escolher qual é a mais adequada à situação de um determinado paciente.

O primeiro passo no tratamento é determinar o estágio da enfermidade. O mesmo tratamento não funciona para todos os estágios. Por exemplo, um abscesso agudo exige apenas uma incisão para drenagem. Mas um abscesso crônico — e já drenado — está pronto para limpeza e fechamento do pequeno orifício e o folículo de pêlo aumentado, que causa a doença pilonidal. É preciso ainda que se tenha uma outra alternativa quando uma cirurgia mal planejada não traz a cura e resulta em feridas sujas.

PACIENTES E MÉTODOS

Aproximadamente 200 pacientes se submeteram ao tratamento pela remoção do folículo e drenagem lateral. Considerando-se que as inci-

¹ MD, PhD, Eugene, Oregon, U.S.A.

sões médias são extensas e podem resultar em sérios problemas de cicatrização, raramente são usadas. Praticamente todos os pacientes são tratados no consultório, com anestesia local, adicionando-se, algumas vezes, um tranqüilizante por via endovenosa.

Abscessos agudos são drenados, na tentativa de que cedam, antes de se tentar a remoção do folículo. As incisões de drenagem são feitas à distância de meio dedo para o lado da linha média. A remoção do folículo deve ser feita uma semana após a drenagem porque o edema da inflamação aguda esconde os folículos.

Os abscessos crônicos são tratados de forma diferente. Considerando-se que o edema não existe, primeiro a cavidade é amplamente aberta, criando-se ou ampliando a incisão da drenagem que está situada aproximadamente a meio dedo de distância da linha média. A incisão expõe todo o interior da cavidade do abscesso. A gaze empurrada através dessa incisão longa torna a cavidade livre de pêlos e granulações, conforme mostramos na **Fig. 1**. Essa incisão longa deve ficar bem aberta para permitir a drenagem. Ao contrário das incisões localizadas na linha média, a incisão lateral jamais deixa de cicatrizar espontaneamente. A cefalosporina por via oral é utilizada antes da cirurgia e três dias após. Não são utilizados drenos ou tampamentos.

Os abscessos crônicos são ainda tratados pela ressecção dos folículos aumentados da pele da linha média. Se possível, são removidos de um a 10 folículos. O peso dos espécimens removi-



Fig. 1 - Cirurgia pilonidal pela técnica de remoção de folículo. A cavidade é limpa por meio de uma incisão lateral. Os folículos são removidos da linha média (midline). (Reproduzidos com a permissão da Cirurgia.)

dos geralmente é de menos de um grama. Os pequenos orifícios da linha média são suturados com uma sutura frouxa de *mattress* modificado, conforme mostramos na **Fig. 2**.

Finalmente, a cicatrização primária das incisões dos folículos é mais garantida, reforçando-se e selando essas pequenas feridas da linha média suturadas a partir de baixo. Uma língua de gordura serve para reforçar os orifícios, conforme se vê na **Fig. 2**. A gordura evita qualquer possibilidade de entrada de fragmentos ou pêlos durante o período de cicatrização desses orifícios. Essa língua de gordura é retirada da parede superior da cavidade do abscesso, e fica por trás das suturas, protegendo a cavidade do abscesso, assim como a lingüeta de um sapato fica por trás dos cordões e protege o pé.

O paciente lava as feridas dos abscessos crônicos diariamente, durante a cicatrização. Algodão absorvente limpo, mudado com frequência, recolhe o material drenado.

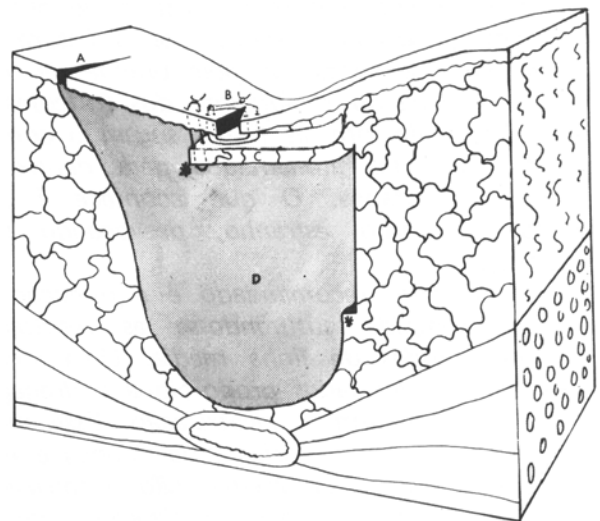


Fig. 2 - Método de remoção de folículo - resultado final. (A) Incisão lateral permanece aberta para drenagem. (B) Excisão da linha média somente de poro - fechamento com sutura. (C) Língua de gordura reforça o fechamento da linha média. (D) Cavidade do abscesso é liberada de tecido fragmentado e granulado.

RESULTADOS

Telefonemas e cartas alcançaram 92% dos primeiros 161 pacientes tratados nesta série. O acompanhamento mais longo foi de nove anos, e o médio alcançou três anos e meio.

O período de cicatrização médio foi de aproximadamente três semanas. O período de incapacidade é pequeno: os pacientes só faltaram às aulas ou ao trabalho durante um dia -

o da própria intervenção. Somente sete pacientes tiveram que ficar hospitalizados durante uma noite, por razões de geografia, de ansiedade ou associadas à cirurgia anal.

Os pacientes permaneceram curados?

Analisei meus resultados de acordo com o rigoroso método da "tabela de vida". Classifiquei cada paciente que voltou, com qualquer tipo de sintoma novo após a cura, como "visita de retorno". O método projetou uma taxa cumulativa de visitas de retorno da ordem de 17%, em cinco anos. A princípio, essa taxa de "visitas de retorno" dá uma impressão de resultados altamente desfavoráveis e poderia levar o médico a abandonar o método de remoção do folículo, mas essa tentação passa a ser injustificada como explicamos adiante.

Em cada caso, a "visita de retorno" trouxe pouca incapacidade e uma cura rápida. Alguns pacientes necessitavam apenas de algum antibiótico ou da remoção de alguns pêlos. Quaisquer problemas surgidos eram pequenos e de fácil solução do que o problema pilonidal inicial.

O pequeno impacto causado por essas "visitas de retorno" é ilustrado por esses números referentes à incapacidade. Depois que a primeira cirurgia provocou uma incapacidade de apenas um dia, os 161 pacientes tiveram somente mais 15 dias de incapacitação devido à doença pilonidal de um total de 202.000 dias de acompanhamento dos pacientes. Isto corresponde a um dia para cada 10.000 de acompanhamento. Assim, o tratamento baseado na remoção do folículo e na drenagem lateral ocasionalmente traz os pacientes de volta para o cirurgião depois da primeira cura, mas os reaparecimentos tiveram um impacto mínimo. Eu considero como altamente significativo o fato de que nenhuma ferida de linha média tenha aparecido como resultado desse tratamento.

Debate: visitas de retorno

A taxa de visitas de retorno exige algum exame. As taxas elevadas neste estudo foram influenciadas pelo critério generoso usado para as "visitas de retorno" e pela profundidade e extensão do acompanhamento. Outra influência foi devida ao rigoroso método de "tabela de vida" usada para a análise, método que sempre projeta percentuais mais elevados do que os números simples de recorrência. A série tam-

bém inclui diversos pacientes tratados sem o benefício dos três refinamentos da técnica, isto é: a utilização de antibióticos, a sutura de todas as feridas de linha média, e a utilização de uma lingüeta de reforço formada por gordura subcutânea. Esses foram melhoramentos adicionados a um método que já era satisfatório.

Debate: O que provoca a doença pilonidal?

Uma resposta é: orifícios de linha média. Esses orifícios estão presentes em todos os casos de doença pilonidal. Em cada abscesso pilonidal aberto chega-se internamente a um desses orifícios. Mas, o que são esses orifícios? Seções microscópicas mostram que se tratam de folículos de pêlos aumentados. Mas, o que causa o aumento desses folículos? A resposta é: um vácuo que existe sob a fissura dos glúteos. O vácuo é criado quando a gravidade empurra os tecidos do glúteo para longe do sacro. Brearly encontrou e mediu o vácuo³. Minhas observações a seguir sugerem que o conceito está correto.

Um paciente apareceu com uma recorrência de abscesso pilonidal. Exatamente na linha média se encontravam seis folículos aumentados. A descoberta foi digna de nota somente porque o aumento havia ocorrido em folículos normais da pele que haviam sido normais. A pele havia sido transferida cirurgicamente 12 meses antes para a linha média desde a sua posição original nas nádegas. Este caso prova que alguma coisa na linha média, possivelmente o vácuo, ocasiona a doença pilonidal em qualquer pele que se localize na linha média. Uma fraqueza congênita limitada à pele originalmente colocada na linha média não é causa da doença pilonidal.

Considerando-se que este conceito de forças da linha média é pouco familiar, outra descrição pode nos ajudar a compreender. A natureza parece "grudar" a pele ao cóccix na linha média. Quando o esqueleto fica em posição ereta, pele pesada fica pendurada no cóccix, formando uma dobra profunda. A pele é puxada para fora do osso por força da gravidade. As forças exercidas sobre o lado da derme desta prega podem se tornar intensas; se forem suficientemente intensas farão com que alguma coisa ceda. O ponto mais fraco é o primeiro a ceder — a pele é fraca onde é fina. A parte de baixo do folículo é fina e nesse local ela se estica, o folículo aumenta e eventualmente se rompe para criar o abscesso pilonidal.

Nem todos têm doença pilonidal. Um abscesso pilonidal somente aparece, como no caso acima, quando as forças de sucção da fissura são suficientemente fortes e a pele média é suficientemente fraca. Assim, a sucção puxa os folículos de pêlo do lado da pele até que os folículos aumentam, terminando por puxar para fora o fundo do folículo e suga a queratina e o pêlo para o tecido subcutâneo, onde termina dando início ao abscesso. A doença pilonidal persiste até que o material que produz a inflamação seja removido da cavidade, e o orifício que permitiu a entrada tenha um fechamento permanente e sem ar. Em alguns casos, nem mesmo esse tratamento é suficiente e a geometria que cria o vácuo deve ser modificada.

Por que o método de remoção do folículo descrito acima controla a doença ao mesmo tempo em que não altera o vácuo? Eu acredito que as escaras no tecido subcutâneo que se seguem à cirurgia e à cicatrização secundária são responsáveis por um endurecimento da derme média, que é suficiente para evitar o aumento dos folículos.

Freqüentemente se culpam os pedículos pilosos pela criação da doença pilonidal. Vários autores sugerem que os pedículos perfuram seu

caminho através de pele intacta. Entretanto, a evidência mostra que os folículos aumentados são primários, uma vez que são encontrados em todos os casos de doença pilonidal, enquanto que os pedículos pilosos são encontrados apenas em metade das cavidades dos abscessos. O mecanismo da ingestão secundária de pêlo foi claramente demonstrado por *Patel*^{1, 6}.

Um problema bastante desencorajador no tratamento da doença pilonidal tem sido a ocasional ferida da linha média que surge após a cirurgia. Nesta série, 15 pacientes chegaram a mim de outros lugares com feridas abertas, apesar de diversas operações prévias em outros lugares e com até 20 anos de doença. As forças que agem sobre esse tipo de ferida pilonidal, que está se contraindo mas não cicatrizou, estão ilustradas na **Fig. 3**. Uma técnica atual, daqui para diante denominada "fechamento de fissura", se destina a alterar as forças, conforme aparece na **Fig. 4**.

Apesar de somente necessária em casos fora do comum, a técnica de fechamento da fissura tem se mostrado suficientemente útil para que a apresentemos nas **Figs. 5-8**. Eu a recomendo para utilização em feridas cirúrgicas da ferida média cirúrgica não cicatrizada. Essa

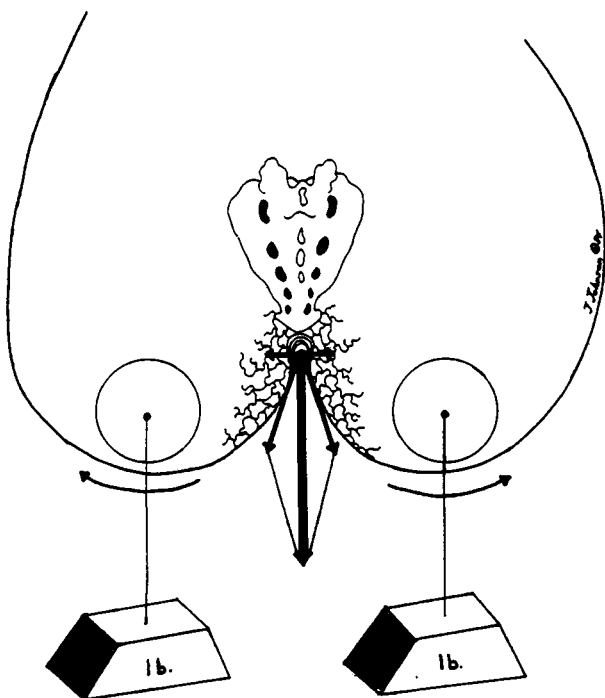


Fig. 3 - Uma incisão pilonidal não cicatrizada - forças que bloqueiam a cicatrização. Essas feridas freqüentemente permanecem abertas durante muitos anos.

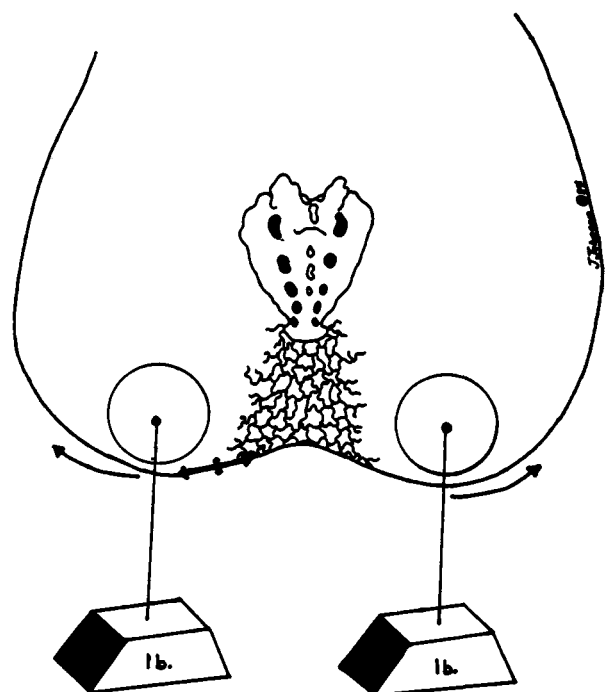


Fig. 4 - Efeito da técnica de "fechamento de fissura". Geometria modificada remove a maior parte das pressões. As feridas cicatrizam rapidamente.

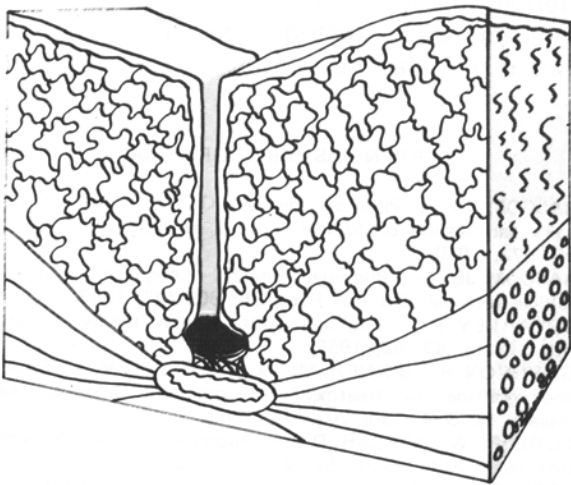


Fig. 5 - Cirurgia pilonidal usando a técnica de "fechamento de fissura", um método recomendado apenas para o tratamento de feridas (incisões) cirúrgicas da linha média não cicatrizadas. Uma ferida longa e estreita jaz no fundo de uma fissura profunda.

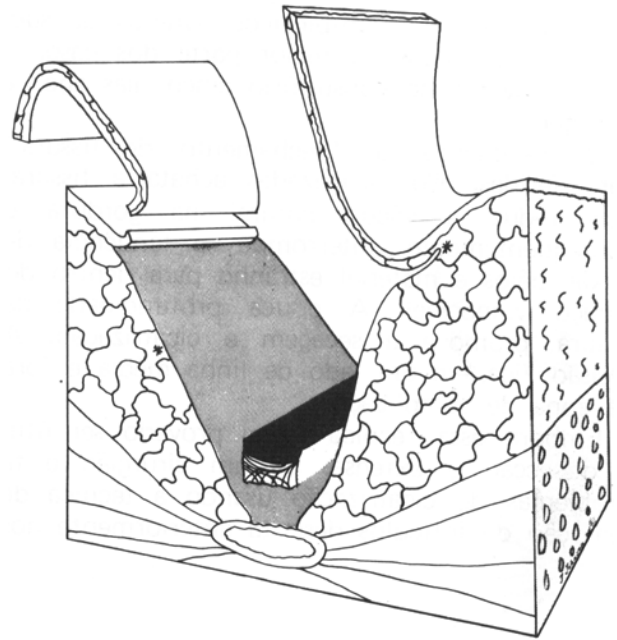


Fig. 7 - A borda esquerda da pele é removida. Escaras mínimas são retiradas deixando toda a gordura.

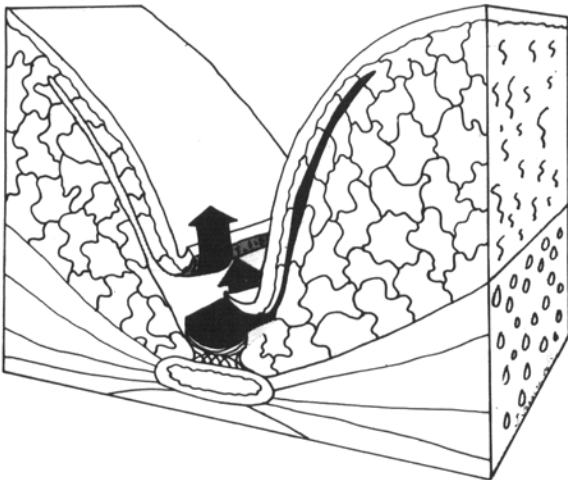


Fig. 6 - Bordas de pele são levantadas da gordura de cada lado.

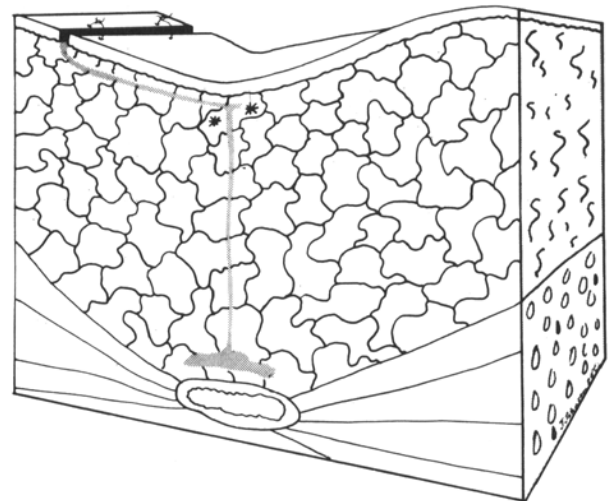


Fig. 8 - Sutura leve de gordura junta em*. Borda de pele cai sobre a linha média sem tensão. Sutar a incisão.

técnica provoca maior incapacitação durante os 10 primeiros dias após a operação do que a técnica de remoção do folículo, técnica esta que aplico a todos os pacientes que apresentam uma pele intermediária relativamente intacta.

A técnica do fechamento de fissura se inicia com o afastamento das nádegas e com a elevação de uma borda de pele de cada lado. Um pouco de gordura se junta ao cair, fechando esse espaço. Um mínimo de tecido com escara é retirado da base da ferida. Se a cicatriz estiver livre de pêlos incrustados, será

deixada no mesmo lugar. Toda a gordura é preservada para que cumpram suas atividades de acolchoamento e preenchimento de espaços. Somente a pele é elevada. A seguir, uma borda generosa de pele é removida de cada lado. A borda de pele do outro lado é colocada sobre a linha média e a fissura é fechada.

A cura após essa cirurgia tem sido imediata, com pouca incapacitação. Os pacientes recebem alta da unidade de cirurgia em períodos que

variam de 4 a 24 horas após a cirurgia. Esses pacientes recebem antibióticos. Drenos de sucção são colocados na maior parte dos casos e são removidos no consultório cinco dias após a cirurgia.

O tratamento de "fechamento de fissura" para feridas não cicatrizadas achata a fissura, pois reduz o vácuo natural na gordura e conseqüentemente interrompe a tendência de puxar pêlos e material estranho para dentro do espaço vulnerável. A pouca profundidade da fissura promove a secagem e cicatrização. A incisão fica em um lado da linha média e fora da zona de complicações.

Embora essa técnica tenha provado ser útil, a dissecação é extensa. Se um cirurgião evita problemas de cicatrização usando a técnica de remoção de folículos descrita anteriormente nos

casos de abscessos crônicos, então temos que as feridas de linha média não cicatrizadas não acontecem e o método de fechamento de fissura não se faz necessário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BASCOM JB — Pilonidal disease. Origin from follicles of hairs and results of follicle removal as treatment. *Surg*, 87: 567-572, 1980.
2. BASCOM JB — Pilonidal disease. Long-term results of follicle removal. *Dis Col Rect*, 26: 800-807, 1983.
3. BREARLEY R — Pilonidal sinus. A new theory of origin. *Brit J Surg*, 43: 62, 1955.
4. GUYURON B, DINNER MI & DOWDEN RV — Excision and grafting in treatment of recurrent pilonidal sinus disease. *SG & O*, 156: 202-204, 1983.
5. LORD P & MILLAR D — Pilonidal sinus. A simple treatment. *Brit J Surg*, 52: 298-300, 1965.
6. PAGE BH — The entry of hair into a pilonidal sinus. *Brit J Surg*, 56: 32, 1969.