

TRATAMENTO DO CISTO PILONIDAL POR MÉTODO ABERTO UTILIZANDO ELETROCAUTERIZAÇÃO

ALMINO CARDOSO RAMOS, FSBCP
MANOEL DOS PASSOS GALVÃO NETO
IVAN CECCONELLO, FSBCP
BRUNO ZILBERSTEIN, FSBCP
HENRIQUE WALTER PINOTTI

RAMOS AC, GALVÃO NETO MP, CECCONELLO I, ZILBERSTEIN B & PINOTTI HW - Tratamento do cisto pilonidal por método aberto utilizando eletrocauterização. *Rev bras Colo-Proct*, 1991; 11(1): 5-8.

RESUMO: Foram tratados por novo procedimento técnico 51 pacientes com cisto pilonidal em fase crônica. Consiste em método cirúrgico aberto no qual se realiza ressecção através de curetagem com bisturi elétrico, cuja extremidade apresenta a forma de alça. Todos os pacientes foram seguidos por período médio de 33,5 meses. Como vantagens destacam-se: a realização simultânea de exérese e hemostasia, a evolução praticamente indolor, o curto período de internação e o rápido retorno às atividades. Deve-se salientar o índice muito baixo de recidiva, tendo sido assinalada em apenas um caso (1,9%).

UNITERMOS: cisto pilonidal; eletrocoagulação, cirurgia

A etiopatogenia do cisto pilonidal sacrococcígeo permanece controversa, embora atualmente a maioria dos autores aceitem como mais provável a origem adquirida (3, 6, 12, 13, 17). Coube a Mayo a descrição inicial da doença em 1833, sendo que Hodges, em 1880, propôs a denominação pilonidal (do latim: *pilus*-pêlo e *nidus*-ninho) (6).

O tratamento é discutido, consistindo basicamente de métodos cirúrgicos abertos ou fechados, estando melhor definido para a fase aguda com fistulização e supuração, quando a simples drenagem com ou sem curetagem parece ser a melhor alternativa (3, 6, 10).

Neste estudo analisaremos um método terapêutico aberto de ressecção do cisto pilonidal em fase crônica através do uso de bisturi elétrico (14). Examinaremos as vantagens técnicas do método, bem como as evoluções pós-operatórias imediata e tardia destes pacientes.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Durante o período de janeiro de 1984 a março de 1990 foram operados 51 pacientes, 32 do sexo masculino (62,7%) e 19 do feminino (37,3%). A idade variou de 16 a 50 anos (média de 28,5 anos). A média de idade para as mulheres foi de 24,4 anos e para os homens, 28,7.

Quarenta e nove pacientes foram operados com anestesia peridural e dois com anestesia local, sempre em decúbito ventral. Após anti-sepsia com solução iodada e colocação de campos esterilizados (Fig. 1) fazia-se a cateterização do orifício com sonda de pequeno calibre, injetando-se azul-de-metileno para delimitação do trajeto fistuloso (Fig. 2). A seguir o tecido era progressivamente ressecado a partir da pele, incluindo-se a zona demarcada com o corante (Fig. 3), com bisturi elétrico, apresentando extremidade em forma de alça (Fig. 4). A ressecção era exangue e a incisão assumia a forma de elipse (Fig. 5). Era então feito curativo com gaze não-aderente. Não se administravam antibióticos, e a analgesia era realizada com antiinflamatórios não-esteróides. O paciente era orientado para deambulação precoce, recebendo alta geralmente no primeiro ou segundo dia de pós-operatório. Os curativos eram trocados em dias alternados até o início da granulação. Era recomendado então manter a limpeza da região e usar absorvente higiênico para evitar trauma tecidual e extravasamento de secreções.

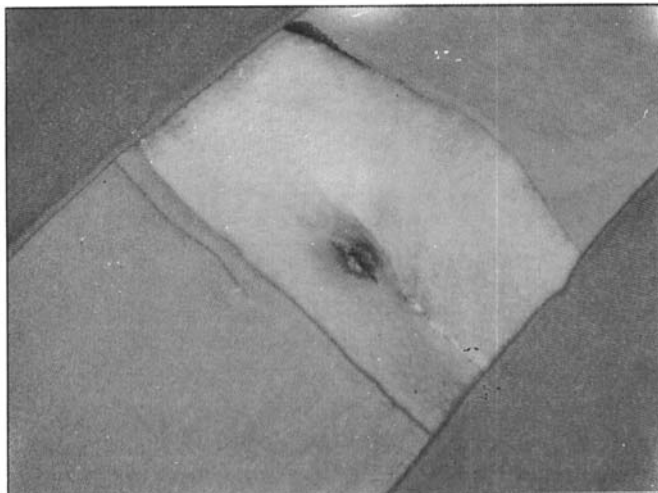


Fig. 1 - Paciente preparado para a cirurgia. Observar cisto pilonidal em fase crônica

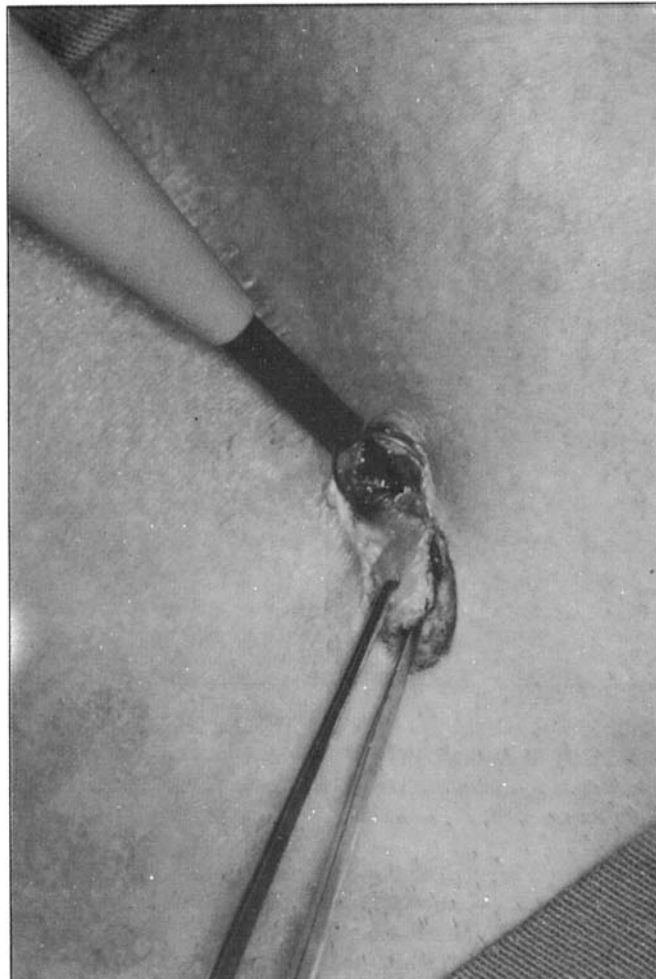


Fig. 3 - Ressecção progressiva com eletrocoagulação



Fig. 2 - Cateterização e demarcação

Em todos os casos o material ressecado era encaminhado para exame anatomopatológico.

Os doentes foram acompanhados por período mínimo de 4 e máximo de 70 meses (média de 33,5 meses).

RESULTADOS

A cicatrização ocorreu em 80% dos casos até a oitava semana. O tempo máximo observado para cicatrização foi de 12 semanas em um paciente. A dor foi facilmente controlada através de antiinflamatórios. O tempo de internação variou de um a quatro dias (média de 1,5 dias). Após o início da granulação (5 a 7 dias) o paciente retornava gradativamente às suas atividades habituais. Ocorreu apenas uma recidiva, sete meses após o tratamento cirúrgico, sendo tratada da mesma maneira, apresentando boa evolução.

Nos exames histopatológicos, em nenhuma ocasião foi identificada a presença de um cisto verdadeiro. O padrão anatomopatológico era de um trajeto fistuloso, parcialmente recoberto de epitélio, que se comunicava com uma

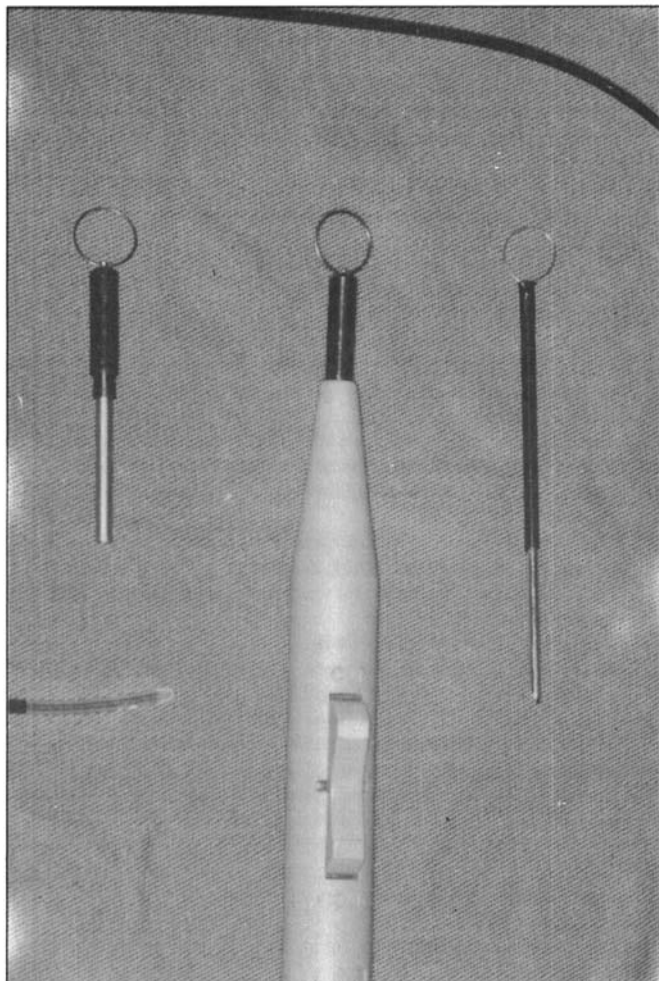


Fig. 4 - Caneta de bisturi elétrico. Observar detalhe da extremidade em forma de alça.

cavidade cujas paredes eram constituídas por tecidos inflamatório e de granulação.

DISCUSSÃO

O cisto pilonidal continua sendo uma afecção de resolução cirúrgica, embora atualmente tenham sido relatados casos de uso de esclerosantes, como o fenol a 80% com recorrência de 6,3% (6, 9). As principais vantagens do método são o baixo custo e o rápido retorno ao trabalho. Entretanto, o seguimento dos doentes ainda é pequeno e o procedimento precisa ser melhor avaliado. Em relação ao tratamento cirúrgico, está melhor estabelecido para a fase aguda, onde consiste na drenagem associada ou não a curetagem, sob anestesia local, com taxas de cura entre 60 e 76% (2, 8, 9, 10). Fora da fase aguda o tratamento é controverso, podendo ser realizado por vários métodos. As técnicas fechadas por aproximação simples das bordas, plastia em "Z", transposição de retalhos e plastia em "D", são procedimentos que proporcionam uma cicatrização

rápida, porém com recidiva em média de 15% (0 a 38%), sendo os melhores resultados obtidos com o retalho romboide (1-5, 7, 11-13, 15-17). Por outro lado, com as técnicas abertas a recorrência é menor (4 a 8%), porém o tempo de cicatrização é longo e o pós-operatório extremamente doloroso, resultando em um período de internação prolongado e demora no retorno às atividades laborativas (3, 4, 6).



Fig. 5 - Aspecto final.

Neste estudo foi proposto um novo método aberto de ressecção do cisto pilonidal, no qual a recidiva a longo prazo foi muito baixa, apenas 1,9%. Outras importantes vantagens foram propiciar simultaneamente exérese e hemostasia, o que torna o método simples, rápido e fácil, podendo ser realizado em qualquer ambiente onde se disponha de bisturi elétrico. Além disso, possibilitou deambulação precoce com rápido retorno às atividades habituais, ressaltando-se ainda o curto período de internação que, em nossa casuística, foi inferior aos demais estudos revistos na literatura (1, 4, 6, 7, 11, 12, 13, 16, 17).

Do ponto de vista anatomopatológico, a lesão não se comportou como um cisto e sim como um trajeto fistuloso em comunicação com cavidade delimitada por granulação.

CONCLUSÃO

A ressecção do cisto pilonidal pela eletrocauterização mostrou ser um procedimento eficaz e de baixa recidiva, proporcionando curto período de internação, pós-operatório indolor e rápido retorno às atividades profissionais.

RAMOS AC, GALVÃO NETO MP, CECCONELLO I, ZILBERSTEIN B, PINOTTI HW - Treatment of pilonidal sinus by opened method utilizing electrocauterization.

SUMMARY: Fifty-one patients with chronic pilonidal sinus were treated by a new procedure. Comprised a opening surgical method with resection through electrocauterization. The median follow-up were 33.5 months. The advantages are concomitant realization of exeresis and hemostasy, painless evolution, shorter hospital stay and rapid return to quickness. A single recurrent sinus occurred (1.9%).

KEY WORDS: pilonidal sinus; electrocoagulation, surgery

REFERÊNCIAS

1. Azab AS, Kamal MS, EL Bassyoni F. The rationale of using the rhomboid fasciocutaneous transposition flap for the radical cure of pilonidal sinus. *J Dermatol Surg Oncol* 1986; 12(12): 1295-9.
2. Bascon JU. Repeat pilonidal operations. *Am J Surg* 1987; 154(1): 118-22.

3. Benhamou G, Vilotte J. Kystes et sinus pilonidaux. *Ann Dermatol Venerol* 1988; 115(1): 95-7.
4. Bisset IP, Isbister WH. The management of patients with pilonidal disease. A comparative study. *Aust N Z J Surg* 1987; 57(12): 939-42.
5. Courtney SP, Merlin MJ. The use of fusidic acid gel in pilonidal abscess treatment: cure, recurrence and failure rates. *Ann R Coll Surg Engl* 1986; 68(3): 170-1.
6. Duchateau VJ, De Mol J, Bostoen H, Allegaert W. Pilonidal sinus. Excision, marsupialization, phenolization (?). *Acta Chir Belg* 1985; 85(5): 325-8.
7. Gwynn BR. Use of the rhomboid flap in pilonidal sinus. *Ann R Coll Surg Engl* 1988; 68(1): 40-1.
8. Halvorson GD, Halvorson JE, Iserson KV. Abscess incision and drainage in the emergency department. *J Emerg Med* 1985; 3(4): 295-305.
9. Hegge HG, Vos GA, Patka P, Hoitsma. Treatment of complicated or infected pilonidal sinus disease by local application of phenol. *Surgery* 1987; 102(1): 52-4.
10. Jensen SL, Harling H. Prognosis after simple incision and drainage for a first episode acute pilonidal abscess. *Br J Surg* 1988; 75(1): 60-1.
11. Kaufman HD. Use of rhomboid flap in pilonidal sinus. *Ann R Coll Surg Engl* 1986; 68(2): 117-9.
12. Mann CV, Springall R. "D" excision for sacrococcygeal pilonidal sinus disease. *J R Soc Med* 1987; 80(5): 292-5.
13. Obeid SAF. A new technique for treatment of pilonidal sinus. *Dis Colon Rectum* 1988; 31(11): 879-85.
14. Pollara WM. Comunicação pessoal.
15. Premont M, Clouteau JE, Calvanese J. Cure des kystes pilonidaux en decubitus dorsal. *Presse Med* 1986; 15(39): 1971-2.
16. Sabiani P, Le Treut YP, Bouloudnine G, Maillet B, Bricot R. Le traitement de la maladie pilonidale par la technique de exeresse-plastie LLLN. A propos de 27 cas. *Ann Gastroenterol Hepatol* 1985; 21(5): 287-90.
17. Toubanaks G. Treatment of pilonidal sinus disease with the Z-plasty procedure modified. *Am Surg* 1986; 52(11): 611-2.

Endereço para correspondência:

Almino Cardoso Ramos
Av. Arnolfo Azevedo, 164
01236 - São Paulo - SP