

---

# TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CISTO PILONIDAL ATRAVÉS DE RESSECÇÃO E FECHAMENTO PRIMÁRIO COM RETALHOS CUTÂNEOS

PAULO ROBERTO CORSI - TSBCP  
ROSANGELY DE CASSIA CAVANHA CORSI  
LUIZ FERNANDO RODRIGUES ALVES DE MOURA  
THAIS DIAS TAVARES GUERREIRO  
LUCAS PEREZ DE VASCONCELLOS

---

CORSI PR; CORSI RCC; MOURA LFRA; GUERREIRO TDT; VASCONCELLOS LP. Tratamento Cirúrgico do Cisto Pilonidal Através de Ressecção e Fechamento Primário com Retalhos Cutâneos. *Rev bras Coloproct*, 2004;24(3):203-207.

**RESUMO:** Objetivo: Analisar os resultados imediatos e tardios do tratamento cirúrgico do cisto pilonidal, através de ressecção e fechamento primário com avanço de retalhos cutâneos laterais. Método: Num período de 6 anos, 24 pacientes portadores de cisto pilonidal foram operados através de ressecção e fechamento primário com avanço de retalhos cutâneos laterais. Os pacientes, cuja média de idade foi de 22,5 anos e distribuição por sexo de 18 homens e 6 mulheres, tiveram seguimento pós-operatório de 5 meses a 6 anos. Resultados: Como complicações tivemos 20,8% dos pacientes com hematoma, seguido de sangramento em 16,7% e recidiva em 12,5%. Dezesete pacientes (70,8%) não tiveram complicação e não necessitaram de analgésicos, não sendo observado deiscência de sutura, com dor leve presente em 45,8% dos pacientes, febre baixa em 8,3% dos pacientes e tempo médio de retorno às atividades de 25,7 dias. Conclusão: O tratamento cirúrgico do cisto pilonidal, através de ressecção e fechamento primário com retalhos cutâneos, permite ampla retirada do tecido afetado com sutura primária sem tensão, apresenta pouca dor pós-operatória, rápido retorno às atividades, baixos índices de complicações e recidivas.

**Unitermos:** Cisto pilonidal; Técnica cirúrgica; Fechamento primário..

---

## INTRODUÇÃO

A doença pilonidal é uma das afecções acessíveis a cura mais debatidas.

Hebert Mayo, em 1833, foi o responsável pela descrição inicial. Em 1847, Anderson<sup>1</sup> publicou “Pêlos extraídos de uma úlcera” e Warren,<sup>2</sup> em 1854, relatou a incisão e drenagem de um abscesso sacrococcígeo com extração de uma bola de pêlos. Hodges,<sup>3</sup> em 1880, introduziu o termo pilonidal (do latim: pilus - pêlo; nidus - ninho) e propôs uma teoria de origem congênita da doença.

Patey e Scharff,<sup>4</sup> em 1946, reabriram o debate da patogenia com indícios a favor de uma natureza adquirida, quando surgiram várias postulações, como a de Brearley<sup>5</sup> que sugeriu que o pêlo se torna agrupado em forma de sulco que penetra na pele. Palmer,<sup>6</sup> em 1959, postulou que o estiramento do tegumento na puberdade produz distensão dos folículos pilosos. Page,<sup>7</sup> em 1969, demonstrou a ingesta de ar por uma cavidade pilonidal em decorrência das forças de tração e do efeito de vácuo. Posteriormente, Boscom<sup>8</sup> relatou que os folículos pilosos aumentados aparecem em primeiro lugar, com o pêlo ingerido ocupando secundariamente tal cavidade, dentre tantas outras postulações.

A etiopatogenia do cisto pilonidal permanece controversa, embora a maioria dos autores aceite como mais provável a origem adquirida.<sup>9-13</sup>

---

Trabalho realizado no Centro de Estudos e Pesquisas do Hospital Samaritano - SP.

A cirurgia é tida como a única forma efetiva de tratamento, existindo controvérsia quanto a melhor técnica a ser empregada.<sup>14,15</sup> As mais utilizadas são as de abertura dos trajetos com curetagem, efetuando-se a aproximação das bordas da ferida, ou não, com a ferida cicatrizando por segunda intenção. Outras técnicas muito realizadas são as ressecções com ou sem fechamento primário<sup>15-20</sup> e o método aberto com electrocauterização.<sup>4,19-25</sup>

Alguns autores aconselham a associação de técnicas de cirurgia plástica, com a rotação de retalhos cutâneos da região glútea direita ou esquerda.<sup>26-29</sup>

Neste estudo, analisamos os resultados do tratamento cirúrgico de portadores de cisto pilonidal através de ressecção e fechamento primário através de avanço de retalhos cutâneos laterais.

## MÉTODOS

Durante o período de maio de 1997 a agosto de 2003 foram operados 24 pacientes com cisto pilonidal, no Hospital Samaritano de São Paulo, 18 deles do sexo masculino (75%). A idade variou de 16 a 38 anos (média de 22,5 anos) e o tempo de história de 7 dias a 7 anos (média de 19,2 meses).

A técnica cirúrgica utilizada foi a ressecção em fusão da linha mediana da região sacral até a fáscia, incluindo todos os trajetos fistulosos (Figura-1). A seguir foi realizado o descolamento dos retalhos cutâneos nos sentidos laterais direito e esquerdo, suprafacial com 10cm de lateralidade (Figura-2). A sutura foi feita sem tensão, em dois planos: subcutâneo e pele, seguido de curativo compressivo, sem a realização de drenagem (Figura-3).

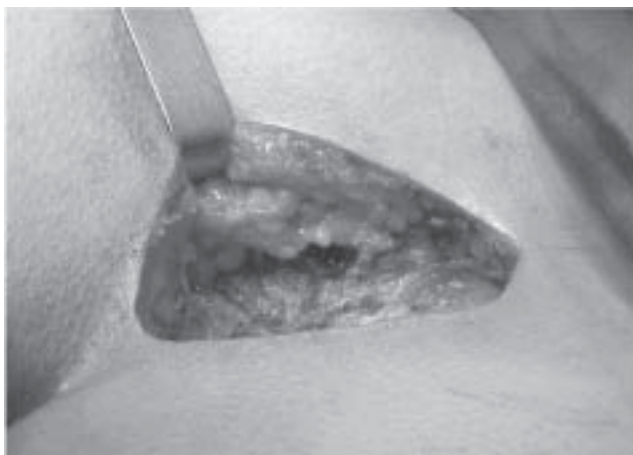


Figura 1 – Cisto Pilonidal: incisão da linha mediana da região sacral e retalho de um lado.

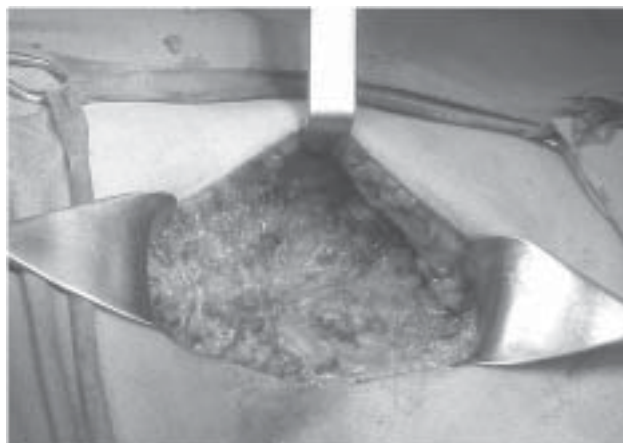


Figura 2 – Cisto pilonidal: deslocamento dos retalhos cutâneos nos sentidos lateral direito e esquerdo.



Figura 3 – Cisto Pilonidal ressecado e suturado sem dreno.

Os pacientes foram operados sob anestesia peri ou intradural. Todos receberam antibioticoterapia com cefalosporina de segunda geração, desde a indução anestésica, por um período médio de cinco dias.

Em todos os casos o material ressecado foi encaminhado para exame anatomopatológico, sendo confirmado o diagnóstico de cisto pilonidal. Em 22 casos tivemos a presença de reação inflamatória crônica supurativa com microabscessos na periferia e, em 2 casos, cisto pilonidal pequeno sem reação inflamatória.

O tempo médio de seguimento pós-operatório dos pacientes foi de 52,7 meses (mínimo de 5 e máximo de 75 meses).

## RESULTADOS

O tempo de retorno às atividades variou de 10 dias até o máximo de 1 mês.

Dezessete pacientes (70,8%) não tiveram complicação alguma e não necessitaram de analgésicos.

Como complicação mais freqüente observamos a presença de hematoma em 20,8% dos pacientes, seguido de sangramento em 16,7% dos pacientes. Não observamos nenhum caso de deiscência de sutura, tendo 7 pacientes (29,2%) utilizado analgésicos comuns e 8,3% dos pacientes apresentado febre baixa.

Obtivemos 3 casos (12,5%) de recidiva, sendo estas respectivamente após 2, 7 e 32 meses de pós-operatório (Tabela-1).

**Tabela 1** – Complicações encontradas durante o acompanhamento dos 24 pacientes.

Complicações	Casos	Porcentagem (%)
Hematoma	7	29,2
Sangramento	4	16,7
Recidivas	3	12,5
Total	24	100

## DISCUSSÃO

O tratamento da doença pilonidal, apesar de ser uma entidade clínica bem definida como de origem adquirida, possui ainda alguns aspectos controversos. A cirurgia é o principal e o único método efetivo de tratamento, com grande discussão quanto a melhor técnica a ser empregada (Tabela-2).

Em nosso estudo, realizamos a técnica de ressecção e fechamento primário do cisto pilonidal com avanço de retalhos cutâneos. Associamos procedimentos de cirurgia plástica às técnicas tradicionais, com o intuito de diminuir o longo tempo de cicatrização dos métodos abertos, assim como eliminar as complicações decorrentes da tensão e do espaço morto dos métodos fechados. Obtivemos baixo índice de recidiva (12,5%), sendo similar aos melhores índices da literatura.<sup>19,22,24,37</sup> É um método pouco doloroso, com 70,8% dos pacientes não necessitando de analgésicos pós-operatório e com grande porcentagem de pacientes sem complicação (70,8%). Além disso, o método

**Tabela 2** – Comparação das recidivas entre diversas técnicas cirúrgicas

Método	Autor	No. Casos	Recidiva (%)	Δt acompanhamento
Marsupialização	Arauz <sup>25</sup> , 2002	23	4,3	12 – 36 meses
	Spivak <sup>19</sup> , 1996	26	4	
	Total	59	4	
Eletrocauterização	Shafik <sup>24</sup> , 1996	18	11,11	29,6 meses 33,5 meses
	Ramos <sup>20</sup> , 1991	51	1,9	
	Total	69	4,3	
Incisão e curetagem	Arauz <sup>25</sup> , 2002	29	27,6	12 – 36 meses
	Mendes <sup>37</sup> , 1991	174	10,2	
	Total	203	12,3	
Ressecção com fechamento 1º	Al-Hassam <sup>22</sup> , 1990	48	20	29 meses 5 – 15 anos
	Tritapepe <sup>23</sup> , 2002	243	0	
	Spivak <sup>19</sup> , 1996	56	11	
	Total	347	4,6	
Ressecção com fechamento 2º	Al-Hassam <sup>22</sup> , 1990	48	12	29 meses 29,6 meses
	Spivak <sup>19</sup> , 1996	47	13	
	Shafik <sup>24</sup> , 1996	18	16,6	
	Total	113	15,9	
Retalho cutâneo de Limberg	Urhan <sup>28</sup> , 2002	102	4,9	
	Erdem <sup>27</sup> , 1998	40	2,5	
	Total	142	4,2	

possibilitou deambulação precoce e retorno rápido às atividades habituais.

Com a técnica de *Limberg flap*, que associa métodos de cirurgia plástica com ressecção e fechamento primário, temos um método radical com grande incisão cirúrgica e ferida pós-operatória de grandes dimensões. Na literatura apesar de observar bons resultados com uma média de 4,2% de recidivas,<sup>26-29</sup> observamos altos índices de complicações, como 5% de deiscência de sutura<sup>27</sup> e 19,6% de dor pós-operatória,<sup>28</sup> com grande desconforto local e até casos de parestesia.

A excisão do cisto pelo método aberto, no qual a ferida cicatriza por segunda intenção, apesar de ser muito difundido e proporcionar resultados satisfatórios, possui longo tempo de cicatrização da ferida, sendo necessários longos e trabalhosos curativos. Na literatura o tempo médio de cicatrização é de 56 dias,<sup>30,31</sup> com relatos de até 13 semanas.<sup>22</sup> Observam-se taxas de recidiva que variam de 12% a 16,6% em um período médio de 29 semanas de acompanhamento.<sup>19,22,24</sup>

Com excisão do cisto e fechamento primário da ferida, o tempo de cicatrização é reduzido, porém há grande possibilidade de deiscência da sutura, ocorrência de infecção, desconforto, dor e apreciável número de recidivas. A literatura mostra taxas de recidiva ao redor de 20%.<sup>16,22</sup>

Com a finalidade de preservar tecido normal, através de feridas pequenas, mínimo desconforto pós-operatório, são realizadas duas técnicas: a de marsupialização e a de incisão com curetagem.

A técnica da Marsupialização foi descrita pela primeira vez por Buie,<sup>32</sup> durante a Segunda Grande

Guerra. Nessa ocasião o autor definiu a doença como “Doença do Jeep”. Recentemente vários cirurgões<sup>9,25,33-35</sup> alcançaram bons resultados, com média de 4% de recidivas no acompanhamento de 1 a 3 anos, com o tempo de cicatrização de 20 a 30 dias,<sup>34,35</sup> com longos períodos de cicatrização e alguns episódios de formação de granuloma de corpo estranho na ferida.

Já a técnica de incisão e curetagem foi desenvolvida e realizada inicialmente com sucesso por Jacob.<sup>36</sup> A literatura consigna um longo tempo de cicatrização da ferida, de 27 a 45 dias<sup>30,31</sup> com o inconveniente de que o manuseio dos curativos é muito doloroso. Averiguamos recidivas de 4,4% a 19,5%,<sup>37-39</sup> chegando a 27,3% para Arauz<sup>25</sup> no seguimento de 1 a 3 anos.

Realizando a eletrocoagulação, utiliza-se um método aberto de ressecção do cisto, com hemostasia e exérese simultâneas, o que torna o método simples, rápido e fácil. Apesar disso, é um método aberto, com longo tempo de cicatrização e grande desconforto pós-cirúrgico. A literatura mostra recidivas ao redor de 10%, com Ramos<sup>20</sup> demonstrando em seu acompanhamento de 33,5 meses uma taxa de 1,9%, com tempo de cicatrização chegando a 12 semanas e necessidade de difíceis curativos diários.

## CONCLUSÃO

O tratamento cirúrgico do cisto pilonidal através de ressecção e fechamento primário com retalhos cutâneos, permite ampla retirada do tecido afetado com sutura primária sem tensão, apresentando pouca dor pós-operatória, rápido retorno às atividades, baixos índices de complicações e recidivas.

---

**SUMMARY: Objective:** The aim of this study was to determine advantages, disadvantages, and long-term results of the surgical treatment of pilonidal sinus using excision and primary closure with skin retail. **Methods:** We treated 24 patients, 18 males and 6 females, with mean age of 22,5 years, who had primary pilonidal sinus disease with the technique of incision and primary closure with skin retail. **Postoperative follow-up** varied from five months to six years, from 1997 to 2003. **Results:** 20,8 percent of the patients developed hematoma, 16,7 percent of bleeding and three patients developed recurrence (12,5 percent). 70,8 percent had no complication. There was no wound dehiscence, with low pain in 11 patients, low fever in 2 patients and the mean time to return to activity was 25,7 days. **Conclusion:** The surgical treatment of pilonidal sinus using excision and primary closure with skin retail allows great excision of the abnormal tissue with primary closure without tension, low complication rate, short time to return to normal activity and good long-term results.

**Key words:** Pilonidal sinus; Surgical technique; Primary closure.

---



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anderson W - Hair extracted from an ulcer. **Boston Med Surg J**, 1847, 36:74.
2. Warren, JM - Abscess containing hair on the nates. **Am J Med Sci**, 1854, 55:113.
3. Hodges, RM - Pilonidal sinus. **Boston Med Surg J**, 1880, 103:456.
4. Patey, DH, and Scharff, RW - Pathology of postanal pilonidal sinus: Its bearing on treatment, **Lancet**, 1946, 2:484.
5. Brearley, R - Pilonidal sinus; A new theory of origin. **Br J Surg**, 1955, 43:62.
6. Palmer, WH - Pilonidal disease: A new concept of patogénesis. **Dis Colon Rectum**, 1959, 2:303.
7. Page, GH - The entry of hair into a pilonidal sinus. **Br J Surg**, 1969, 56:32.
8. Boscom, J - Pilonidal disease; Long-term results of follicle removal. **Dis Colon Rectum**, 1983, 26:800.
9. Benhamou G, Vilotte J - Kystes et sinus pilonidaux. **Ann Dermatol Venereol**, 1988, 57(12):939-42.
10. Duchateau VJ, De Mol J, Bostoen II, Allegaert W - Pilonidal sinus. Excision, marsupialization. **Acta Chir Belg**, 1985, 85(5): 325-8.
11. Mann CV, Springall R - "D" excision for sacrococcygeal pilonidal sinus disease. **J R Soc Med**, 1987, 80(5): 292-5.
12. Obeid SAF - A new technic for treatment of pilonidal sinus. **Dis Colon Rectum**, 1988 31(11): 879-85.
13. Toubanaks G - Treatment of pilonidal sinus disease with the Z-plasty procedure modified. **Am Surg**, 1986, 52(11): 611-2.
14. da Silva JH. - Pilonidal cyst: cause and treatment. **Dis Colon Rectum**, 2000, 43(8): 1146-56.
15. Baier PK - Therapy pf the pilonidal sinus – Primary wound closure or open wound after excision. **Zentralbl Chir**, 2002, 127(4):310-4.
16. da Silva JH - Cisto pilonidal sacrococccígeo. 1972. **Tese (Doutorado em Medicina)**. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
17. Hurst, DW - The evolution of management of pilonidal sinus disease. **Can J Surg**, 1984, 27:603.
18. Salvati, EP; Symposium on outpatient anorectal procedures: Pilonidal disease. **Can J Surg**, 1985, 28:225.
19. SpivaK H - Treatment of chronic pilonidal disease. **Dis Colon Rectum**, 1996, 39(10):1136-9.
20. Ramos AC - Tratamento do cisto pilonidal por método aberto utilizando eletrocauterização. **Rev Bras Coloproct**, 1991, 11(1): 5-8.
21. Jensen SL, Harling H - Prognosis after single incision and drainage for a first episode acute pilonidal abscess. **Br J Surg**, 1988, 75(1):60-1.
22. Al-Hassan HK - Primary closure or second granulation after excision of pilonidal sinus. **Acta Chir Scand.**, 1990, 156(10):695-9.
23. Tritapepe R, Di PC - Excision and primary closure of pilonidal sinus using a drain for antiseptic wound flushing. **Am J Surg**, 2002, 183(2):209-11.
24. Shafik A - Electrocauterization in the treatment of pilonidal sinus. **Int Surg**, 1996, 81(1): 83-4.
25. Arauz SNZ - Tratamento cirúrgico da doença pilonidal sacrococccígea: estudo comparativo entre as técnicas de marsupialização e de incisão e curetagem. **Rev Col Bras Cir**, 2002, 29(5):288-93.
26. Cervelli V - Plastic surgery by Limberg-Dufourmentel method in the treatment of a pilonidal sinus. **Minerva Chir**, 1997, 52(5):659-62.
27. Erdem E - Are postoperative drains necessary with the Limberg flap for treatment of pilonidal sinus? **Dis Colon Rectum**, 1998, 41(11):1427-31.
28. Urhan MK - Rhomboid excision and Limberg flap for managing pilonidal sinus. **Dis Colon Rectum**, 2002, 45(5): 656-9.
29. Kapan M - Sacrococcygeal pilonidal sinus disease with Limberg flap repair. **Tech Coloproctol.**, 2002, 6(1):27-32.
30. Solla JA - Chronic pilonidal disease. An assessment of 150 cases. **Dis Colon Rectum**, 1990, 33:758-61.
31. Allen-Mersh TG - Pilonidal sinus. Finding the right track for treatment. **Br. J. Surg.**, 1990, 72: 123-32.
32. Buie LA, Curtiss RK - Pilonidal disease. **Surg. Clin. North Am.**, 1952, 32:1247-59.
33. Resende MS - A marsupialização na doença pilonidal sacrococccígea. **Rev Bras Coloproct**, 1981, 1(3).
34. Vaula JL, Badaro JA - Enfermedad pilonidal sacrococccígea. **Prensa Med. Argent**, 1986, 73:489-91.
35. Meban S, Hunter E - Outpatient treatment of pilonidal disease. **Can Med Assoc J**, 1982, 126:941.
36. Jacobs RG - Observation on pilonidal cyst. **US Nav. Med. Bull**, 1943, 41:1296-8.
37. Mendes MBP - Incisão e curetagem da doença pilonidal sacrococccígea. **Rev Bras Coloproct**, 1991, 11(2):70-72.
38. Edwards MH - Pilonidal sinus: a 5-year appraisal of the Millar-Lord treatment. **Br J Surg**, 1977, 64:867-8.
39. Bissett IP - The management of patient with pilonidal disease – a comparative study. **Aust N Z J Surg**, 1987, 57:939-942.

Endereço para correspondência:

Lucas Perez de Vasconcellos  
Rua Des. Joaquim B. de Almeida, 368  
Alto de Pinheiros  
05463-010 - São Paulo – SP