

# Sinus Pilonidal Sacrococcigeo Excisão sem Sutura em Ambulatório

António Canaveira Manso, Luís Canaveira Manso, Hélder Carvalho, Francisco Castro Sousa

## RESUMO

Alguns dos autores têm a experiência de realizar a “Técnica Fechada” com sutura primária e a “Técnica Aberta” sem sutura, para tratar o Sinus Pilonidal Sacrococcigeo. Esta possibilidade de comparação, e os resultados que apresentamos, obtidos com a “Aberta” nos últimos 15 anos, permite-nos optar por esta, com mais convicção. A facilidade de execução, como anestesia local, em ambulatório, o pouco risco e a ausência de limitações para a higiene e actividade dos doentes, apesar da necessidade de realizar penso diário até à cicatrização, leva-nos a propô-la como a ideal. Acreditamos que seja uma discussão e sugestão de uma tecnologia, embora a experiência relatada possa ser valiosa e gratificante para a ciência.

**PALAVRAS-CHAVE:** TÉCNICA FECHADA; COM SUTURA PRIMÁRIA; TÉCNICA ABERTA; SEM SUTURA

## SACROCOCCIGEAL PILONIDAL SINUS - AMBULATORY EXCISION WITHOUT SUTURE

### ABSTRACT

Some of us have experience of Sacrococccigeal Sinus Pilonidal excision, with and without primary suture. The first was done before 1990 and the other one, since then. The comparison of the two techniques and the “Open” results, made us decide that it is the best without suture, with local anaesthetise and on ambulatory, it is safe, quick and doesn't have limitations to the hygiene and activity of the patient, although the wound must be dressed every day.

**KEY-WORDS:** CLOSE TECHNIQUE; WITH PRIMARY SUTURE; OPEN TECHNIQUE; WITHOUT SUTURE

## INTRODUÇÃO

Sendo uma afecção frequente, sobretudo em jovens, temos tido a oportunidade de tratar cirurgicamente muitos casos de Sinus Pilonidal Sacrococcigeo, no Serviço de Cirurgia 3 dos Hospitais da Universidade de Coimbra (H.U.C.).

Alguns dos Autores tiveram a experiência de utilizar durante vários anos, a “Técnica Fechada” com Sutura Primária e Anestesia Geral e a partir dos Anos 90, a “Técnica Aberta” com anestesia local, sem sutura primária.

Deste modo podemos ter um termo de comparação técnico, baseado na opinião dos cirurgiões que já praticaram as duas e, revendo os casos operados sem sutura primária, apresentar os resultados.

## MATERIAL E MÉTODOS

Não tendo possibilidade de rever os processos de doentes antigos, operados antes de 1991 com técnica fechada a “Sinus Pilonidal”, designado nesse tempo como “Quisto Dermóide Sacrococcigeo”, limitámo-nos a obter e registar, a opinião dos cirurgiões mais antigos do Serviço.

Como praticaram tanto a “Técnica Fechada” como a “Aberta”, inquirimos quanto à dificuldade, aspectos técnicos e resultados da sua experiência pessoal. Para procurar fundamentar os resultados da técnica aberta que apresentamos, fizemos a revisão dos processos dos casos operados com ela, entre 1992 e 2007.

### DESCRIÇÃO TÉCNICA:

**Técnica Fechada** ou com “Sutura Primária”, era a

técnica habitual praticada antes dos Anos 90, com anestesia geral, obrigando a virar e colocar em decúbito ventral, os doentes previamente anestesiados em decúbito dorsal.

Eram colocadas duas faixas de adesivo a abrir o sulco inter nadegueiro e, após injeção de azul-de-metileno através de trajecto fistuloso, era feita a excisão em bloco, do Sinus e dos trajectos fistulosos.

Depois, havia várias técnicas de sutura, quer com pontos Donatti profundos em bloco, apanhando a aponevrose sagrada, apoiados ou não em compressas sobre a pele, com ou sem drenagem de ruber dam ou crinas, quer com sutura em separado, primeiro do tecido celular subcutâneo com catgut e depois da pele, também com drenagem ou não.

Os pontos tinham de se manter pelo menos 12-15 dias, o doente ficava internado durante esse tempo, pois não podia sentar-se e tinha de fazer repouso, deitado de lado ou em decúbito ventral, evitando o dorsal, na tentativa de conseguir uma boa cicatrização e reduzir as dores.

Depois da alta e de ter retirado os pontos, tinha de continuar a evitar sentar-se e fazer esforços, de modo a que não surgisse um descolamento dos tecidos na profundidade e portanto um abscesso ou recidiva.

Mesmo correndo tudo bem, não podia fazer a sua actividade normal ou a higiene pessoal em condições, durante cerca de 30 dias.

**Técnica Aberta**, realizada preferencialmente nos últimos 15 anos, em regime de ambulatório, isto é, com admissão no próprio dia da operação e alta no dia seguinte, após revisão e realização de novo penso.

De modo geral, na pré medicação é administrada ½ ampola (25 mg) de cloridrato de prometazina

*Serviço de Cirurgia 3  
Hospitais da Universidade  
de Coimbra*

e uma ampola de 50 mg de cloridrato de petidina IM ou IV, pelo menos 30 minutos antes do início da operação e colocado em veia periférica, um soro glicosado a 5%.

O doente é colocado em decúbito ventral, com duas faixas de adesivo a abrir o sulco inter nadegueiro e aplicada monitorização de ECG e pressão arterial.

A anestesia é local, feita com lidocaina a 1% ou 2% diluída a 50%, ou com lidocaina a 1% + adrenalina a 0,5%, também diluída a 50%, em soro fisiológico.

TABELA 1 - Sexo e Idades

Sexo	Nº	Média	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
F	196	22,13	13	66	7,80
M	220	27,75	16	73	10,06
	<b>416</b>				

TABELA 2 - Epitelização completa

Nº	Demora Média	Mínimo	Máximo
416	38	28	91

A quantidade injectada, varia conforme o tamanho e a sensibilidade do doente, com uma média de 30 a 40 cc, injectados em losango, em torno do Sinus e na profundidade, até à aponevrose sagrada.

Habitualmente, se existe um trajecto fistuloso que o permita, é realizada injeccção de “azul-de-metileno” por ele, ou feita exploração com estilete.

Depois, é feita a excisão “em bloco” da pele e tecidos profundos, até à aponevrose sagrada, utilizando preferencialmente o bisturi eléctrico, para diminuir a hemorragia, procurando retirar toda a loca e os possíveis trajectos.

Após correcta hemostase, duas opções técnicas podem ser realizadas:

“Sem Encerramento”, deixando a loca completamente aberta, ou quando muito, se existirem trajectos fistulosos laterais, depois de abertos e curetados, ou excisados, suturando apenas estes.

“Com Marsupialização” em que são dados pontos de fio de reabsorção lenta (Vicryl ou similar), entre o bordo da pele e a aponevrose na profundidade, com a finalidade de reduzir a área desepitelizada que fica aberta.

Em ambos os casos, a cavidade é preenchida com “gaze gorda” e compressas secas por cima, de modo a

manter afastados os bordos cutâneos e depois realizar o penso compressivo com adesivo.

Os doentes mantêm repouso e analgésicos até ao dia seguinte, altura em que é revisto o penso e a hemostase e de modo geral, estando tudo bem e não havendo hemorragias que necessitem de alguma revisão, têm alta para o domicílio.

Levam a indicação de fazer o penso diariamente, e vir todas as semanas a consulta do Serviço, para avaliar a evolução da cicatrização por “2ª Intenção”.

Inicialmente é usada “gaze gorda”, até surgir granulação e depois, feita aplicação de pomada ou penso estimulante da cicatrização e compressas, a manter afastados os bordos da ferida.

## RESULTADOS

Reverendo os Processos dos Doentes Operados a “Sinus Pilonidal Sacroccocigeo” no Serviço de Cirurgia III dos H.U.C., no período de 15 anos (1992 a 2007), obtivemos os seguintes resultados:

Foram operados pela “Técnica Aberta” 416 doentes, sendo 196 mulheres e 220 homens com idade média de 22,13 ± 7,8 anos e 27,75 ± 10,06 anos com idade mínima de 13 e 16 anos e máxima de 66 e 73, respectivamente (Tabela 1).

A cicatrização e epitelização demoraram em média 38 dias com um mínimo de 28 e um máximo de 91 dias. (Tabela 2).

Não encontramos referências a recidivas, embora em 15 (3,61 %) tenha havido rotura superficial da epiderme já cicatrizada, com necessidade de voltar a realizar pensos e vigilância, depois de esforços ou exercícios físicos mais violentos, nos primeiros meses, após a epitelização completa.

Como complicações (Tabela 3), apenas encontramos em 36 (8,65 %) necessidade de uma “revisão” através de utilização, de “nitrito de prata” ou desbridamento, por a granulação se estar a fazer mal, ou ter aparecido supuração, por má realização de penso, ou falta de fiscalização Médica da evolução.

TABELA 3 - Complicações

<b>Hemorragia</b>	8,00	1,92%
<b>Reabertura</b>	15,00	3,61%
<b>Má cicatrização</b>	36,00	8,65%
<b>TOTAL</b>	59,00	14,18%

Também houve em 8 casos (1,92 %), hemorragia no

pós operatório imediato, com necessidade de passagem de ponto de catgut ou vicryl, para obter a hemostase, sem necessidade de nova anestesia local. Estes poucos casos verificaram-se mais no início da técnica, quando a qualidade dos bisturis eléctricos ainda era deficiente.

Apesar da demora na cicatrização e a necessidade de pensos diários, a maioria dos doentes suportou bem a situação, por não terem qualquer impedimento para se sentarem e para a sua higiene pessoal e para a própria actividade profissional.

## DISCUSSÃO

Até cerca de 1990, no Serviço de Cirurgia 3 dos H.U.C., a “Sutura Primária”<sup>1,7,8,9</sup> era a técnica que habitualmente se realizava, com anestesia geral, obrigando a virar e colocar em decúbito ventral os doentes já anestesiados, com riscos ventilatórios elevados e complicados cuidados posicionais, para os diminuir. Depois os pontos tinham de se manter pelo menos 12-15 dias e o doente ficava internado durante esse tempo, sem se poder sentar e tendo de fazer repouso. Mesmo após retirar os pontos, tinha de continuar a ter essa precaução, durante uns 20 ou 30 dias, na tentativa de conseguir uma boa cicatrização.

Apesar de todos estes cuidados, era frequente surgir supuração e infecção, ainda com os pontos colocados, obrigando a retirá-los e a cicatrização passava a ser feita por 2ª intenção, ou então aparecia novo abscesso ou uma recidiva, ao fim de alguns meses ou anos.

Foi por todos estes inconvenientes e frequentes dissabores, que a partir daí, foi iniciada a técnica “Aberta”, com anestesia local, excisando em bloco e não suturando, para cicatrização por “segunda intenção”, em regime de ambulatório.

Apesar da necessidade do penso diário durante 30 a 40 dias, os doentes suportam-no bem, ao poderem fazer a sua higiene e actividade normal, sem necessidade

de internamento ou de grande repouso, ou limitações. Na técnica “Aberta”, a tentativa de “Marsupialização” por vezes utilizada, unindo os bordos cutâneos à aponevrose sagrada, tem dado maus resultados, devido aos pontos se soltarem ao fim de alguns dias e o efeito pretendido deixar de existir e a partir daí, tudo se passar como se os pontos não tivessem sido dados, tendo de ser retirados, por ficarem soltos.

Encontrámos contudo descrita outra técnica<sup>10</sup>, que algumas vezes também já foi realizada no Serviço e que consiste na simples “Fistulotomia”.

Nela abre-se apenas o ou os trajectos fistulosos e a loca, com o bisturi de lâmina ou eléctrico e depois é feita a curetagem e limpeza dos trajectos e da loca.

Retirados todos os detritos de faneros ou pús, realiza-se o penso com gaze gorda, ou nos mais profundos, uma prévia “marsupialização”, unindo os bordos cutâneos ao leito fibroso da loca central, que não foi excisado, o qual dá assim suficiente apoio aos pontos, que mantém a união.

A cura é mais rápida, por os pontos não se soltarem e a loca residual ficar menor.

Porém só é possível de fazer em Sinus pequenos e doentes magros, com pouca profundidade do sulco inter nadegueiro.

O não ser necessário usar decúbito ventral sob anestesia geral e correr os riscos inerentes, o pouco tempo de internamento e a pouca limitação de actividade que a técnica “Aberta” implica, contrasta com as limitações que a “Sutura Primária” impunha e descrevemos.

Esta também é a opinião de outros autores<sup>5,10</sup>, que praticam a técnica “Aberta”, conforme encontramos na literatura, embora continue a haver defensores da “Fechada”<sup>4,6</sup>, com ou sem plastias mais ou menos complicadas, cuja única vantagem será a mais rápida cicatrização, quando não infectam e têm de passar a 2ª intenção também.

Para melhor comparação, apresentamos no (Tabela 4) o resultado de uma Classificação de 0 a 10 para vários aspectos, o que vem confirmar o acima referido, dando nítida vantagem à Técnica Aberta.

TABELA 4 - Comparação de Técnicas - Vantagem de 0 a 10

Técnica	Anestesia geral	Anestesia local	Menos risco operatório	Menos risco infecção	Menos limitação actividade	Menos demora em cicatrizar	Menos pensos diários	Indicada a todos os doentes?	Menos tempo internamento	Em ambulatório	0 a 10
fechada	1	0	1	1	1	8	8	3	1	0	25
aberta	0	10	10	10	10	2	1	8	10	10	71
marsupialização	0	10	10	8	10	2	1	5	10	10	66
fistulotomia	0	10	10	10	10	5	1	4	10	10	70

## CONCLUSÕES

Dadas as vantagens, tanto para o doente como para a actividade do Serviço e os óptimos resultados que temos tido, consideramos que a melhor técnica, é a “Aberta”, em regime de ambulatório, com anestesia

local, sem qualquer sutura, excisando em bloco e deixando cicatrizar por ” 2ª intenção”, e depois com pensos diários, até cicatrização completa.

É pois aquela que defendemos e pensamos continuar a executar, pelos bons resultado obtidos.

## REFERÊNCIAS

1. West Suffolk Hospital NHS Trust: Pilonidal Sinus Surgery; Hardwick Lane, Bury St Edmunds, Suffolk, IP33 2QZ; Reference No: 5145-2; Issued: 05-Nov-04
2. Neil S Sadick, MD: Pilonidal Cysts—Treatments Using Lasers and Lights; U S Dermatology Review 2006
3. The Australian and New Zealand Journal of Surgery: Easy and Successful Treatment of Pilonidal Sinus, after explanation of it's Causative Process; May, 1992
4. G. Milito, F. Cortese, C. U. Casciani :Rhomboid flap procedure for pilonidal sinus: results from 67 cases ; International Journal of Colorectal Disease; Springer Berlin / Heidelberg Volume 13, Nº 3 / June 1998
5. Bascom J U. : Pilonidal Sinus. Curr Pract Surg 1994; 6: 175 - 80.
6. Duxbury M S, Blake S M, Dashfield A, Lambert A W.: A randomised trial of knife versus diathermy in pilonidal disease. Ann R Coll Surg Engl 2003; 85: 405-7.
7. Khaira H S, Brown J H. : Excision and primary suture of pilonidal sinus. Ann R Coll Surg Eng 1995; 77: 242-4.
8. Kitchen P R B. : Pilonidal Sinus. Experience with the Karydakís flap. Br J Surg 1996; 83: 1452-5.
9. Peterson S, Koch R, Stelzner S et al.: Primary closure techniques in chronic pilonidal sinus. A survey of the results of different surgical approaches. Dis Colon Rectum 2002; 45: 1458-67.
10. Senapati A, Cripps N P J. : Pilonidal Sinus. Recent advances in surgery; Edinburgh, Churchill Livingstone, 2000: 33-42.
11. Senapati A, Cripps N P J, Thompson M R. : Bascom's operation in the day-surgical management of symptomatic pilonidal sinus. Br J Surg 2000; 87: 1067-70.

### Correspondência:

Luís Canaveira Manso  
Serviço de Cirurgia 3  
Hospital da Universidade de Coimbra  
Praceta Prof. Mota Pinto  
3000-075 Coimbra

### Email:

lmanso@netcabo