Cisto pilonidal – técnica em quatro retalhos

Pilonidal sinus – four flaps technique

MARIO GASPERIN POSTIGLIONE – Professor Titular da disciplina de Cirurgia Geral da Universidade de Caxias do Sul – RS. Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.
DÊNIS CONCI BRAGA – Acadêmico da Faculdade de Medicina da Universidade de Caxias do Sul – RS.

Trabalho realizado no Hospital Geral de Caxias do Sul – RS.

✉ Endereço para correspondência:
Mario Gasperin Postiglione
Rua Antonio Corsetti, 45
95012-080 – Caxias do Sul – RS
Fone (54)225-1967 – (54) 223-0393
postiglione@pro.via-rs.com.br

SINOPSE

O cisto pilonidal é uma patologia inflamatória crônica caracterizada por uma fístula na região sacrococcígea, em cujo trajeto freqüentemente há pêlos caducos. Diversos procedimentos cirúrgicos têm sido empregados para o seu tratamento. Autor e co-autor propõem uma nova técnica cirúrgica para a correção do cisto pilonidal.

UNITERMOS: Cisto Pilonidal; Cisto Sacrococcígeo; Técnica Operatória; Tratamento.

ABSTRACT

Pilonidal sinus is a chronic inflammatory pathology characterized by a fistula in the sacrococcygeal area which frequently has its hair fell out. Several surgical procedures have been used for its treatment. The author and co-author propose a new surgical technique to correction of the pilonidal sinus.

KEY WORDS: *Pilonidal Sinus; Sacrococcygeal Sinus; Operative Technique; Treatment.*

INTRODUÇÃO

O cisto pilonidal sacrococcígeo é uma afecção supurativa, de localização subcutânea, de forma, tamanho e consistência variáveis (1).

O diagnóstico, geralmente, não apresenta grandes dificuldades, uma vez que a história clínica do paciente sugere a patologia, e o exame físico confirma (2).

Mesmo que esta patologia seja considerada bem definida em seu aspecto clínico, o tratamento cirúrgico do cisto pilonidal tem apresentado controvérsias.

Várias técnicas têm sido empregadas: incisão lateral e excisão dos orifícios presentes; ampla incisão local, com ou sem fechamento primário; excisão e fechamento com Z plástico e, rotação de retalhos (técnica de Karydakis) (3).

As principais objeções ao fechamento primário da sutura ocorrem pela tensão à qual a região está sujeita, pela presença de infecção, tanto pela proximidade com a região anal, quanto pela formação de "espaço morto", devido ao desconforto e dor referidos pelo paciente, por tensão na ferida, e pela possibilidade de recidiva em apreciável número de casos (4-6).

Os autores apresentam uma nova técnica cirúrgica fácil de realizar e que possibilita ampla visualização, ressecções dos tecidos doentes e fechamento da região ressecada com retalhos de pele, diminuindo o tempo de cicatrização e a recuperação do paciente.

METODOLOGIA – DESCRIÇÃO DA TÉCNICA

1 – O paciente é colocado em decúbito ventral. Após realizada a tricotomia e anti-sepsia da região, faz-se tração lateral das nádegas com o uso de faixa de esparadrapos largos que são fixados na mesa cirúrgica, a fim de melhor expor a área a ser operada.

2 – A anestesia poderá ser, ou geral, ou bloqueio peridural.

3 – Nova anti-sepsia e colocação de campos estéreis, deixando exposta apenas a área a ser submetida ao procedimento.

4 – Injeta-se através dos orifícios da fístula, ou das fístulas, uma mistura de 10 ml de água oxigenada, com 01 ml de azul de metileno, com o uso de uma seringa cujo bico é introduzido no orifício da fístula e protegido com uma gaze, para que não reflua. Injeta-se lentamente. Após retira-se a seringa do orifício e se obstrui o mesmo com uma gaze. A reação da água oxigenada percorre a área doente, e o azul de metileno marca o trajeto das fístulas.

5 – Marca-se uma linha mediana vertical na pele, no sulco interglúteo, com azul de metileno, numa extensão variável e conforme a área doente, sendo que o centro desta linha corresponda ao orifício da fístula mediana. Marca-se uma linha horizontal, perpendicular ao meio da linha vertical, numa extensão que poderá variar conforme a área doente, resultando num desenho em forma de cruz. Estas linhas poderão ser ampliadas durante o ato cirúrgico caso seja necessário. Desta maneira estamos delimitando quatro ângulos retos cujos vértices se encontrarão no cruzamento das linhas horizontal e vertical (Foto 1a).

6 – Faz-se uma incisão da pele e subcutâneo nas linhas demarcadas com azul de metileno.

7 – Após levantam-se os quatro retalhos triangulares cuja base é mais espessa, afinando-se até a derme nas suas extremidades (Foto 1b).

8 – Os vértices dos retalhos são transfixados com fio inabsorvível, rebatidos e após fixados na pele das nádegas (Foto 1b). Dessa maneira toda a

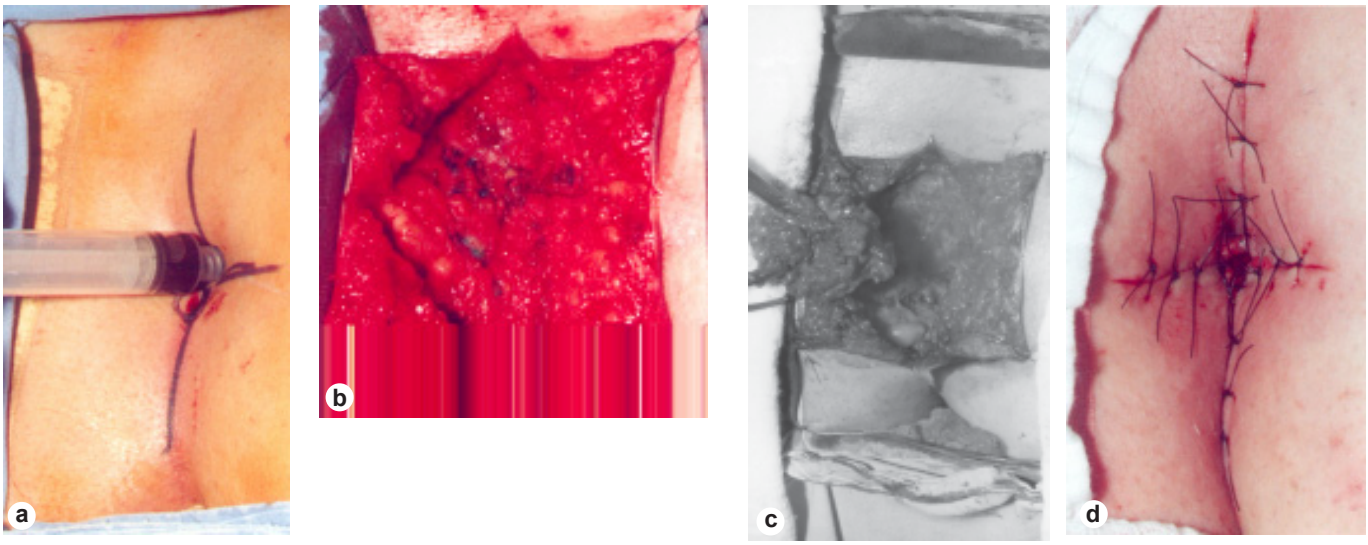


FOTO 1 – Principais tempos da técnica: (a) marcação e delimitação da incisão; (b) rebatimento e fixação dos retalhos à pele; (c) retirada do tecido doente e hemostasia; (d) fechamento da ferida operatória.

área doente ficará exposta e poderá ser visualizada pela coloração do azul de metileno. Poderemos ainda detectar, através da palpação, as áreas comprometidas, que se mostrarão mais endurecidas do que o tecido normal.

9 – Ressecção do tecido doente até a fáscia pré-sacra (Foto 1c).

10 – Hemostasia cuidadosa de toda a área.

11 – Seccionam-se os pontos que fixavam os retalhos evertidos, colocando estes no seu local de origem.

12 – Sutura dos retalhos entre si, e na fáscia pré-sacra, com pontos de mononylon 000. Os pontos deverão ser separados, para que possa haver drenagem no espaço entre eles (Foto 1d).

13 – Tamponamento da ferida operatória com curativo compressivo.

DISCUSSÃO

Essa técnica, com a realização de quatro retalhos, é de fácil execução.

Apresenta uma ótima vascularização dos retalhos, sem risco de sofrimento destes, devido à ampla base de seus pedículos.

O objetivo da técnica é facilitar a visualização e realização da cirurgia, possibilitando amplas ressecções de tecidos doentes. O fechamento é direto ao término da cirurgia, diminuindo o tempo de cicatrização e o número de curativos.

Outras técnicas dificultam o fechamento, ou prolongam o tempo de cicatrização da ferida porque deixam áreas cruentas expostas.

Não há perda de pele, a não ser pequeno reavivamento dos bordos dos orifícios das fístulas.

Este procedimento pode ser usado em todos os cistos pilonidais, não importando a sua extensão.

OBSERVAÇÕES

1. As suturas dos retalhos na fáscia pré-sacra deverão ser realizadas com fio monofilamentar 000 (nylon), pontos separados, e estes deverão permanecer no mínimo quinze dias.

2. O paciente não tem restrições para deitar em decúbito dorsal.

3. Não há necessidade do uso de drenos, pois as secreções drenarão pelos espaços entre os pontos.

4. O curativo deverá ser discretamente compressivo, a fim de evitar coleção de secreções e facilitar a fixação dos retalhos no tecido subcutâneo abaixo deles.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SILVA JH. Cisto pilonidal sacrococcígeo. In: Oliveira AC. Clínica cirúrgica. 4.ed. v.4. São Paulo: Sarvier, 1994: 683-687.
2. NIVATVONGS S. Pilonidal disease. In: Gordon PH, Nivatvongs S. Principles and practice of surgery for the colon, rectum and anus. 2ª edição. St. Louis – Missouri: Quality Medical Publishing Inc., 1999: 287-300.
3. KEIGHLEY MRB, WILLIAMS N. Pilonidal sinus. In: Keighley MRB, Williams N. Surgery of the anus, rectum and colon. 2.ed. London: W.B. Saunders, 1999: 539-563.
4. SONDENAA K, NESVIK I, ANDERSEN E, NATAS O, SOREIDE JA. Patient characteristics and syntoms in chronic pilonidal sinus disease. Int J Colorect Dis 1995; 10: 39-42.
5. SOLA JA, ROTHENBERGER DA. Chronic pilonidal disease. An assessment of 150 cases. Dis Colon Rectum 1990; 33: 758-761,
6. SONDENAA K, NESVIK I, ANDERSEN E, NATAS O, SOREIDE JA. Bacteriology and complications of chronic pilonidal sinus treated with excision and primare suture. Int J Colorect Dis 1995; 10: 161-166.