

Resumo de Artigo – Coloproctologia

Tratamento Endoscópico do Cisto Pilonidal (E.P.Si.T.): Uma Abordagem Minimamente Invasiva.



Luciano Santana de Miranda Ferreira¹, Carlos Ramon Silveira Mendes¹, Ricardo Aguiar Sapucaia¹, Meyline Andrade Lima¹

Artigo original publicado em J Col 2015;35(1):72-75

RESUMO

O cisto pilonidal consiste em um processo inflamatório crônico que ocorre com frequência na região sacrococcígea. É mais comum no sexo masculino, com proporção de 3:1 e mais presente na terceira década. O tratamento é eminentemente cirúrgico com diversas técnicas. A busca de novas tecnologias, bem como o tratamento minimamente invasivo se tornou prioridade máxima nas rotinas cirúrgicas. A técnica do E.P.Si.T. (Tratamento endoscópico do cisto pilonidal), desenvolvida por Meneiro, tem se mostrado bastante interessante no tratamento dos cistos pilonidais.

PALAVRAS-CHAVE: cisto pilonidal, fistuloscópio, E.P.Si.T.

KEYWORDS: pilonidalsinus, fistuloscope, E.P.Si.T.

INTRODUÇÃO

O cisto pilonidal é um processo inflamatório crônico, que ocorre com mais frequência na região sacrococcígea, associada aos pelos do local^{1, 2}. Mais comum no século masculino, na razão de 3:1, e na terceira década de vida. Seu tratamento é eminentemente cirúrgico, sendo descritas inúmeras técnicas, como incisão e curetagem, ressecção e cicatrização por segunda intenção ou rotação de retalho, dentre outras^{3,4,5}. São abordagens agressivas e resultam em feridas extensas, que demandam cuidados específicos e normalmente com longos períodos de cicatrização².

Visando a redução do trauma cirúrgico e com utilização de novas tecnologias, Meneiro descreveu em 2013 uma abordagem endoscópica utilizando o fistuloscópio que ele mesmo desenvolveu para tratamento de fístulas anais⁸.

O objetivo deste estudo é descrever a experiência do primeiro procedimento endoscópico para cisto pilo-

nidal do Brasil, realizado pela nossa equipe no Hospital Santa Izabel.

TÉCNICA CIRÚRGICA

Necessário anestesia espinal. O paciente é colocado em posição de decúbito ventral, com identificação do orifício de drenagem. O cirurgião é posicionado entre as pernas do paciente com o set de vídeo à sua esquerda.

É necessário o kit que inclui o fistuloscópio (Karl Storz, GmbH, Tuttlingen, Germany), obturador, endoscova, eletrodo unipolar e pinça. O fistuloscópio é conectado ao sistema de vídeo, com iluminação por fibra óptica e um sistema de irrigação contínua com glicina a 1%. Após introdução do fistuloscópio – fig.1 - a cavidade é preenchida pela solução de glicina e é feita a exploração sob visão direta, identificando abscessos crônicos e eventuais trajetos acessórios. É feita então a remoção de fragmentos de pelos e tecido inflamatório/desvitalizado, com auxílio da pinça, e após estudado todo o trajeto é feita cauterização do mesmo com o eletrodo unipolar e remoção do tecido com a endoscova, promovendo assim limpeza completa do trajeto.



Figura 1 - Introdução do fistuloscópio.

Ao fim do procedimento, o cirurgião cria uma contra-abertura para drenagem e resseca o orifício cutâneo primário – fig. 2.



Figura 2 - Aspecto final

DISCUSSÃO

O cisto pilonidal é uma condição comum, com incidência estimada de 26 casos por 100.000 indivíduos, afetando o sexo masculino com maior frequência (devido à presença mais frequente de pelos). Está também associado à obesidade, sedentarismo e trauma local^{1,2,3}.

Seu tratamento é eminentemente cirúrgico e técnicas variadas foram propostas, como incisão e curetagem, marsupialização, ressecção e sutura primária ou com cicatrização por segunda intenção, ou utilização de técnicas de retalhos. O método ideal deve combinar mínimo trauma tecidual com menor perda de tecido, redução de morbidade pós-operatória, cicatrização em curto espaço de tempo e mais breve retorno às atividades cotidianas. Embora existam várias técnicas disponíveis, nenhuma obteve sucesso em combinar todas essas características, até agora⁸.

A técnica mais comumente utilizada – ressecção e cicatrização por segunda intenção – resulta em feridas cirúrgicas extensas, morbidade com eventuais reaborda-gens por sangramento e tempo de cicatrização longo (por vezes, 180 dias ou mais)⁷.

Em 2013, Piecarlo Meneiro descreveu uma nova técnica, utilizando um fistuloscópio que foi desenvolvido inicialmente para tratamento de fístulas anais. Este instrumental permite a visualização direta dos trajetos fistulosos associados à cavidade do cisto pilonidal, permitindo a retirada de fragmentos de pelos e tecidos desvitalizados que perpetuam o quadro inflamatório/in-

feccioso, estruindo o tecido de granulação e drenando abscessos ocultos. Na sua série inicial foram operados 11 pacientes, com cicatrização em cerca de 30 dias após o procedimento e retorno ao trabalho em 3.5 dias, sem recidiva após 6 meses de seguimento^{8,9,10}.

Neste artigo descrevemos a primeira experiência brasileira com um paciente do sexo masculino, com idade de 32 anos. O procedimento durou 25 minutos e foi realizado sob anestesia espinhal em posição de decúbito ventral, com identificação do orifício de drenagem, fistuloscopia, remoção de fragmentos de pelo e tecido de granulação, cauterização e desbridamento do tecido desvitalizado. O seguimento foi de 1,5 ano e sem recidiva até o momento deste caso inicial. Após este primeiro caso, foram realizados 17 outros procedimentos, com uma recidiva que foi reabordada pela mesma técnica com cicatrização. O tempo de cicatrização médio foi de 5 semanas, com retorno às atividades após 5,5 dias.

REFERÊNCIAS

1. Bendewald FP, Cima RR. Pilonidal disease. Clin-Colon Rectal Surg. 2007;20:86–95.
2. Buczacki S, Drage M, Wells A, Guy R. Sacrococcygeal pilonidal sinus disease. Colorectal Dis. 2009;11:657.
3. Balsamo F, Borges AMP, Formiga GJS. Cisto pilonidal sacrococcygeal: resultados do tratamento cirúrgico com incisão e curetagem. Rev Bras Coloproct. 2009;29:325–8.
4. Ekc, i B, Gökc, e O. A new flap technique to treat pilonidalsinus. Tech Coloproctol. 2009;13:205–9.
5. Sit M, Aktas G, Yilmaz EE. Comparison of the three surgical flap techniques in pilonidal sinus surgery. Am Surg. 2013;79:1263–8.
6. Muzi MG, Maglio R, Milito G, Nigro C, Ciangola I, Bernagozzi B, et al. Long-term results of pilonidal sinus disease with modified primary closure: new technique on 450 patients. AmSurg. 2014;80:484–8.
7. Horwood J, Hanratty D, Chandran P, Billings P. Primary closure or rhomboid excision and Limberg flap for the management of primary sacrococcygeal pilonidal disease? A meta-analysis of randomized controlled trials. Colorectal Dis. 2012;14:143–51.
8. Meneiro P, Mori L, Gasloli G. Endoscopic pilonidal sinus treatment (E.P.Si.T.). Tech Coloproctol. 2014;8:389–92.
9. Mendes CRS, Ferreira LSM, Sapucaia RA, Lima

MA, AraujoSEA. VAAFT – Video assisted anal fistula treatment: a new approach for anal fistula. J Coloproctol. 2014;34:62–4.

10. Mendes CR, Ferreira LS, Sapucaia RA, Lima MA, AraujoSE. Video-assisted anal fistula treatment: technical considerations and preliminary results of the first Brazilian experience. Arq Bras Cir Dig. 2014;27:77–81.

1- Serviço de Coloproctologia do HSI

Endereço para correspondência:
lucianosmferreira@gmail.com