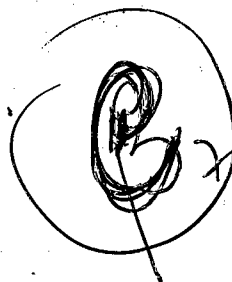


116 de.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA
CURSO DE MEDICINA



C I S T O S A C R O C O C C I G E O :

A N A L I S E D E 1 2 2 C A S O S

FLORIANÓPOLIS, 30 de Novembro de 1985.

" Eu quis saber do tempo,
então, me debrucei
pela vida afora."

(Paulo Dau)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA
CURSO DE MEDICINA

C I S T O S A C R O C O C C Í G E O :

A N Á L I S E D E 1 2 2 C A S O S

Karin Elisa Schemes *

Lisiane Anzanello *

* Acadêmicas da 12ª fase do Curso de Medicina da UFSC.

AGRADECIMENTO

Agradecemos ao Dr. Armando José d'Acampora pelo incentivo e apoio e orientação prestados na elaboração deste trabalho.

Í N D I C E

1. Resumo	6
2. Introdução	7
3. Casuística e Métodos	10
4. Resultados	16
5. Discussão	25
6. Conclusões	29
7. Summary	31
8. Referências	32

RESUMO

Este estudo consta de uma análise retrospectiva de 122 pacientes com cisto sacrococcígeo, operados nos Hospitais de Caridade e Universitário, em Florianópolis - SC, no período compreendido entre 1973 a 1985.

Foram analisados o tempo de permanência hospitalar, presença de abscesso anterior, incidência da doença em relação ao sexo e faixa etária, técnica cirúrgica empregada, doenças associadas e complicações pós-operatórias, enfatizando principalmente a recidiva local.

A técnica de Mac Fee foi a que obteve melhores resultados em relação às complicações pós-operatórias, se constituindo numa boa opção no tratamento do cisto sacrococcígeo.

I N T R O D U Ç Ã O

O cisto sacrococcígeo representa uma freqüente afecção, de natureza benigna; no entanto se comporta como um sério problema devido à grande recorrência de episódios flogísticos e sobretudo pela alta incidência de recidiva após tratamentos cirúrgicos ⁵.

O cisto pilonidal, como também é chamado, consiste em uma cavidade única ou múltipla, situada ao nível da prega cutânea do sulco interglúteo contendo um amontoado de pêlos livres e aflorando no subcutâneo através de um trajeto revestido por tecido de granulação ¹⁰. Este trajeto pode fistulizar com um ou mais orifícios para a pele da região sacrococcígea. Tal fístula pode ser uma complicação de um cisto pilonidal assintomático ¹⁷.

Têm sido relatado numa variedade de sítios de localização como: monte de vênus, clítoris, umbigo, axilas, pregas interdigitais, região sacrococcígea e occipito; no entanto, incide com maior freqüência na região sacrococcígea ^{26,28}.

Os fatores favorecedores ou predisponentes à formação do cisto sacrococcígeo são: presença de um sulco interglúteo profundo,

crescimento de pêlos em direção ao sulco, presença de tecido gorduroso com conseqüente maceração desta área, hirsutismo, fricção das nádegas e microtraumas repetidos na região sacrococcígea^{7,22}. Estes fatores com significativa freqüência afetam os pacientes portadores de cisto pilonidal, a ponto de permitir a identificação de um "hábito pilonidal"¹⁰.

O cisto sacrococcígeo foi relatado primeiramente por Herbert Mayo em 1833, e descrito seu tratamento por Anderson em 1847. Mais tarde Warren relatou abscessos que continham pêlos e se localizavam na região sacrococcígea. No entanto, a completa descrição de um cisto pilonidal só ocorreu em 1880 por Hodges, o qual é responsável pelo termo "cisto pilonidal"^{9,20,28}.

Em 1940, na Marinha dos EUA o número de dias perdidos por doença pilonidal excederam àqueles perdidos por hérnia e sífilis⁶. Muitos homens não foram aceitos na convocação para a guerra por serem portadores de cisto sacrococcígeo. Um total de 77.637 soldados foram admitidos nos hospitais do exército dos EUA por cisto pilonidal durante os anos de guerra de 1942 à 1945²². Conseqüentemente tornou-se um problema proeminente nos círculos médicos do exército e da marinha americanos, sendo a doença conhecida como "Doença do Jeep"¹⁶.

Durante muitas décadas trabalhos foram publicados com o intuito de diminuir a morbidade e as recidivas, descrevendo procedimentos cirúrgicos numa grande variedade, desde simples excisão com ou sem marsupialização, até interposição de retalhos cutâneos ou zetaplastia^{5,9,10,13,22}. Mas até agora não parece ter havido uma única técnica efetiva.

Adveio daí o interesse das autoras em analisar os resultados cirúrgicos do cisto pilonidal, analisando as técnicas cirúrgicas empregadas e o resultado das mesmas.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Durante o período de 1973 à 1985 foram analisados retrospectivamente 130 pacientes operados por cisto pilonidal no Hospital Universitário e Hospital de Caridade em Florianópolis, SC, sendo excluídos do estudo 8 casos nos quais os prontuários estavam incompletamente preenchidos, constituindo-se o presente estudo em 122 pacientes operados. Os pacientes foram operados pelo mesmo grupo de cirurgiões, usando técnicas diferentes de acordo com cada caso.

Destes 122 pacientes 84 eram homens e 38 eram mulheres, com idades que variavam de 13 à 54 anos de idade. Sendo 121 pacientes brancos e 1 paciente negro.

Estes pacientes foram divididos em três grupos de acordo com a técnica cirúrgica utilizada: grupo A (método de fechamento primário), grupo B (método aberto) e grupo C (método de fechamento parcial ou Mac Fee). A escolha da técnica cirúrgica foi feita pelo cirurgião de acordo com a história e os achados de exame físico de cada paciente.

A técnica fechada foi utilizada até 1980 para todos os casos não complicados, ou seja, em pacientes não operados anteriormente e sem fístula complexa, reservando-se a técnica aberta para os casos com várias recidivas ou que já tinham sido operados.

A técnica de Mac Fee foi introduzida como rotina a partir de 1980.

A técnica fechada consiste em:

- afastamento das nádegas com esparadrapo largo estando o paciente na posição de Depage;
- compressa colocada entre as nádegas protegendo a genitália;
- assepsia com álcool iodado;
- colocação dos campos cirúrgicos;
- incisão elíptica ao redor do cisto;
- dissecação a bisturi até aponeurose sacra;
- hemostasia rigorosa;
- liberação do esparadrapo;
- sutura com pontos totais da pele e penetrando na aponeurose sacra;
- sutura por planos;
- curativo. (Fig. 1)

O método considerado Mac Fee ou fechamento parcial consiste em:

- afastamento das nádegas com esparadrapo largo estando o paciente na posição de Depage;
- compressa colocada entre as nádegas protegendo a genitália;
- assepsia com álcool iodado;
- colocação dos campos cirúrgicos;
- incisão elíptica ao redor do cisto;
- dissecação a bisturi até aponeurose sacra;
- hemostasia rigorosa;
- liberação do esparadrapo;

- sutura da pele em inversão na aponeurose sacra diminuindo a ferida;

- curativo. (Fig. 2)

O método aberto consiste na excisão em bloco de todo o cisto, dissecando até a aponeurose sacra, deixando a ferida cirúrgica cicatrizar por segunda intenção. (Fig. 3)

Em todas as técnicas se complementa a posição de Depage com a colocação de coxim sob o peito e espinhas ilíacas para elevar as nádegas.

Nas fístulas se cateteriza a fístula e abre-se antes de incisar a pele para que a incisão possa atingir todas as fístulas.

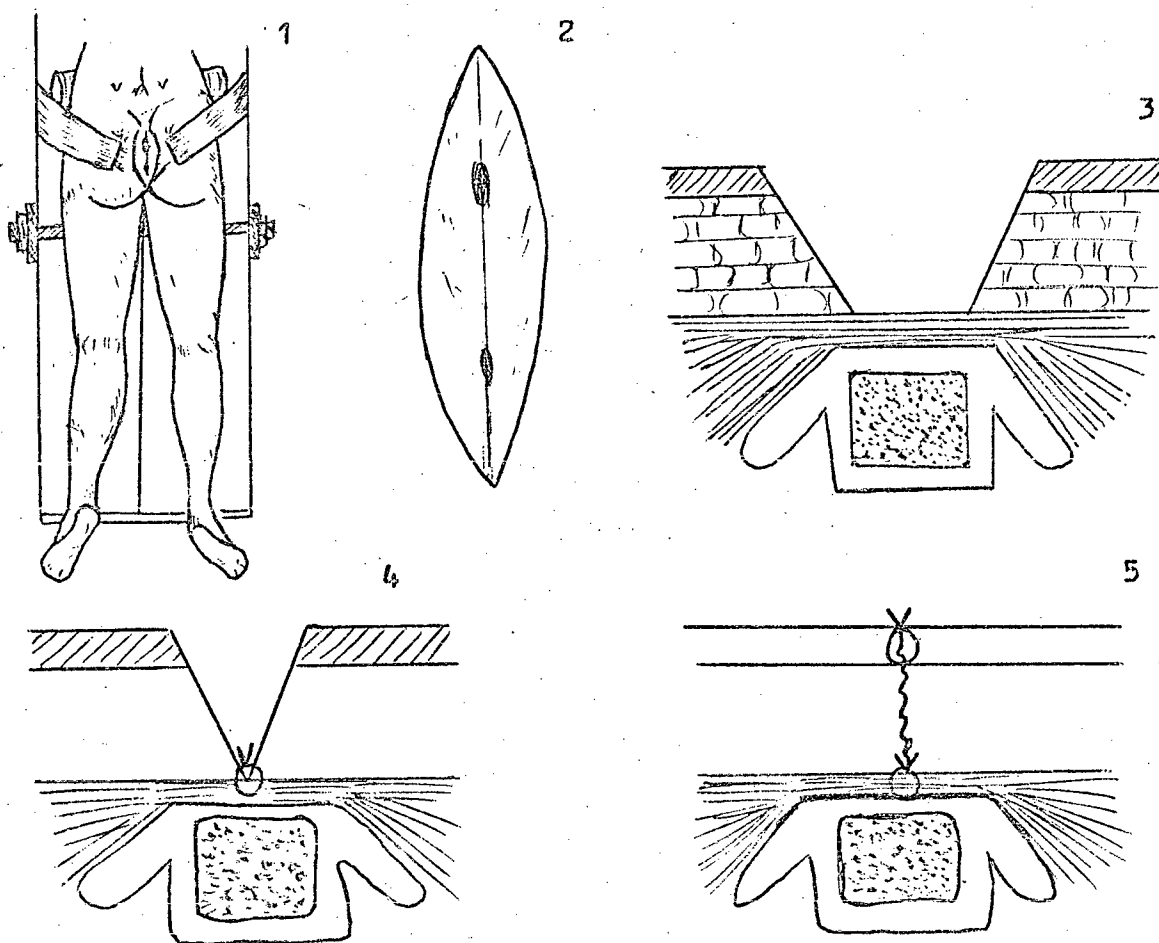
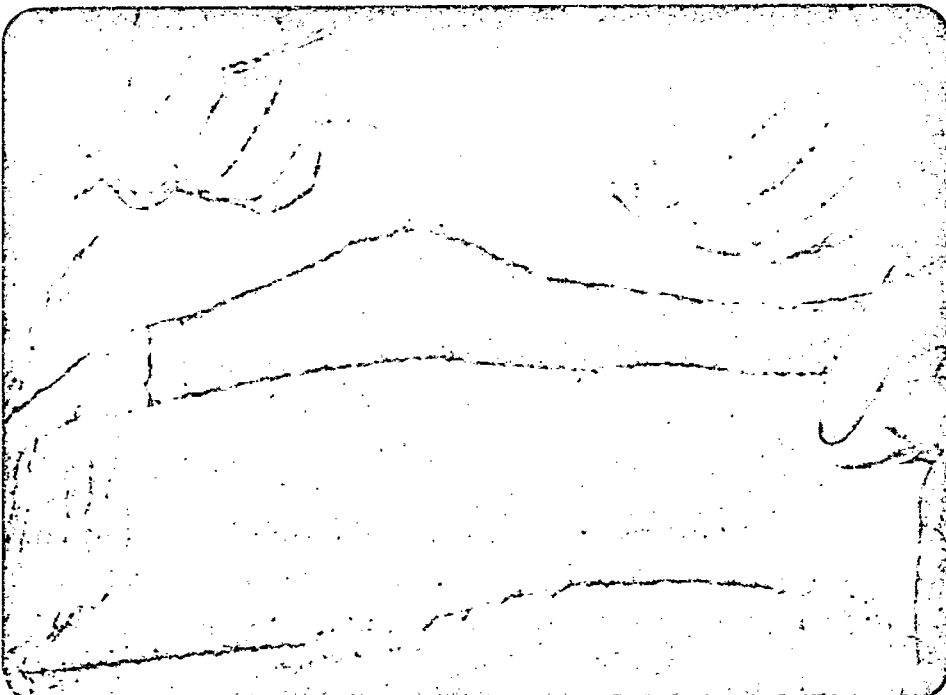
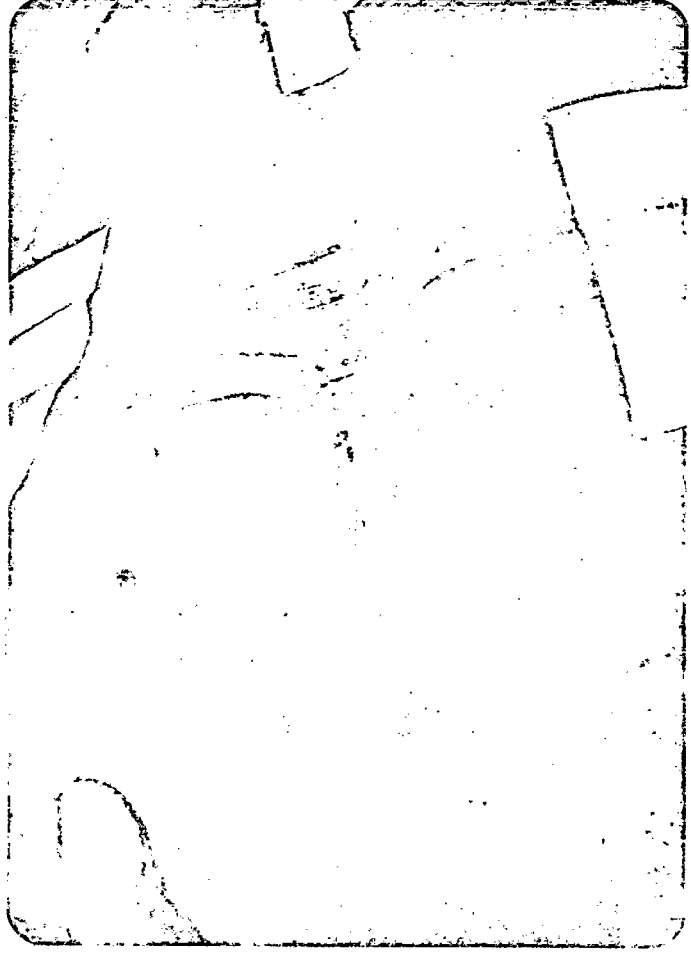
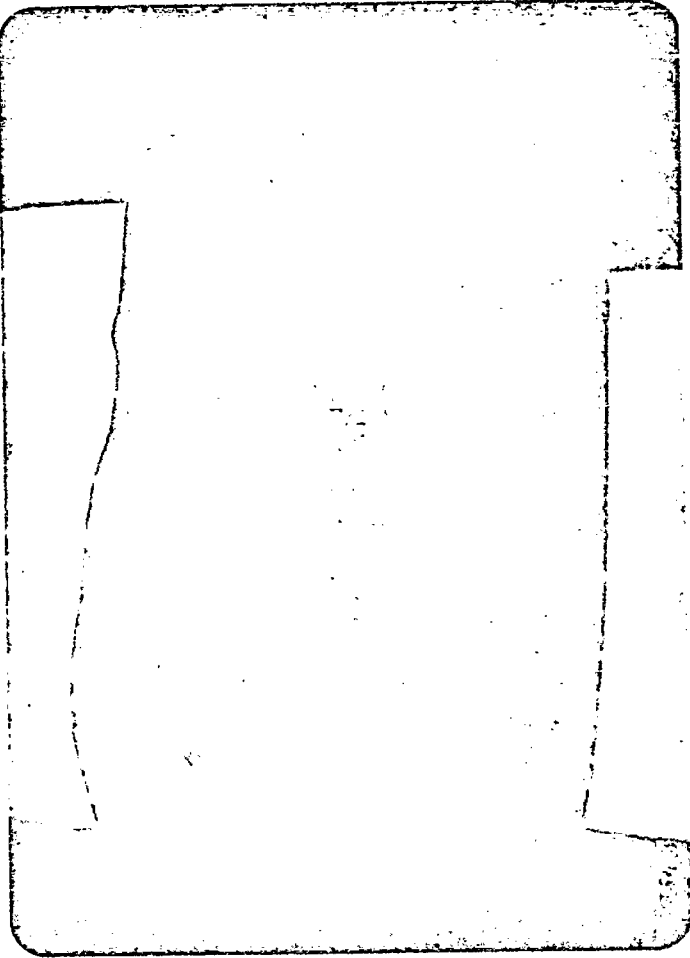


FIG. 1 : Técnica Fechada (desenho esquemático).



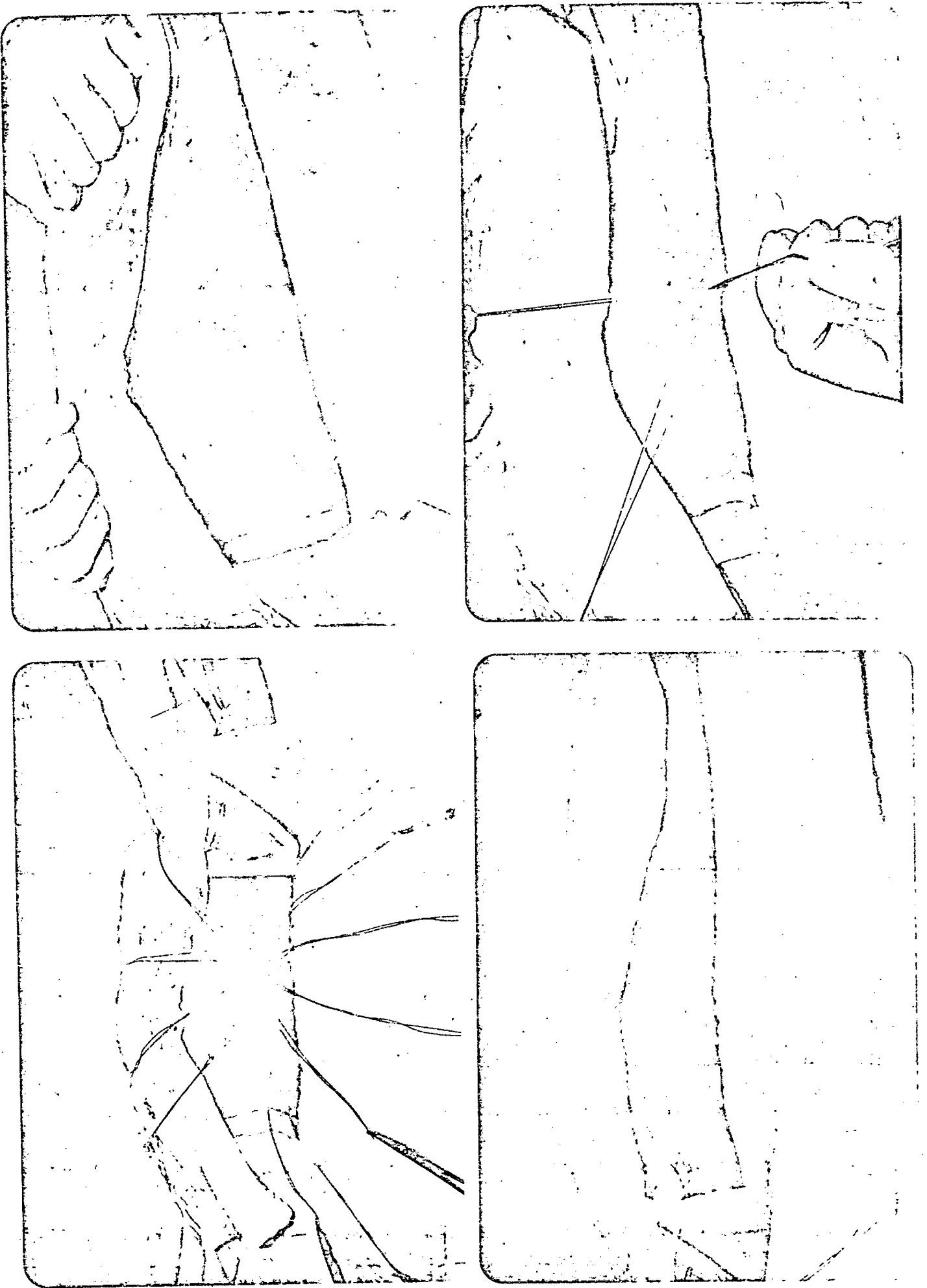


FIG. 2: Técnica de Mac Fee .

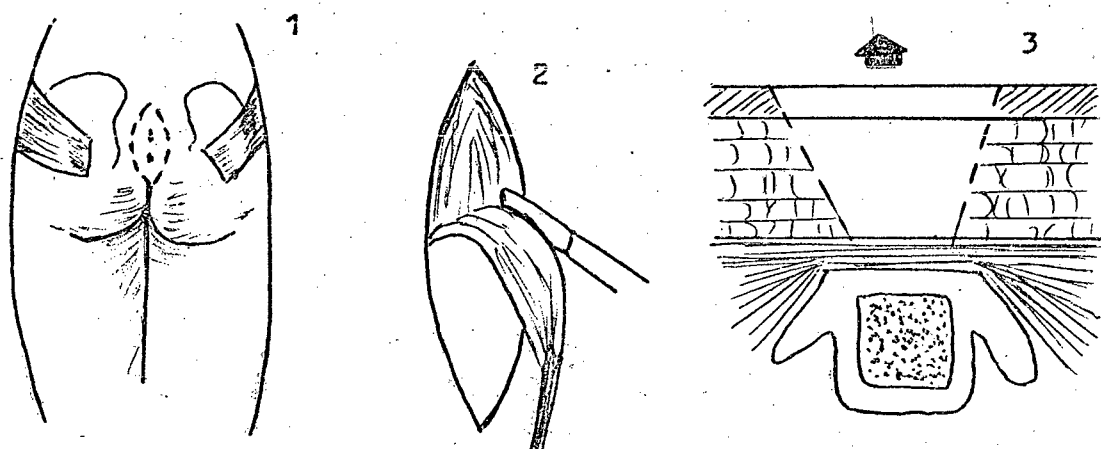


FIG. 3 : Método Aberto (desenho esquemático).

Destes 122 pacientes 65 eram do grupo A, 6 eram do grupo B e 51 eram do grupo C (sendo incluídos neste grupo 7 pacientes operados com técnica combinada: Mac Fee + fechada).

Com relação às suas profissões os pacientes foram divididos de acordo com a posição predominante que utilizam para exercer suas atividades: sentado ou em pé.

Todos os pacientes analisados tinham exame anátomopatológico que confirmava o diagnóstico de cisto sacrococcígeo.

Foram analisados também o tempo de internação, tempo de evolução, ocorrência de abscessos anteriores, doenças associadas, recidivas locais, se haviam sido operados em outro serviço, fios usados, reoperações e curativo empregado.

RESULTADOS

Os resultados do presente estudo podem ser vistos através dos seguintes gráficos e tabelas:

TABELA 1: Distribuição dos casos de acordo com a idade

Idade	nº de casos	%
0 — 10	---	---
11 — 15	01	0,90
16 — 20	28	23,00
21 — 25	51	41,80
26 — 30	25	20,00
31 — 35	07	5,80
36 — 40	06	5,00
41 — 45	01	0,90
46 — 50	02	1,70
51 — 55	01	0,90
acima de 56 anos	---	---
TOTAL	122	100,00

FONTE: Serviço de Colo-proctologia do Hospital Universitário e Hospital de Caridade, Florianópolis - SC, 1973-1985.

TABELA 2 : Distribuição dos casos conforme a cor

Cor	nº de casos	%
Branca	121	99,18
Preta	01	0,82
TOTAL	122	100,00

FONTE: Serviço de Colo-proctologia do HU e HC, Florianópolis, SC, 1973-1985.

TABELA 3 : Distribuição dos casos conforme o sexo

Sexo	nº de casos	%
Masculino	84	68,85
Feminino	38	31,15
TOTAL	122	100,00

FONTE: Serviço de Colo-proctologia do HU e HC, Florianópolis, SC, 1973-1985.

TABELA 4: Distribuição dos casos de acordo com a posição predominante utilizada para exercerem suas atividades diárias

Posição	nº de casos	%
Sentado	68	55,74
Em pé	54	44,26
TOTAL	122	100,00

FONTE: Serviço de Colo-proctologia do HU e HC, Florianópolis, SC, 1973-1985.

TABELA 5 : Distribuição dos casos conforme a presença de abscesso anterior

Abscesso anterior	nº de casos	%
SIM	112	91,80
NAO	10	8,20
TOTAL	122	100,00

FONTE: Serviço de Colo-proctologia do HU e HC, Florianópolis, SC, 1973-1985.

TABELA 6 : Distribuição dos casos conforme a técnica cirúrgica utilizada

Técnica Cirúrgica	nº de casos	%
Fechada (Grupo A)	65	53,28
Aberta (Grupo B)	06	4,92
Mac Fee (Grupo C)	51	41,80
TOTAL	122	100,00

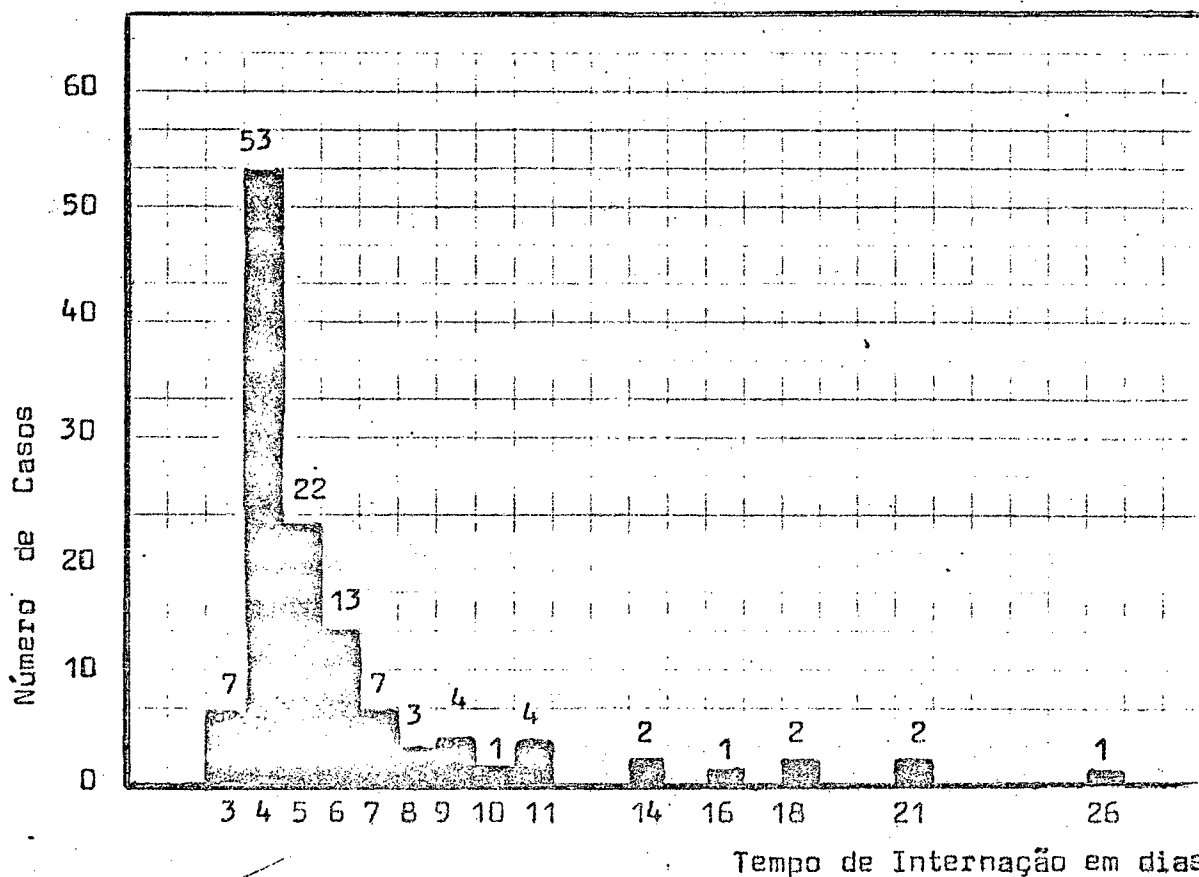
FONTE: Serviço de Colo-proctologia do HU e HC, Florianópolis, SC, 1973-1985.

TABELA 7 : Distribuição dos casos de acordo com o tipo de anestesia empregada

Anestesia	nº de casos	%
Geral	96	78,68
Peridural	14	11,48
Raqui	12	9,84
TOTAL	122	100,00

FONTE: Serviço de Colo-proctologia do HU e HC, Florianópolis, SC, 1973-1985.

GRÁFICO 1 : Distribuição dos casos segundo seu tempo de internação



FONTE: Serviço de Colo-proctologia do HU e HC, Florianópolis, SC, 1973-1985.

TABELA 8 : Técnica Fechada - Distribuição dos casos segundo as complicações encontradas

Complicações	nº de casos	%
Recidiva Local	07	10,77
Supuração	06	9,23
Deiscência Total	01	1,54
Deiscência Total + Supuração	01	1,54
Granulação Excessiva	01	1,54
TOTAL	16	24,62

FONTE: Serviço de Colo-proctologia do HU e HC, Florianópolis, SC, 1973-1985.

TABELA 9 : Técnica Fechada - Distribuição dos casos de acordo com o curativo utilizado

Curativo	nº de casos	%
Mercúrio	56	86,14
Fibrase	03	4,62
Mercúrio + Fibrase	02	3,08
Mercúrio + Gaze Furacinada	02	3,08
Gaze Furacinada	01	1,54
Gaze Vaselineada	01	1,54
TOTAL	65	100,00

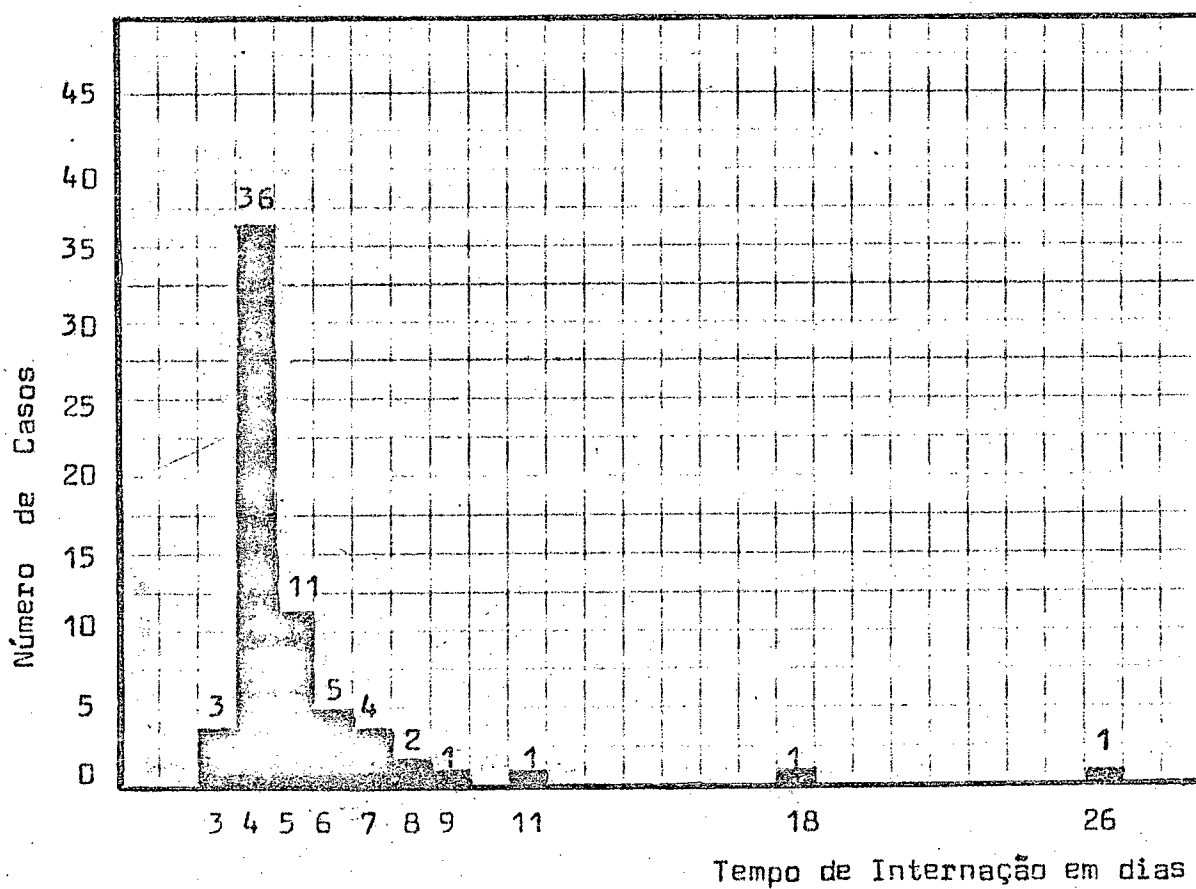
FONTE: Serviço de Colo-proctologia do HU e HC, Florianópolis, SC, 1973-1985.

TABELA 10 : Técnica Fechada - Distribuição dos casos de acordo com o tipo de fio utilizado

Fios	nº de casos	%
Catgut cr. + Mersilene	38	58,46
Catgut cr. + Dexon	13	20,00
Catgut cromado	05	7,69
Dexon	04	6,15
Mononylon	03	4,62
Seda	01	1,54
Seda + Mersilene + Catgut cr.	01	1,54
TOTAL	65	100,00

FONTE: Serviço de Colo-proctologia do HU e HC, Florianópolis, SC, 1973-1985.

GRÁFICO 2 : Técnica Fechada - Distribuição dos casos segundo seu tempo de internação



FONTE: Serviço de Colo-proctologia do HU e HC, Fpolis - SC, 1973 - 1985.

TABELA 11 : Técnica de Mac Fee - Distribuição dos casos segundo as complicações encontradas

Complicações	nº de casos	%
Deiscência Total	01	1,96
Hemorragia	01	1,96
Recidiva Local	03	5,88
TOTAL	05	9,80

FONTE: Serviço de Colo-proctologia do HU e HC, Florianópolis, SC, 1973-1985.

TABELA 12 : Técnica de Mac Fee - Distribuição dos casos de acordo com o tipo de fio utilizado

Fios	nº de casos	%
Catgut cromado	39	76,48
Dexon	05	9,80
Catgut cr. + Dexon	04	7,84
Catgut cr. + Surgilene	03	5,88
TOTAL	51	100,00

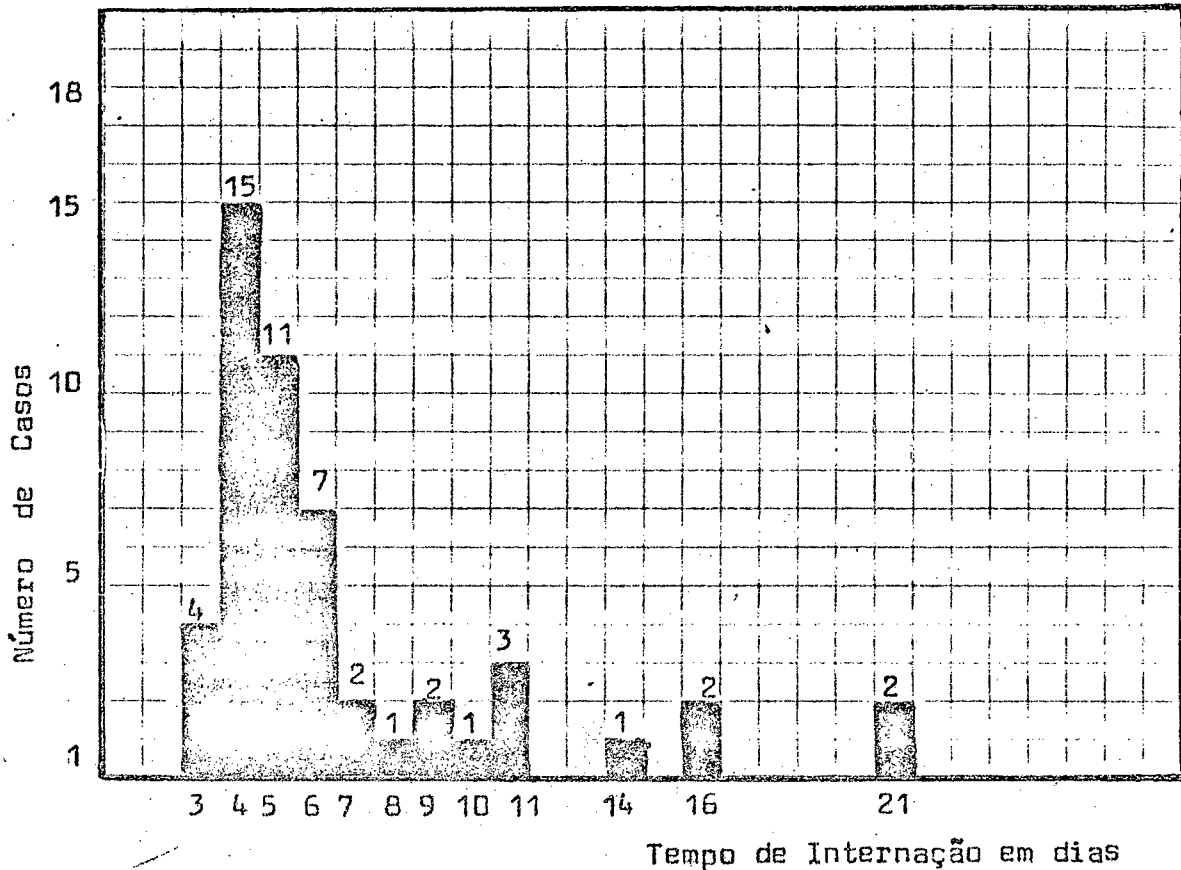
FONTE: Serviço de Colo-proctologia do HU e HC, Florianópolis, SC, 1973-1985.

TABELA 13 : Técnica de Mac Fee - Distribuição dos casos de acordo com o tipo de curativo utilizado

Curativo	Nº de casos	%
Gaze Vaselinada	31	60,78
Gaze Furacinada	11	21,57
Merthiolate	02	3,92
Fibrase	06	11,76
Gaze Vaselinada + Gaze Furac.	01	1,96

FONTE: Serviço de Colo-proctologia do HU e HC, Fpolis/SC, 1973-1985.

GRÁFICO 3 : Técnica de Mac Fee - Distribuição dos casos segundo seus tempos de internação



FONTE: Serviço de Colo-proctologia do HU e HC, Fpolis - SC ;
1973 - 1985.

TABELA 14 : Técnica Aberta - Distribuição dos casos de acordo com as complicações encontradas

Complicações	nº de casos	%
Supuração	01	16,67
Recidiva Local	03	50,00
TOTAL	04	66,67

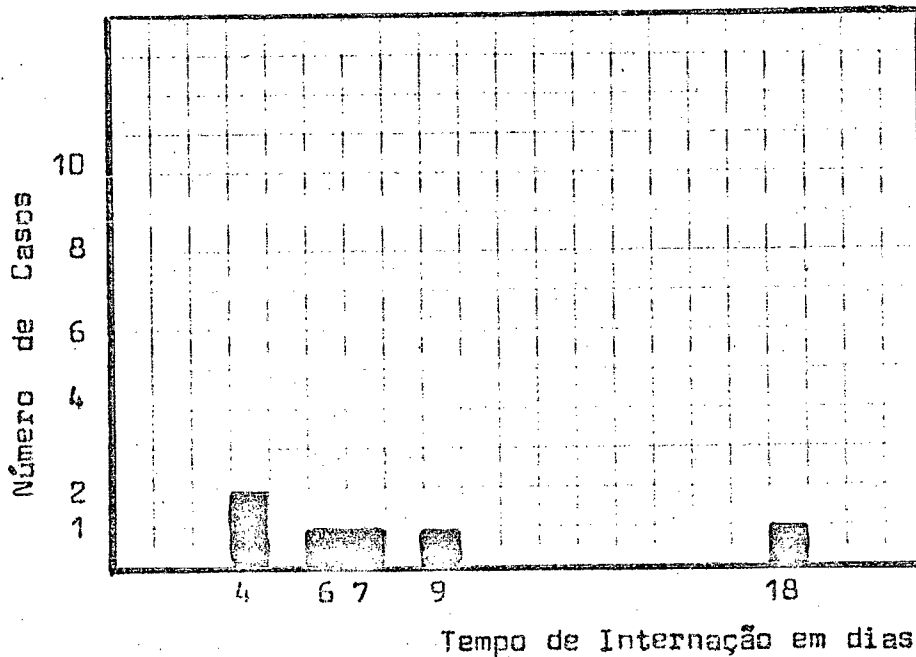
FONTE: Serviço de Colo-proctologia do HU e HC, Fpolis - SC,
1973 - 1985.

TABELA 15 : Técnica Aberta - Distribuição dos casos de acordo com o tipo de curativo utilizado

Curativo	nº de casos	%
Gaze Vaselineada	02	33,32
Gaze Furacinada	01	16,67
Fibrase	01	16,67
Fibrase + Mercúrio	01	16,67
Nebacatin ^R	01	16,67
TOTAL	06	100,00

FONTES: Serviço de Colo-proctologia do HU e HC, Fpolis, SC, 1973-1985.

GRÁFICO 4 : Técnica Aberta - Distribuição dos casos segundo seus tempos de internação



FONTES: Serviço de Colo-proctologia do HU e HC, Fpolis, SC, 1973-1985.

DISCUSSÃO

Na série estudada a maioria dos casos (84,80 %) ocorreu entre os 16 - 30 anos de idade, sendo que entre 21 - 25 anos a incidência foi de 41,80%. Os achados concordaram com a literatura onde a maioria dos casos incide em adultos jovens ^{20,21,26}, predominantemente no final da 2ª década e início da 3ª década ^{3,14,30}. A paciente mais jovem tinha 13 anos e o mais velho tinha 54 anos, com uma idade média de 25 anos.

O cisto sacrococcígeo acomete principalmente pacientes da raça branca e raramente pretos ^{3,21}, o que foi encontrado nesta série onde somente um dos pacientes era negro.

Das 122 casos estudados, 84 eram masculinos e 38 femininos, com uma relação média entre homens e mulheres de 2:1; concordando com a literatura onde sempre foi encontrada uma predominância masculina ^{9,10,14,16,20,26}.

Existem algumas opiniões diferentes quanto à importância do trauma na ativação do cisto pilonidal. Kooistra relatou em sua série que em 32 % dos casos havia história definida de trauma, mas 67 % não tinham história de trauma cerca de um mês antes da ins^t

lação dos sintomas ²⁰. Mac Fee diz que uma pessoa ficaria impressionada com o número de casos vindos das unidades mecanizadas do exército onde bancos de metal pouco acolchoados são a regra ²⁰. Tentou-se analisar a relação dos microtraumas repetidos sobre a região sacrococcígea com o roçar diário das nádegas sobre bancos, naqueles pacientes que utilizam predominantemente a posição sentada para exercerem suas atividades profissionais. O achado foi uma predominância discreta (55,74 %) dos pacientes que trabalham predominantemente sentados.

A distribuição dos casos em relação à presença de abscesso anterior revelou que 91,80 % dos casos já haviam apresentado abscessos; o que concorda com Bonavita (78,8 %). Já Mac Fee ²⁰ obteve uma incidência menor (50 %).

A técnica fechada foi a técnica cirúrgica mais empregada (53,28 %). Esse predomínio se deve ao fato de ter sido a técnica preferida durante 8 anos.

A técnica de Mac Fee foi empregada como rotina a partir de 1980, tendo-se portanto 5 anos de uso desta técnica, perfazendo 41,80 % dos casos.

A técnica aberta foi utilizada em 4,92 % dos pacientes, nas reintervenções, em casos já operados anteriormente por outros serviços, com várias recidivas locais, em cistos muito grandes ou complicados por múltiplas fístulas, as quais atingiam geralmente as nádegas.

A maioria dos casos pode ser operado sob anestesia lo-

cal ²⁴, porém, em situações nas quais há história de abscesso anterior, doença extensa com recidivas locais, pacientes pusilâni - mes e dificuldades na realização do procedimento cirúrgico, possa se dar preferência à anestesia geral ^{11,24}. Nesta série 78,68 % dos pacientes foram operados sob anestesia geral, embora se tenha que virar o paciente, por preferência dos anestesistas.

Considerando a distribuição dos casos conforme o tempo de internação a média foi de 6 dias. O tempo de permanência variou de 3 - 26 dias, sendo que 53 casos (43,4 %) permaneceram internados por 4 dias.

Em relação à técnica fechada, a complicação mais frequente foi a recidiva local, em 10,77 % dos casos. Essa incidência foi relativamente baixa quando comparada com a literatura, onde a maioria dos autores encontrou recidivas entre 17 a 38 % dos casos ^{5,10,16,20,26}. Outra complicação frequente (9,23 %) foi a supuração, mas ainda considerada baixa quando comparada com o relato de Klechner (28,2 %) ⁶. O índice total de complicações foi abaixo do esperado (24,62 %) quando comparado com Fraiha (36,5%) ²⁶.

Na técnica fechada 86,14 % dos pacientes operados tiveram seus curativos feitos com mercúrio. Os fios mais utilizados foram catgut cromado + Mersilene (58,46 %).

Quanto ao tempo de internação utilizando a técnica fechada, 55,38 % dos casos permaneceram internados por 4 dias, com um tempo médio de internação de 5 dias. Um dos pacientes permaneceu internado por 26 dias por possuir associado uma fístula ano-retal

complexa. E alguns outros pacientes permaneceram internados por mais tempo que o necessário pelo fato de terem sido operados em hospitais que se prestavam à ensino médico.

A técnica aberta foi utilizada em apenas 6 casos. Em 50% dos casos houve recidiva local e supuração ocorreu em 1 caso (16,67 %). Dado o pequeno número de casos, considerou-se que qualquer impressão que pudesse ser obtida poderia levar à falsas conclusões. O tempo de internação variou entre 4 - 18 dias, com uma média de 8 dias.

A técnica de Mac Fee mostrou um total de 9,80 % de casos complicados, sendo a taxa de recidiva local de 5,88%. Esta incidência está relativamente baixa quando comparada com Mac Fee, onde a taxa de recidiva foi de 12,9 %. ²⁰ Nesta técnica foi utilizado predominantemente (76,48 %) o catgut cromado para o fechamento parcial; e o curativo mais empregado foi a gaze vaselinada (60,78 %).

O tempo de internação na técnica de Mac Fee variou entre 3 - 21 dias, com predomínio de 4 dias e com uma média de 6 dias. Novamente explica-se o tempo maior de internação para alguns pacientes devido a necessidade dos estudantes acompanharem a evolução do paciente, exceto 1 caso que permaneceu internado por 21 dias por apresentar associada uma fístula líquórica. Esses resultados mostram um tempo de internação baixo quando comparados com a série de Mac Fee e vão de encontro aos resultados obtidos por Nogueira ^{20,26}.

Neste estudo, a técnica que obteve menor índice de complicações, principalmente em relação à recidivas locais foi a de fechamento parcial ou Mac Fee.

CONCLUSÕES

1. A maioria dos casos de cisto sacrococcígeo ocorreu entre 16 e 30 anos de idade, com incidência maior entre 21 e 25 anos de idade.
2. Houve um evidente predomínio da doença na raça branca.
3. A relação média entre homens e mulheres foi de 2 : 1.
4. Encontrou-se um ligeiro predomínio da doença em pessoas que utilizam principalmente a posição sentada para exercer suas atividades profissionais.
5. Em 91,80 % dos casos houve a presença de abscesso anterior.
6. A técnica fechada foi a mais utilizada (53,28 %).
7. A anestesia geral foi utilizada em 78,68 % dos casos.
8. O tempo de internação médio por cisto sacrococcígeo foi de 6 dias.
9. A técnica fechada foi a que teve menor tempo de permanên

cia hospitalar com uma média de 5 dias.

10. A técnica que obteve menor incidência de complicações foi a técnica de Mac Fee.

11. A complicação mais frequente foi a recidiva local, independente da técnica utilizada.

12. A técnica de Mac Fee, apesar de ter uma média de permanência hospitalar discretamente maior do que com a técnica fechada, foi a que obteve melhores resultados em relação às complicações cirúrgicas, constituindo-se numa boa opção no tratamento do cisto sacrococcígeo.

S U M M A R Y

This is a retrospective study of 122 patients underwent to surgery for sacrococcygeal sinus, operated at Caridade and Universitário Hospital, in Florianópolis, SC, during the years 1973 through 1985.

The authors analyzed the incidence rate about sex and age, period of hospital stay, different methods of management, previous abscess, associated diseases and postoperative complications, paying attention on sinus recurrences.

The operative technic of Mac Fee obtained the best results in relation to the postoperative complications.

REFERÊNCIAS

1. ANGERMANN, Peter. BEITER, Ellen-Christine. Pilonidal cyst. A sequence treated with excision and primary suture. In: Ugeskr Læger, vol 146 (1); pp 24-26, Jan 2, 1984.
2. AZAB, A.S.G. et alii. Radical cure of pilonidal sinus by a transposition rhomboid flap. In: Br. J. Surg., vol 71, pp 154-155, Feb, 1984.
3. BACON, Harry E. Depressões, seios, cistos e tumores congênitos da região sacrococcígea. In: Ânus - Reto - Cólon-Sigmóide. 2ª ed, Ed. Freitas Bastos, pp 808-832, 1941.
4. BASCOM, John. Pilonidal Disease: long-term results of follicle removal. In: Dis. of Colon & Rectum. vol 26, 12, pp 800-807, December, 1983.
5. BONAVIDA, G. STURNIOLO, G. et alii. Valutazione dei risultati dei differenti tipi di intervento chirurgico per fistola pilonidale. In: Minerva Chir. vol 39 (17); pp. 1161-1164, September 15, 1984.
6. BUIE, Louis A. Jeep Disease. Classic Articles in colonic and Rectal Surgery. In: Dis. of Colon & Rectum, vol 25, 4, pp. 384-390, May-June, 1982.

7. CIANCI, F. MARINACCIO, F. Trattamento del sinus pilonidalis mediante escissione radicale e chiusura per prima .
Nostra esperienza. In: Minerva Chir. vol 39 (15-16), pp 1111-1115, August 15-31, 1984.
8. COBB, Williams B. et alii. Toxic-shock syndrome in a young man with a pilonidal abscess (letter). In: N. Engl. J. Med., vol 306 (23); pp 1422-3, June 10, 1982.
9. DINNER, Melvyn I. GUYURON, Bahaman. DOWDEN, Richard V. Excision and grafting intreatment of recurrent pilonidal sinus disease. In: Surgery, Gynecology & Obstetrics, vol. 156, pp 201-204, February, 1983.
10. FIGUS, M. CASULA, G. UCCHEDDU, A. Long term results of the Z-plasty method in the treatment of pilonidal sinus. In: Minerva Chir. vol 38(9), pp 617-20, May 15 , 1983.
11. GARCIA, J. C. DUPUIS, F. La maladie pilonidale une nouvelle technique de cure chirurgicale. In: LARC Med, vol. 2 (4) ; pp 346-349, April, 1982.
12. HIRSHOWITZ, B. et alii. Treatment of Pilonidal sinus. In: Surg. Gynecol. Obstet., vol 131 (6) ; pp 119-122, 1970.
13. HODGSON, W. John B. GREENSTEIN, Robert J. A comparative study between Z-plasty and incision and drainage or excision with marsupialization for pilonidal sinuses. In: Surgery, Gynecology & Obstetrics, vol 153, pp 842-844 , December, 1981.

14. HUGHES, E.S.R. CUTHBERTSON, A.M. Sinuses related to the a
nus. In: Anorectal Surgery, cap 9, pp 128-139, London,
Chapman and Hall Ltd., 1978.
15. HUGHES, L. E. HARDING, K. G. Radical Surgery for piloni -
dal sinus. In: Annals, vol 64; pp 339, September, 1982.
16. HURST, David W. The evolution of Management of Pilonidal'
sinus disease. In: The Canadian Journal of Surgery, vol
27, no 6, pp 603-605, November, 1984.
17. IAVARONE, C. et alii. La terapia associata chirurgica e
medica delle cisti e fistole pilonidali come prevenzio
ne delle recidive. In: Min. Med. vol 75, pp 2687-2690,
1984.
18. KITCHEN, P. R. Pilonidal sinus: excision and primary clo
sure with a lateralised wound the Karidakis operation.
In: Aust. NZ J Surg, vol 52 (3); pp 302-5, Jun, 1982.
19. KRONBORG, O. et alii. Chronic pilonidal disease: a rando
mized trial with a complete 3-year follow-up. In: Br J
Surg. vol 72, pp 303-304, April, 1985.
20. MAC FEE, William F. Pilonidal Cyst and Sinuses: A method'
of Wound Closure. In: Annals of Surgery, vol 116, no 5,
pp 687-699, November, 1942.
21. MACLEOD, James H. Pilonidal Disease. In: A method of Proc
tology, cap 18, pp 123, Harper & Row Publisher, Mary -
land.

22. MANSOORY, Amir. et alii. Z-plasty for treatment of Disease of the pilonidal sinus. In: Surgery, Gynecology & Obstetrics, vol 155, pp 409- 411, September, 1982.
23. McLAREN, C. A. Partial closure and other techniques in pilonidal surgery: an assesment of 157 cases. In: Br. J. Surg., vol 71, pp 561-562, July, 1984.
24. MEBAN, Sam. HUNTER, Elissa. Outpatient treatment of pilonidal disease. In: CMA Journal, vol 126 (8): 941, April 15, 1982.
25. MUELLER, Barber C. Excision of Pilonidal Sinus as an Office procedure. In: Can J Surg, vol 27 (6): 603-5, November, 1984.
26. NOGUEIRA, J.L. Monteiro. et alii. Doença Pilonidal Sacro-coccígea: resultados preliminares com a Técnica de Mac Fee. In: A Patologia Geral, nº 5-6, Maio-Junho, 1972.
27. PEREZ-GURRI, José A. et alii. Gluteus Maximus Myocutaneous Flap for the treatment of Recalcitrant Pilonidal Disease. In: Dis Colon & Rectum, vol 27, nº 4, pp 262-264, April, 1984.
28. TAYLOR, Barry A. HUGHES, Leslie E. Circumferential Perianal Pilonidal Sinuses. In: Dis. Colon & Rectum, vol 27, nº 2, pp 120-123, February, 1984.
29. TODD, Ian P. Procedimientos para el seno pilonidal. In: Guía Clínica de Cólon, Recto y Ano, 3 ed, pp 357-360, 1983.

30. TURELL, Robert. Pilonidal Disease. In: Diseases of the Colon and Anorectum, vol II; cap 56, pp 1248-1271, 2 ed, W.B. Saunders Company, 1969.
31. VALLANCE, S. Pilonidal fistulas mimicking fistulas in ano. In: Br J Surg, vol 69 , pp 161-162, March, 1982.
32. YEOMANS, Franck C. Sacrococcygeal Dimples, Sinuses, cysts and tumor. In: Proctology , cap XXVII, pp 478-481, Dapleton-Century-Company, 1936.
33. ZIMMERMAN, Clarence E. Outpatient Excision and Primary clsure of Pilonidal Cysts and Sinuses. In: The American Journal of Surgery, vol 148, pp 658-659, November, 1984.

TCC
UFSC
CC
0116

N.Cham. TCC UFSC CC 0116

Autor: Schemes, Karin.Eli

Título: Cisto sacrococcígeo : análise d



972801259

Ac. 252948

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM