

# BMJ Best Practice

## Doença pilonidal

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Última atualização: Apr 03, 2018

# Tabela de Conteúdos

<b>Resumo</b>	<b>3</b>
<b>Fundamentos</b>	<b>4</b>
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
<b>Prevenção</b>	<b>5</b>
Prevenção secundária	5
<b>Diagnóstico</b>	<b>6</b>
Caso clínico	6
Abordagem passo a passo do diagnóstico	6
Fatores de risco	6
Anamnese e exame físico	7
Exames diagnóstico	8
Diagnóstico diferencial	8
<b>Tratamento</b>	<b>10</b>
Abordagem passo a passo do tratamento	10
Visão geral do tratamento	11
Opções de tratamento	13
Novidades	19
<b>Acompanhamento</b>	<b>20</b>
Recomendações	20
Complicações	20
Prognóstico	20
<b>Diretrizes</b>	<b>21</b>
Diretrizes de diagnóstico	21
Diretrizes de tratamento	21
<b>Nível de evidência</b>	<b>22</b>
<b>Referências</b>	<b>23</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>25</b>

## Resumo

- ◇ Doença comum debilitante que afeta geralmente homens jovens em idade ativa.
- ◇ Uma doença adquirida na qual os folículos pilosos ficam inseridos na pele, criando um trato sinusal crônico, geralmente no sulco interglúteo.
- ◇ Os tratamentos conservadores (não cirúrgicos) produziram relatos mistos de sucesso. O tratamento definitivo é geralmente cirúrgico, embora muitas técnicas diferentes estejam disponíveis e as complicações de cicatrização de tecido sejam frequentes.
- ◇ A infecção aguda pode causar um abscesso pilonidal, que requer drenagem cirúrgica urgente.

## Definição

O seio pilonidal é causado pela inserção forçada de pelos na pele do sulco interglúteo na região sacrococcígea. Isso promove uma reação inflamatória crônica, causando um seio com epitélio.[1] Os seios podem ser múltiplos e se comunicar através de uma cavidade profunda. Geralmente ocorre secreção crônica. A infecção pode incomodar e causar um abscesso.

## Epidemiologia

O seio pilonidal é comum, com uma prevalência estimada de 26 casos por 100,000 habitantes nos EUA. A doença afeta mais homens que mulheres; 80% dos pacientes são do sexo masculino.[2] A idade média na apresentação é de aproximadamente 20 anos, e os pacientes muitas vezes têm hirsutismo.[3]

## Etiologia

O seio pilonidal é causado por pelos no sulco interglúteo e é mais comum em pessoas com hirsutismo. Considera-se que o risco de doença pilonidal pode depender do tipo de pelo, da força de inserção criada dentro do sulco interglúteo e da vulnerabilidade dos tecidos desse sulco para a inserção do pelo.[1] Assim, as pessoas com múltiplos pelos soltos e rígidos em um sulco interglúteo profundo e estreito com pele lesionada ou macerada teoricamente apresentariam mais risco.

## Fisiopatologia

Considerava-se inicialmente que o seio pilonidal fosse uma doença congênita. Essa hipótese foi abandonada em favor de uma teoria de que a doença é adquirida. É amplamente aceito que o pelo rompido é levado para dentro da pele do sulco interglúteo por uma ação de rolamento das nádegas. Isso provoca uma reação do tipo corpo estranho, e a inflamação crônica resulta em um seio maduro.[1] Teorias fisiopatológicas alternativas não relacionadas à inserção de pelo disperso não explicam adequadamente as apresentações atípicas da doença pilonidal, como aquelas de forma interdigital em barbeiros ou cabeleireiros.

## Prevenção secundária

A remoção de pelos pela depilação a laser pós-cirúrgica demonstrou a diminuição da recorrência quando a depilação a laser é utilizada como adjuvante da cirurgia.[9] Os pacientes operados de seio pilonidal que raspam o sulco interglúteo regularmente demonstram um maior risco de recorrência em comparação com aqueles que não o fazem.[8] A raspagem pode, portanto, não ser recomendada, mas a depilação a laser pode ser de algum benefício, embora estudos adicionais sejam necessários.[8] [9]

## Caso clínico

### Caso clínico #1

Um homem de 20 anos relata secreção crônica agressiva com pus e sangue no sulco interglúteo. Ele relata que vários meses antes tinha um "furúnculo" na mesma região, o qual era doloroso e depois estourou espontaneamente. No exame físico, o paciente tem pelos corporais densos. Há vários tratos sinusais na linha média ou bem ao lado do sulco interglúteo, dos quais pode sair uma secreção com forte odor.

### Outras apresentações

O paciente pode apresentar uma história passageira de aumento rápido de dor e inchaço na região. O exame físico revelará um abscesso pilonidal no sulco interglúteo.

## Abordagem passo a passo do diagnóstico

O diagnóstico de seio pilonidal ou abscesso pilonidal é clínico e não requer testes diagnósticos.

### Anamnese e achados físicos

A doença pilonidal consiste essencialmente em um ou vários cistos ou seios contendo pelos, assintomáticos ou dolorosos, localizados geralmente na região sacrococcígea. Podem evoluir para um grande abscesso. Fatores de risco históricos, como sexo masculino e idade entre 16 e 40 anos, devem ser considerados. O seio pilonidal é consistentemente mais comum em homens (80% ou mais dos pacientes) que em mulheres.[2] É incomum antes da puberdade e após 45 anos de idade. A idade média de apresentação foi relatada como 21 anos nos homens e 19 anos nas mulheres em um grande estudo de características de pacientes.[4] A obesidade não mostrou, de forma consistente, ser um fator de risco.[3]

Na presença de um seio pilonidal, o paciente relata uma secreção intensa advinda do sulco interglúteo. Pode haver história de tratamento pregressa de seio pilonidal quando a doença é frequentemente recorrente. Uma história pregressa consistente com um abscesso que se rompeu espontaneamente no sulco interglúteo também é comum. No exame físico, a pele profunda do sulco interglúteo está muitas vezes macerada, com um ou vários seios que se abrem para dentro da ou imediatamente lateral à linha média.

Na presença de um abscesso pilonidal, pode ser relatada uma característica típica de breve história de dor e inchaço que aumentam agudamente no sulco interglúteo. O exame físico revela um abscesso no sulco interglúteo, que muitas vezes é maior que o inicialmente suspeito quando drenado. Raramente, um paciente apresenta febre e sinais de toxemia, caso em que devem ser tomados cuidados para que não passe despercebida a complicação de fasciite necrosante.

## Fatores de risco

### Fortes

**sexo masculino**

- A doença pilonidal é mais comum em homens. Em uma metanálise de tratamentos cirúrgicos para seio pilonidal, estudos que relatam distribuição por sexo revelaram que mais de 80% dos participantes eram do sexo masculino.[2] Isso é provavelmente decorrente de um maior hirsutismo em homens em comparação com mulheres.

**idade entre 16 e 40 anos**

- O seio pilonidal é incomum antes da puberdade e acima dos 45 anos de idade. Um grande estudo de características de pacientes relatou que a idade média de apresentação foi de 21 anos no sexo masculino ou 19 anos no sexo feminino.[4] Isso é provavelmente por causa das características do pelo, como os pelos rígidos, que têm maior probabilidade de causar a doença pilonidal e ocorrerem após a puberdade.

**Fracos****história familiar de doença pilonidal**

- Um estudo descobriu haver história familiar de doença pilonidal em 38% dos pacientes com essa doença.[4] Outro estudo relatou frequência maior de história familiar em pacientes em comparação com os controles.[5]

**pelo rígido e hirsutismo**

- Embora aceitos como uma das principais causas da doença pilonidal, juntamente com a suscetibilidade do tecido e um sulco interglúteo estreito e profundo, a dificuldade em quantificar essas variáveis significa que as evidências de suporte são limitadas.

## Anamnese e exame físico

**Principais fatores de diagnóstico****secreção sacrococcígea (comum)**

- Os pacientes podem relatar uma intensa secreção advinda do sulco interglúteo e manchas nas roupas íntimas.

**dor e inchaço na região sacrococcígea (comum)**

- Os pacientes geralmente relatam desconforto ou dor associada ao seio pilonidal, especialmente quando estão sentados.

**tratos sinusais sacrococcígeos (comum)**

- Os pacientes terão um ou vários tratos sinusais que podem ser observados em torno ou na linha média do sulco interglúteo.

**Outros fatores de diagnóstico****presença de fatores de risco (comum)**

- Os principais fatores de risco incluem sexo masculino e idade entre 16 e 40 anos.

**história de ruptura prévia de fluido no sulco interglúteo (comum)**

- Os pacientes frequentemente relatam história de abscesso tratado anteriormente no sulco interglúteo, ou que se rompeu espontaneamente.

### maceração da pele (comum)

- A maceração da pele no sulco interglúteo é comum por causa da irritação crônica causada pela secreção do seio.

### aumento agudo de dor e inchaço no sulco interglúteo (comum)

- Onde ocorreu uma superinfecção, pode estar presente um abscesso.

### febre ou toxemia (incomum)

- Pode ocorrer febre na presença de um abscesso.
- A presença de toxemia deve levantar a suspeita de fasciite necrosante ou outra complicação de infecção de pele grave.

## Exames diagnóstico

### Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
<b>diagnóstico clínico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O diagnóstico de seio pilonidal ou abscesso pilonidal é clínico e não requer testes diagnósticos.</li> </ul>	<b>abscesso ou seio pilonidal</b>

## Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Fístula perianal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A abertura está localizada na região perianal e a pele do sulco interglúteo está normal.</li> <li>• Os pacientes podem relatar secreção retal de muco.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geralmente, não há exames de diferenciação. O diagnóstico é clínico.</li> </ul>
<b>Abscesso perianal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O abscesso se desenvolve na região perianal e a pele do sulco interglúteo está normal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geralmente, não há exames de diferenciação. O diagnóstico é clínico.</li> </ul>
<b>Hidradenite supurativa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pode ocorrer na região perineal/perianal, mas também na região areolar das mamas e, frequentemente, nas axilas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geralmente, não há exames de diferenciação. O diagnóstico é clínico.</li> </ul>



Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Cisto sebáceo infectado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ocorre em qualquer parte do corpo. Pode haver história de pequena lesão cutânea precedente. A infecção do cisto é caracterizada por inchaço e dor. Em cerca de metade dos casos será visível um orifício.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Geralmente, não há exames de diferenciação. O diagnóstico é clínico.</li> </ul>
<b>Osteomielite sacral</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A infecção do osso sacro subjacente também pode causar dor e sensibilidade, mas a pele sobrejacente deve estar normal.</li> <li>Muito menos comum que a doença pilonidal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cintilografia óssea, radiografia, tomografia computadorizada (TC) ou ressonância nuclear magnética (RNM) mostram evidências de osteomielite.</li> <li>As hemoculturas podem ser positivas para organismo etiológico.</li> </ul>

## Abordagem passo a passo do tratamento

Os objetivos do tratamento estão relacionados à fisiopatologia da doença. Os seios pilonidais assintomáticos geralmente são encontrados por acaso durante uma consulta de rotina e tratados de forma conservadora. A doença sintomática, seja ela primária ou recorrente, requer cirurgia. As evidências para remoção de pelos como um tratamento primário ou como adjuvante à cirurgia são fracas, embora um grande ensaio retrospectivo tenha demonstrado uma maior incidência de recorrência quando a raspagem de pelos foi utilizada como adjuvante na cirurgia.<sup>[6] [7] [8] [9]</sup>

### Doença assintomática

Pode-se tentar um tratamento conservador na doença assintomática por meio de raspagem ou depilação a laser dos pelos, juntamente com a higiene local. Esses pacientes não necessitam de cirurgia.<sup>[10]</sup>

### Sintomático: doença primária sem abscesso

A terapia cirúrgica é a base do tratamento para o seio pilonidal e visa remover todo o tecido do seio. A excisão do seio pode ser realizada sob anestesia local ou geral; quando a anestesia local é usada, são preferíveis agentes de ação prolongada, como a bupivacaína. Muitas técnicas operatórias têm sido descritas, mas o procedimento ideal ainda é controverso por causa das altas taxas de recorrência. O local deve ser fechado com suturas ou deixado aberto para cicatrizar por intenção secundária. Enxertos de pele no local também podem ser mobilizados. Eles cobrem os defeitos do tecido e permitem a cicatrização sem tensão. A colocação de tecido no sulco interglúteo também achata a área e é, por conseguinte, considerada uma ação que pode evitar o rolamento das nádegas, o qual parece ter um papel importante na etiologia da doença. Não há nenhuma evidência de superioridade entre o fechamento primário e a cicatrização por intenção secundária (feridas fechadas por fechamento primário cicatrizam mais rápido, mas a taxa de recorrência é maior), então a decisão deve ser tomada em consulta com o paciente.

A literatura disponível sugere que a terapia seja adaptada especificamente ao paciente.<sup>[1] [2]</sup> Como a maioria dos pacientes é jovem e ainda ativa, a velocidade de recuperação a fim de retornar ao trabalho deve ser levada em consideração. Quando a doença é recorrente, uma cirurgia mais robusta deve ser considerada.

#### Técnicas de fechamento

- O fechamento primário permite a recuperação rápida, e o paciente pode retornar mais cedo ao trabalho (10.5 dias), à custa de um maior risco de recorrência em comparação com deixar a ferida aberta para cicatrizar por intenção secundária.<sup>[2]</sup> As taxas de infecção do local cirúrgico não são diferentes entre fechamento primário e cicatrização por intenção secundária. As taxas de infecção do local cirúrgico são maiores após o fechamento primário da linha média em comparação com o fechamento fora da linha média (fechamento em ambos os lados do meio do sulco interglúteo).<sup>[2]</sup>
- Com base na hipótese de que as feridas fora da linha média não são profundas dentro do sulco interglúteo e, portanto, menos passíveis de recorrência, a localização do fechamento pode fazer a diferença para o desfecho em excisões com fechamento primário.<sup>1[A]Evidence</sup> O fechamento fora da linha média deve ser o manejo padrão quando o fechamento primário for a opção cirúrgica escolhida.

#### Técnicas cirúrgicas gerais

- Com base nas evidências disponíveis até o momento, a excisão com curetagem, a remoção da cobertura com marsupialização ou excisão parcial da parede lateral ou o procedimento de Karydakis são técnicas recomendadas para uso na doença primária.[11] [12] [13] [14] O procedimento de Karydakis envolve a excisão de uma elipse assimétrica em torno de todo o tecido afetado e o avanço de pele da nádega contralateral para fechar o defeito fora da linha média.

A remoção de pelos pela depilação a laser pós-cirúrgica demonstrou a diminuição da recorrência quando a depilação a laser é utilizada como adjuvante da cirurgia.[9] Os pacientes operados de seio pilonidal que raspam o sulco interglúteo regularmente demonstram um maior risco de recorrência em comparação com aqueles que não o fazem.[8] A raspagem pode, portanto, não ser recomendada, mas a depilação a laser pode ser de algum benefício, embora estudos adicionais sejam necessários.[8] [9]

## Sintomático: doença primária com abscesso

O tratamento de abscessos superficiais de tecido mole consiste na incisão e drenagem, seguidas por cicatrização por intenção secundária.[10] Pode ser necessário aliviar a dor perioperatória. Uma proporção razoável de procedimentos de incisão e drenagem é realizada no ambiente de pronto-socorro usando anestesia local e analgésicos orais.

A profilaxia com antibióticos é frequentemente utilizada, embora as evidências sejam limitadas. O uso fica a critério e julgamento do cirurgião. Em caso de infecção do local cirúrgico, é administrado amoxicilina/ácido clavulânico. Os pacientes alérgicos à penicilina devem ser tratados com eritromicina com ou sem metronidazol.

## Sintomático: doença recorrente

A cirurgia é também a base da terapia, e os problemas são semelhantes aos da doença primária. As feridas podem ser fechadas para permitir a cicatrização por intenção primária ou deixadas abertas para cicatrizar por intenção secundária. O fechamento fora da linha média deve ser o manejo padrão quando a opção for pelo fechamento primário.1[A]Evidence Técnicas mais complexas destinadas à substituição do tecido na linha média com retalhos e enxertos (por exemplo, plástica em Z, retalhos miocutâneos) são frequentemente utilizadas. Técnicas como a de Karydakis e de retalho romboide têm mostrado bons resultados para a doença recorrente.2[B]Evidence O uso de antibióticos também fica a critério do cirurgião e o tratamento de abscessos é o mesmo que o da doença primária.

## Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo		( resumo )
assintomático		
	1a	remoção de pelos + higiene local
sintomático: doença primária		
<div> <div></div> <div>sem abscesso</div> </div>	1a	tratamento cirúrgico

Agudo ( resumo )		
■ com abscesso	adjunto	antibioticoterapia
	adjunto	remoção de pelos
	1a	tratamento cirúrgico
	adjunto	antibioticoterapia
	adjunto	alívio da dor

Em curso ( resumo )		
sintomático: doença recorrente		
■ sem abscesso	1a	repetição da cirurgia
	adjunto	antibioticoterapia
	adjunto	remoção de pelos
■ com abscesso	1a	repetição da cirurgia
	adjunto	antibioticoterapia
	adjunto	alívio da dor

## Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

### Agudo

#### assintomático

##### 1a remoção de pelos + higiene local

» Remoção de pelos no local, geralmente por raspagem ou depilação a laser, juntamente com higiene local.

#### sintomático: doença primária

##### ■ sem abscesso

##### 1a tratamento cirúrgico

» Não há nenhuma evidência de superioridade entre o fechamento primário e a cicatrização por intenção secundária (feridas fechadas por fechamento primário cicatrizam mais rápido, mas a taxa de recorrência é maior), então a decisão deve ser tomada em consulta com o paciente. Onde um fechamento primário é realizado, deve ser feito o fechamento fora da linha média (seja em qualquer uma das laterais do sulco interglúteo), já que este tem menores índices de complicações e recorrência.[2]  
[1\[A\]Evidence](#)

» Os procedimentos cirúrgicos, como a técnica de Karydakís (retalho assimétrico), a excisão com curetagem, a remoção da cobertura com marsupialização ou a excisão parcial da parede lateral, são geralmente preferidos para a doença primária.

» A excisão do seio pode ser realizada sob anestesia local ou geral; quando a anestesia local é usada, são preferíveis agentes de ação prolongada, como a bupivacaína.

##### adjunto antibioticoterapia

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

##### Opções primárias

» **amoxicilina/ácido clavulânico**: 500 mg por via oral três vezes ao dia  
A dose se refere ao componente amoxicilina.

##### Opções secundárias

» **eritromicina**: 250-500 mg por via oral quatro vezes ao dia

## Agudo

OU

» **eritromicina**: 250-500 mg por via oral quatro vezes ao dia

-e-

» **metronidazol**: 500 mg por via oral três vezes ao dia

» As taxas de infecção do local cirúrgico não são diferentes entre fechamento primário e cicatrização por intenção secundária. As taxas de infecção do local cirúrgico são maiores após o fechamento primário da linha média em comparação com o fechamento fora da linha média.<sup>[2]</sup> 1[A]Evidence

» A profilaxia com antibióticos é frequentemente utilizada, embora as evidências sejam limitadas.

» O uso na cirurgia eletiva depende do critério do cirurgião. Se houver infecção do local cirúrgico, será recomendado amoxicilina/ácido clavulânico.

» Os pacientes alérgicos à penicilina devem ser tratados com eritromicina com ou sem metronidazol.

» Ciclo de tratamento: 5 a 7 dias.

adjunto

**remoção de pelos**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Geralmente por depilação a laser.

» A remoção de pelos pela depilação a laser pós-cirúrgica demonstrou a diminuição da recorrência quando a depilação a laser é utilizada como adjuvante da cirurgia.<sup>[9]</sup> Os pacientes operados de seio pilonidal que raspam o sulco interglúteo regularmente demonstram um maior risco de recorrência em comparação com aqueles que não o fazem.<sup>[8]</sup> A raspagem pode, portanto, não ser recomendada, mas a depilação a laser pode ser de algum benefício, embora estudos adicionais sejam necessários.<sup>[8]</sup> <sup>[9]</sup>

..... ■ **com abscesso**

1a

**tratamento cirúrgico**

» O tratamento de abscessos superficiais de tecido mole consiste na incisão e drenagem, seguidas por cicatrização por intenção secundária.<sup>[10]</sup>

» Uma proporção razoável de procedimentos de incisão e drenagem é realizada no ambiente

## Agudo

### adjunto

de pronto-socorro usando anestesia local e analgésicos orais.

### antibioticoterapia

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

#### Opções primárias

» **amoxicilina/ácido clavulânico**: 500 mg por via oral três vezes ao dia  
A dose se refere ao componente amoxicilina.

#### Opções secundárias

» **eritromicina**: 250-500 mg por via oral quatro vezes ao dia

### OU

» **eritromicina**: 250-500 mg por via oral quatro vezes ao dia

-e-

» **metronidazol**: 500 mg por via oral três vezes ao dia

» Amoxicilina/ácido clavulânico é usado para casos de infecção do local cirúrgico.

» Os pacientes alérgicos à penicilina devem ser tratados com eritromicina com ou sem metronidazol.

» Ciclo de tratamento: 5 a 7 dias.

### adjunto

### alívio da dor

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

#### Opções primárias

» **paracetamol**: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

### OU

» **ibuprofeno**: 400-800 mg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

#### Opções secundárias

» **tramadol**: 50-100 mg por via oral (liberação imediata) a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 400 mg/dia

## Agudo

» Os abscessos não deverão ficar doloridos após terem sido drenados. Em caso de dor pré ou pós-operatória, a analgesia com paracetamol, anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), se não há risco cardiovascular associado, ou com um opioide fraco deve ser suficiente.

## Em curso

### sintomático: doença recorrente

#### ■ sem abscesso

#### 1a repetição da cirurgia

» O fechamento primário fora da linha média (seja em qualquer uma das laterais do meio do sulco interglúteo) ou a excisão com cicatrização por intenção secundária devem ser igualmente eficazes. [2] Técnicas mais complexas destinadas à substituição do tecido na linha média com retalhos e enxertos (por exemplo, plástica em Z, retalhos miocutâneos) são frequentemente utilizadas. Técnicas como a de Karydakis (retalho assimétrico) e retalho romboide têm mostrado bons resultados para a doença recorrente. [2\[B\]Evidence](#)

» Procedimentos mais complexos em doença recorrente são geralmente realizados sob anestesia geral.

#### adjunto antibioticoterapia

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

#### Opções primárias

» [amoxicilina/ácido clavulânico](#): 500 mg por via oral três vezes ao dia  
A dose se refere ao componente amoxicilina.

#### Opções secundárias

» [eritromicina](#): 250-500 mg por via oral quatro vezes ao dia

#### OU

» [eritromicina](#): 250-500 mg por via oral quatro vezes ao dia  
-e-  
» [metronidazol](#): 500 mg por via oral três vezes ao dia

» As taxas de infecção do local cirúrgico não são diferentes entre fechamento primário e



## Em curso

cicatrização por intenção secundária. As taxas de infecção do local cirúrgico são maiores após o fechamento primário da linha média em comparação com o fechamento fora da linha média.[2] 1[A]Evidence

» A profilaxia com antibióticos é frequentemente utilizada, embora as evidências sejam limitadas.

» O uso na cirurgia eletiva depende do critério do cirurgião. Amoxicilina/ácido clavulânico é usado para casos de infecção do local cirúrgico.

» Os pacientes alérgicos à penicilina devem ser tratados com eritromicina com ou sem metronidazol.

» Ciclo de tratamento: 5 a 7 dias.

**adjunto remoção de pelos**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Geralmente por raspagem ou depilação a laser.

» A remoção de pelos pela depilação a laser pós-cirúrgica demonstrou a diminuição da recorrência quando a depilação a laser é utilizada como adjuvante da cirurgia.[9] Os pacientes operados de seio pilonidal que raspam o sulco interglúteo regularmente demonstram um maior risco de recorrência em comparação com aqueles que não o fazem.[8] A raspagem pode, portanto, não ser recomendada, mas a depilação a laser pode ser de algum benefício, embora estudos adicionais sejam necessários.[8] [9]

■ **com abscesso****1a repetição da cirurgia**

» O tratamento de abscessos superficiais de tecido mole consiste na incisão e drenagem, seguidas por cicatrização por intenção secundária.[10]

» Uma proporção razoável de procedimentos de incisão e drenagem é realizada no ambiente de pronto-socorro usando anestesia local e analgésicos orais.

**adjunto antibioticoterapia**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

**Opções primárias**

» amoxicilina/ácido clavulânico: 500 mg por via oral três vezes ao dia

## Em curso

A dose se refere ao componente amoxicilina.

**Opções secundárias**

» **eritromicina**: 250-500 mg por via oral quatro vezes ao dia

**OU**

» **eritromicina**: 250-500 mg por via oral quatro vezes ao dia

**-e-**

» **metronidazol**: 500 mg por via oral três vezes ao dia

» Se houver infecção do local cirúrgico, será utilizado amoxicilina/ácido clavulânico.

» Os pacientes alérgicos à penicilina devem ser tratados com eritromicina com ou sem metronidazol.

» Ciclo de tratamento: 5 a 7 dias.

**adjunto****alívio da dor**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

**Opções primárias**

» **paracetamol**: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

**OU**

» **ibuprofeno**: 400-800 mg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

**Opções secundárias**

» **tramadol**: 50-100 mg por via oral (liberação imediata) a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 400 mg/dia

» Os abscessos não deverão ficar doloridos após terem sido drenados.

» Em caso de dor pré ou pós-operatória, a analgesia com paracetamol, anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), se não há risco cardiovascular associado, ou com um opioide fraco deve ser suficiente.

## Novidades

### Cola de fibrina

A cola de fibrina (composta de fibrinogênio e trombina) causa a formação de um coágulo de fibrina dentro do seio pilonidal. Pode ser considerada como monoterapia ou como adjuvante à cirurgia. No entanto, atualmente, a eficácia da cola de fibrina é incerta; são necessários mais estudos.<sup>[15]</sup>

## Recomendações

### Monitoramento

O monitoramento fica a critério do cirurgião responsável pelo tratamento. As feridas deixadas para cicatrizar por intenção secundária devem receber cuidados de enfermagem regulares até a cicatrização, geralmente como paciente ambulatorial. Caso contrário, os pacientes tratados geralmente não precisam ser acompanhados, mas deverão ser aconselhados a retornar se os sintomas se repetirem.

### Instruções ao paciente

Os pacientes deverão ser instruídos a retornar se houver qualquer sintoma recorrente.

## Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<b>coleção supurativa pós-cirúrgica profunda às suturas</b>	<b>curto prazo</b>	<b>baixa</b>
<p>Se houver suspeita de uma coleção profunda, a remoção da sutura pós-cirúrgica pode ser necessária para haver a drenagem.</p> <p>Abscessos pilonidais são muitas vezes maiores que o inicialmente suspeito.</p>		
<b>fasciite necrosante</b>	<b>curto prazo</b>	<b>baixa</b>
<p>A presença de febre e toxemia deve levantar a suspeita de fasciite necrosante ou outra infecção de pele grave.</p> <p>A internação hospitalar e o tratamento urgente são necessários nessas circunstâncias.</p>		

## Prognóstico

Dependendo da técnica cirúrgica escolhida, as taxas de recorrência são variáveis e a média é de 6.9%. A recorrência é menos provável após a cicatrização por intenção secundária em comparação com qualquer tipo de fechamento de ferida primária, embora o fechamento fora da linha média proporcione vantagem sobre as técnicas da linha média.<sup>[2]</sup>

## Diretrizes de diagnóstico

### América do Norte

#### Practice parameters for the management of pilonidal disease

**Publicado por:** American Society of Colon and Rectal Surgeons

**Última publicação em:**  
2013

## Diretrizes de tratamento

### Europa

#### German national guideline on the management of pilonidal disease

**Publicado por:** Springer Berlin Heidelberg

**Última publicação em:**  
2016

### América do Norte

#### Practice parameters for the management of pilonidal disease

**Publicado por:** American Society of Colon and Rectal Surgeons

**Última publicação em:**  
2013

#### SSAT patient care guidelines: treatment of perineal suppurative processes

**Publicado por:** Society for Surgery of the Alimentary Tract (SSAT)

**Última publicação em:**  
2009

## Nível de evidência

1. Taxas de infecção de sítio cirúrgico, recorrência e outras complicações: há evidências de alta qualidade de que as técnicas fora da linha média, como os retalhos V-Y, a técnica de Bascom e a plástica em Z oferecem melhores resultados que as técnicas de linha média para a cirurgia de seio pilonidal.<sup>[2]</sup>

**Nível de evidência A:** Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.

2. Taxa de recorrência: há evidências de qualidade moderada de uma menor taxa de recorrência (2/172) para a técnica de retalho de Limberg (um retalho romboide modificado) em comparação com o fechamento primário (19/172).<sup>[11]</sup>

**Nível de evidência B:** Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

## Artigos principais

- Karydakakis GE. Easy and successful treatment of pilonidal sinus after explanation of its causative process. Aust N Z J Surg. 1992;62:385-389. [Resumo](#)
- Al-Khamis A, McCallum I, King PM, et al. Healing by primary versus secondary intention after surgical treatment for pilonidal sinus. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(1):CD006213. [Texto completo](#)  
[Resumo](#)
- Lee PJ, Raniga S, Biyani DK, et al. Sacrococcygeal pilonidal disease. Colorectal Dis. 2008;10:639-652. [Resumo](#)

## Referências

1. Karydakakis GE. Easy and successful treatment of pilonidal sinus after explanation of its causative process. Aust N Z J Surg. 1992;62:385-389. [Resumo](#)
2. Al-Khamis A, McCallum I, King PM, et al. Healing by primary versus secondary intention after surgical treatment for pilonidal sinus. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(1):CD006213. [Texto completo](#)  
[Resumo](#)
3. Notaro JR. Management of recurrent pilonidal disease. Semin Colon Rectal Surg. 2003;14:173-185.
4. Sondenaa K, Andersen E, Nesvik I, et al. Patient characteristics and symptoms in chronic pilonidal sinus disease. Int J Colorectal Dis. 1995;10:39-42. [Resumo](#)
5. Akinci OF, Bozer M, Uzunkoy A, et al. Incidence and aetiological factors in pilonidal sinus among Turkish soldiers. Eur J Surg. 1999;165:339-342. [Resumo](#)
6. Armstrong JH, Barcia PJ. Pilonidal sinus disease: the conservative approach. Arch Surg. 1994;129:914-917. [Resumo](#)
7. Conroy FJ, Kandamany N, Mahaffey PJ. Laser depilation and hygiene: preventing recurrent pilonidal sinus disease. J Plast Reconstr Anesthet Surg. 2008;61:1069-1072. [Resumo](#)
8. Badawy EA, Kanawati MN. Effect of hair removal by Nd:YAG laser on the recurrence of pilonidal sinus. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2009;23:883-886. [Resumo](#)
9. Petersen S, Wietelmann K, Evers T, et al. Long-term effects of postoperative razor epilation in pilonidal sinus disease. Dis Colon Rectum. 2009;52:131-134. [Resumo](#)
10. Thompson MR, Senapati A, Kitchen P. Simple day-case surgery for pilonidal sinus disease. Br J Surg. 2011;98:198-209. [Resumo](#)
11. Lee PJ, Raniga S, Biyani DK, et al. Sacrococcygeal pilonidal disease. Colorectal Dis. 2008;10:639-652. [Resumo](#)

12. Lee SL, Tejirian T, Abbas MA. Current management of adolescent pilonidal disease. J Pediatr Surg. 2008;43:1124-1127. [Resumo](#)
13. Solla JA, Rothenberger DA. Chronic pilonidal disease: an assessment of 150 cases. Dis Colon Rectum. 1990;33:758-761. [Resumo](#)
14. Tejirian T, Lee JJ, Abbas MA. Is wide local excision for pilonidal disease still justified? Am Surg. 2007;73:1075-1078. [Resumo](#)
15. Lund J, Tou S, Doleman B, et al. Fibrin glue for pilonidal sinus disease. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Jan 13;1:CD011923. [Resumo](#)



## Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

**NOTA DE INTERPRETAÇÃO:** Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

**Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais**

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Apr 03, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmj.com](http://bestpractice.bmj.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

[support@bmj.com](mailto:support@bmj.com)

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

# BMJ Best Practice

## Colaboradores:

---

### // Autores:

#### **Iain J.D. McCallum, PhD, FRCS**

---

Consultant Surgeon

Department of General Surgery, Northumbria Healthcare NHS Foundation Trust, UK

DIVULGAÇÕES: IJDM is an author of a reference cited in this topic.

### // Reconhecimentos:

Mr Iain J.D. McCallum would like to gratefully acknowledge Dr Seamus Kelly, a previous contributor to this topic. SK declares that he has no competing interests.

### // Colegas revisores:

#### **Maher A. Abbas, MD, FACS, FASCRS**

---

Assistant Clinical Professor of Surgery

UCLA, Chief of Colon and Rectal Surgery Chair, Center for Minimally Invasive Surgery Kaiser Permanente, Los Angeles, CA

DIVULGAÇÕES: MAA declares that he has no competing interests.

#### **Angus J.M. Watson, FRCS (Ed)**

---

Consultant Colorectal Surgeon

Clinical Manager of General Surgery and ETC, Department of Surgery, Manchester Royal Infirmary, Manchester, UK

DIVULGAÇÕES: AJMW is an author of a reference cited in this monograph.