



**Dr. PAOLO BRUSCHELLI**

*Spec. Chirurgia Generale ed Anestesiologia – primario chirurgo emerito*

*Esperto in Biorisonanza – Sat-terapia (terapia per la riprogrammazione funzionale organo specifica)  
Socio della Società Italiana di Terapia Chelante – oscillazione molecolare - idrocolonterapia*

## CHE COSA SONO?

Le cisti pilonidali sono **raccolte di peli**, circondati da reazione infiammatoria del sottocute, localizzate prevalentemente nel solco intergluteo in regione sacro-coccigea (cisti sacro-coccigee).

Le fistole pilonidali originano dalla ascessualizzazione delle cisti pilonidali e dalla loro apertura all'esterno tramite un orifizio cutaneo, solitamente posto nel solco intergluteo.

Sono più frequenti in giovani maschi dopo la pubertà, di razza bianca, in genere in soggetti molto pelosi.

## QUALI SONO LE CAUSE?

In passato si riteneva che fossero di origine congenita per il residuo di tessuti embrionali o di ghiandole normalmente ancora presenti in alcuni animali.

Oggi invece si ritiene che la causa più probabile sia da attribuire alla penetrazione di peli caduti nei pori cutanei delle ghiandole sudoripare e sebacee. I peli si raccolgono a formare “nidi” nello spessore del tessuto sottocutaneo (sinus pilonidalis) e creano una reazione infiammatoria da corpo estraneo e quindi una cisti.

La sede più frequente è il solco intergluteo in regione sacro-coccigea. Altre localizzazioni molto più rare possono essere il solco retroauricolare, lo spazio interdigitale, l'ascella e l'ombelico.

L'ipertricosi, la scarsa igiene personale, i traumatismi locali dovuti allo stile di vita (indumenti attillati o rigidi, particolari condizioni lavorative), l'obesità, la vita sedentaria e l'abbondante sudorazione possono favorire l'insorgenza della malattia.

## COME SI MANIFESTA?

La malattia pilonidale può manifestarsi in 3 modi:

- 1) **Cisti pilonidale:** è la fase iniziale, costituita da una piccola tumefazione poco dolente del solco intergluteo che può accompagnarsi a uno o più orifizi cutanei contigui dai quali possono affiorare ciuffi di peli.
- 2) **Ascesso pilonidale:** è la fase infiammatoria che insorge per la infezione della cisti da parte dei batteri della pelle che conduce alla formazione della raccolta di pus. La tumefazione aumenta di volume, diviene intensamente dolente e la cute si arrossa. L'ascesso può aprirsi spontaneamente o richiedere l'incisione chirurgica. Il pus che fuoriesce è cremoso e fetido.

Via Piceno 1 – 62010 Montecosaro S. - 0733 866978 fax 0733 860435 - 848-800-171 mob +39 3884770378

E-mail [bruschelli@libero.it](mailto:bruschelli@libero.it)

Website - [www.benessere2000.net](http://www.benessere2000.net) - [www.idrocolon.net](http://www.idrocolon.net) – [www.cistipilonidale.it](http://www.cistipilonidale.it)



- 3) **Fistola pilonidale:** può residuare all'ascesso sia dopo l'apertura spontanea, sia dopo l'incisione chirurgica. E' costituita da un breve canale che mette in comunicazione la cavità cistica ascessualizzata con l'esterno attraverso un orifizio situato nel solco intergluteo. In alcuni casi la cavità cistica comunica con l'esterno attraverso uno o più orifizi cutanei, nel solco intergluteo, dai quali fuoriesce continuamente o a intermittenza un liquido sieropurulento giallastro.

### COME EVOLVE?

La malattia pilonidale può evolvere in diversi modi:

- La cisti pilonidale può rimanere quiescente anche per molti anni oppure può andare incontro alla ascessualizzazione subito dopo la sua formazione.
- All'ascesso di solito fa seguito la comparsa della fistolizzazione.
- La fistola può rimanere aperta e secernere in continuazione oppure chiudersi e dare luogo ad accessi ricorrenti. La chiusura della fistola è favorita dai microtraumatismi continuati, dalla sudorazione profusa, dal sebo, dalla desquamazione cutanea e dalla sclerosi cicatriziale.

Se non viene operata la fistolizzazione della malattia pilonidale si può estendere sia lateralmente verso i glutei, sia verso l'alto o verso il basso fino a coinvolgere tutto il solco intergluteo. A volte può anche raggiungere l'ano creando qualche problema di diagnosi differenziale con la fistola anale vera e propria.

### COME SI DIAGNOSTICA?

La diagnosi si effettua con la semplice visita chirurgica. Infatti la presenza di uno o più orifizi nel solco intergluteo, a volte zaffati da ciuffi di peli, con fuoriuscita di secrezione, la palpazione di un'area di infiltrazione sottocutanea, premendo sulla quale può aumentare il flusso di secreto, sono segni inequivocabili di malattia pilonidale. A completamento per stabilire l'estensione della malattia è sufficiente l'esplorazione del tramite con un sottile specillo. Nei rari casi di cisti non complicata dalla fistolizzazione l'ecografia dei tessuti molli rileverà la malattia nel tessuto sottocutaneo.

### COME SI CURA?

La terapia è solo chirurgica, mediante due tipi di approccio:

- a cielo aperto
- a cielo chiuso.
- **crionecrosi**

Le metodica **“a cielo aperto”** prevede l'apertura della fistola e l'asportazione della cute e del tessuto sottocutaneo comprendenti il tessuto pilonidale e tutti gli orifizi cutanei ivi presenti. La guarigione avviene per seconda intenzione con formazione di tessuto di granulazione che va a



**Dr. PAOLO BRUSCHELLI**

*Spec. Chirurgia Generale ed Anestesiologia – primario chirurgo emerito*

*Esperto in Biorisonanza – Sat-terapia (terapia per la riprogrammazione funzionale organo specifica)  
Socio della Società Italiana di Terapia Chelante – oscillazione molecolare - idrocolonterapia*

colmare completamente la ferita nel giro di 30-40 giorni a seconda dell'estensione della malattia. Questa tecnica, se attuata correttamente, non dovrebbe dar luogo a recidive se non nel 2-3% dei casi e provoca modesto dolore. Essa è indicata nei casi di malattia molto estesa, con suppurazione in atto e soprattutto nelle recidive.

La metodica **“a cielo chiuso”** consiste sempre nell'asportazione del tessuto comprendente la malattia e nella sutura immediata della ferita. La guarigione avviene più rapidamente (in media due settimane), il dolore è maggiore e proporzionale all'intensità della trazione della sutura. Inoltre nei casi in cui la sutura è molto in tensione può verificarsi la deiscenza con riapertura della ferita ed in tal caso la guarigione avverrà per seconda intenzione. Il rischio di recidiva è più elevato in caso di suppurazione in atto e quando la malattia è molto estesa e recidiva (11-28,5%). E' indicata soprattutto per le cisti, per le fistole di piccola e media entità e per quelle con scarsa suppurazione concomitante.

Entrambe le tecniche possono essere eseguite in anestesia locale, anche in day-surgery.

Nel caso di fistole molto estese è possibile ricostruire la continuità tissutale mediante vari interventi di **chirurgia plastica** (lembo a Z, W, di avanzamento, di rotazione). Questi interventi devono essere effettuati in assenza di suppurazione in atto e possono richiedere l'anestesia generale. Ci può essere recidiva nel 2-8% dei casi.

**Courettage e marsupializzazione** fanno parte della storia del trattamento chirurgico della malattia.

## LA CRIONECROSI DELLA CISTI PILONIDALE

### INTERVENTO DI BRUSCHELLI

**Messa a punto negli anni '70, la tecnica mista, chirurgia/crionecrosi, ha assunto una notevole affermazione a seguito della pubblicazione in internet.**

**Infatti, il numero di pazienti che si rivolgono al centro medico “Grifo” di Montecosaro Scalo (MC), ha assunto valore di statistica ottimale per poter procedere alla valutazione dei risultati.**

**La tecnica da me proposta, consiste in una apertura chirurgica del sito, un courettage delle cavità, ed una progressiva crionecrosi delle superfici.**

**L'intervento, eseguito in modo ambulatoriale (day Surgery) in anestesia locale, ha una modesta durata, permette l'immediata deambulazione ed il ritorno del paziente al domicilio in poche ore.**

**La ferita chirurgica perviene a guarigione per seconda intenzione, le medicazioni, eseguite presso un qualsiasi studio medico o presso ambulatorio ospedaliero, possono essere fatte anche a domicilio ( il paz. viene fornito di specifiche direttive scritte).**

**I tempi di guarigione variano a seconda dello stato iniziale della patologia.**



**Dr. PAOLO BRUSCHELLI**

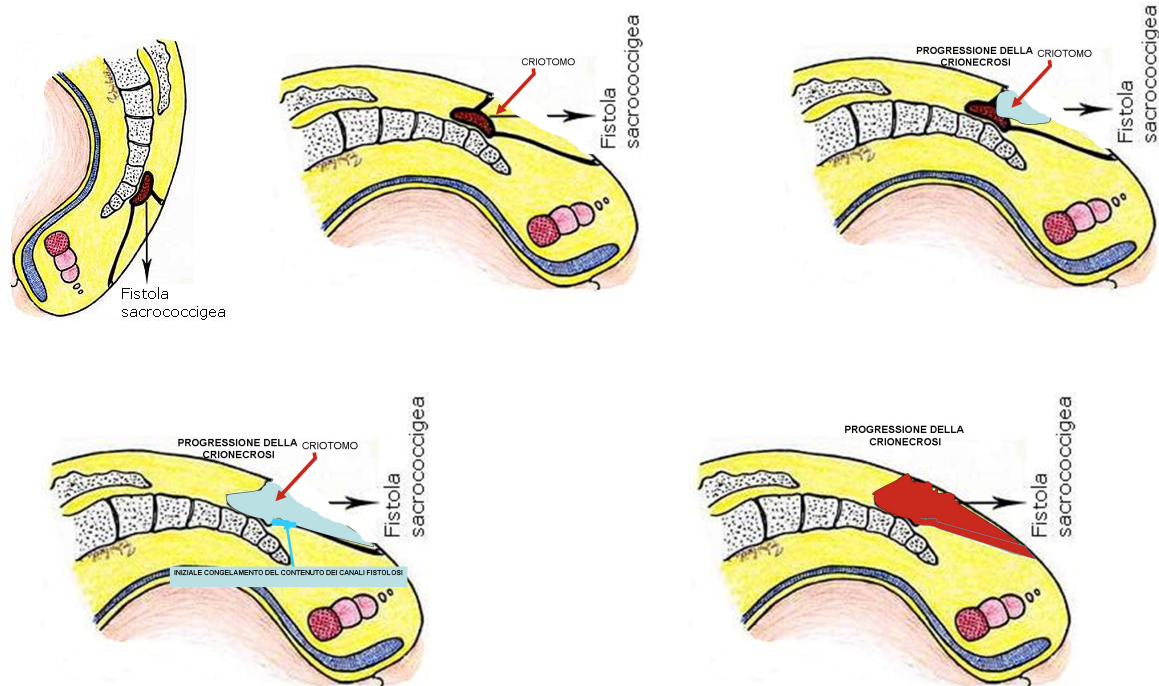
*Spec. Chirurgia Generale ed Anestesiologia – primario chirurgo emerito*

*Esperto in Biorisonanza – Sat-terapia (terapia per la riprogrammazione funzionale organo specifica)*

*Socio della Società Italiana di Terapia Chelante – oscillazione molecolare - idrocolonterapia*

**Possono essere curate recidive ( sono stati trattati casi operati anche 5 volte).**

**Il razionale di tale tecnica, consiste nella caratteristica del congelamento per induzione da parte dei contenuti presenti nella stessa cisti/fistola**



**La fistola e la cavità della cisti vengono progressivamente invase dal congelamento a meno 90°C seguendo la presenza dei fluidi presenti.**

**Il congelamento determina la necrosi della parete ( sede della degenerazione infiammatoria ).**

**Tale necrosi si manifesterà con una col liquazione tissutale che viene evacuata da medicazioni indolori.**

**Per un contatto è necessario inviare una foto (ove possibile) se plurioperata, una fistolografia !**

**Dr. Paolo Bruschelli**

Via Piceno 1 – 62010 Montecosaro S. - 0733 866978 fax 0733 860435 - 848-800-171 mob +39 3884770378

E-mail [bruschelli@libero.it](mailto:bruschelli@libero.it)

Website - [www.benessere2000.net](http://www.benessere2000.net) - [www.idrocolon.net](http://www.idrocolon.net) – [www.cistipilonidale.it](http://www.cistipilonidale.it)