



Sinus pilonidal da vulva A propósito de um caso clínico

Bárbara Vasconcelos Pinto

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientador: Professor Doutor José Alberto Fonseca Moutinho

Maio de 2023

Declaração de Integridade

Eu, Bárbara Vasconcelos Pinto, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 39711 de Medicina da Faculdade Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referência de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 29/04/2023

Bárbara Vasconcelos Pinto

Sinus pilonidal da vulva: A propósito de um caso clínico

1 Dedicatória

Para o meu avô Francisco.

2 Agradecimentos

Agradeço ao Professor Doutor José Moutinho pela excelente orientação, durante a realização deste projeto, pelo tempo que disponibilizou e pelo conhecimento que me transmitiu.

Agradeço também à doente do caso clínico descrito pela sua disponibilidade e cooperação que permitiu a realização deste trabalho.

Aos meus pais, Elisabete e Ilídio, pelo apoio incondicional, pelos valores transmitidos e pelo esforço incansável para que eu e a minha irmã concretizemos os nossos sonhos.

À minha avó Virgínia pelo carinho, amparo e pela presença alegre na minha vida.

À minha irmã e ao meu namorado, por serem os meus melhores amigos, por me terem motivado diariamente ao longo desta caminhada, e por todo o equilíbrio que oferecem à minha vida.

Às minhas amigas, pela amizade, entajuda e companheirismo ao longo destes últimos anos.

Às minhas cadelinhas, Zara e Malu, pela companhia ao longo das intermináveis sessões de estudo.

À FCS, por me ter acolhido e me ter proporcionado uma formação médica de excelência.

3 Resumo

Introdução: O sinus pilonoidal da vulva (SPV) é uma patologia rara, existindo apenas alguns casos descritos na literatura. Resulta da penetração e crescimento de pelos para dentro da pele, originando uma reação inflamatória do tipo corpo-estranho, que pode infectar e provocar um abscesso agudo com trajetos fistulosos. O diagnóstico em geral é clínico tendo por base a história clínica, o exame físico, a evolução dos sintomas e a presença de fatores de risco. O diagnóstico definitivo é histopatológico. O tratamento definitivo é a excisão cirúrgica em bloco da lesão com encerramento primário da mesma ou com cicatrização por segunda intenção. O prognóstico é habitualmente favorável, embora tenha alta taxa de recorrência.

Objetivo: Descrever o caso clínico de uma mulher com o diagnóstico histológico de SPV, e comparar as características clínicas deste caso, com as características dos casos descritos na literatura

Métodos: Recolha dos dados clínicos da doente, de forma retrospectiva, tendo sido analisados os sintomas, as alterações físicas e o relatório anatomopatológico da peça excisada. Procedeu-se também à análise de artigos publicados no Pubmed, em língua inglesa e portuguesa para a avaliação da evidência científica atual sobre SPV.

Resultado: A doente de 86 anos com diagnóstico prévio de líquen plano da vulva, estava medicada com corticoide local desde há vários anos. Foi efetuada a excisão cirúrgica completa da lesão e encerramento primário da mesma. O exame histopatológico identificou a lesão como sendo um SPV. O pós-operatório não teve intercorrências, a doente apresentou uma boa cicatrização, sem queixas e sem recorrência da lesão nos seis meses de seguimento. Este caso clínico distingue-se dos restantes descritos na literatura, devido à idade de aparecimento do SPV, à localização do SPV e à existência de múltiplas comorbilidades, tais como o líquen plano da vulva sob corticoterapia crónica.

Conclusão: O SPV é uma patologia extremamente rara, e por essa razão o diagnóstico deste caso foi efetuado apenas pela histologia. Visto que se trata de uma patologia tão rara a suspeição clínica, um diagnóstico precoce e um tratamento atempado e individualizado da mesma são fundamentais para evitar complicações médicas associadas.

3.1. Palavras-chave

Sinus Pilonidal; Quisto Pilonidal; Doença Pilonidal; Vulva;

Sinus pilonidal da vulva: A propósito de um caso clínico

4 Abstract

Introduction: Vulval pilonidal sinus (VPS) is a rare condition with only a few cases described in literature. It results from the penetration and growth of hair into the skin, originating a foreign-body-type inflammatory reaction, which can infect and cause an acute abscess with fistulous tracts. The diagnosis is generally clinical, based on the clinical history, physical examination, the evolution of symptoms and the presence of risk factors. Definitive diagnosis is histopathological. Definitive treatment is block excision of the lesion with primary closure or healing by secondary intention. The prognosis is usually good, although it has a high recurrence rate.

Objectives: To report the clinical case of a woman with the histological diagnosis of VPS, and to compare its clinical characteristics with those described in the literature.

Methods: Retrospective analysis of the patient's clinical data, including symptoms, physical changes and the anatomopathological report of the excised piece. Additionally, articles published in Pubmed in English and Portuguese with current scientific evidence on the VPS were analyzed.

Results: The 86-year-old patient, previously diagnosed with vulvar lichen planus, had been taking local corticoids for several years. Complete surgical excision of the lesion and primary closure were performed. The histopathological examination identified the lesion as a pilonidal sinus of the vulva. The postoperative period was uneventful, the patient had good healing, no complaints, and no recurrence of the lesion in the six months of follow-up. This clinical case differentiates itself from others described in the literature, due to the age of onset of VPS, the location of the VPS and the existence of multiple comorbidities, such as vulval lichen planus under chronic corticotherapy.

Conclusion: The VPS is an extremely rare pathology, and therefore the diagnosis of this case was made only by histology. As this is such a rare condition, clinical suspicion, early diagnosis, timely and individualized treatment are essential to avoid associated medical complications.

4.1. Keywords

Pilonidal Sinus; Pilonidal Cyst; Pilonidal Disease; Vulva

Índice

1 Dedicatória	v
2 Agradecimentos	vii
3 Resumo	ix
4 Abstract	xi
5 Lista de Figuras	xv
6 Lista de Tabelas	xvii
7 Lista de Acrónimos	xix
8 Introdução	1
9 Objetivos	3
10 Métodos	5
11 Resultados	7
11.1. Caracterização da DP	7
11.1.1. Etiologia e fisiopatologia	7
11.1.2. Apresentação clínica e Sintomatologia	9
11.1.3. Diagnóstico e métodos complementares de diagnóstico	10
11.1.4. Diagnóstico histológico	11
11.1.5. Diagnóstico diferencial	12
11.1.6. Tratamento	13
11.1.7. Prognóstico	15
11.2. Análise dos casos descritos na literatura	17
11.3. Interpretação da tabela	21
12 Descrição do caso clínico	23
13 Discussão	27
14 Conclusão	29
15 Referências bibliográficas	31
16 Apêndices	33
17 Anexos	35

5 Lista de Figuras

Figura 1: Lesão vulvar na face interna do grande lábio direito	24
Figura 2: Avaliação patológica. Coloração de H&E (ampliação 20x)	24
Figura 2: Avaliação patológica. Coloração de H&E (ampliação 100x)	25

6 Lista de Tabelas

Tabela 1: Descrição sumária dos casos clínicos de SPV relatados na literatura	17
---	----

7 Lista de acrónimos

SPV- sinus pilonidal da vulva

VPS- vulva pilonidal sinus

DP- doença pilonidal

DSP- doença do sinus pilonidal

SP- sinus Pilonidal

HS- hidroadenite supurativa

MCD- métodos complementares de diagnóstico

LCAD- ligamento cruzado anterior direito

Sinus pilonidal da vulva: A propósito de um caso clínico

8 Introdução

O SP também se pode denominar sinus pilonidais, sinus pilonidalis sacrococcígeo, quisto pilonidal, quisto sacrococcígeo, doença pilonidal (DP) ou doença do sinus pilonidal(DSP).

O SP é uma patologia comum, definida como um seio (sinus), quisto ou trajeto fistuloso epitelizado que contém hastes pilosas com reação inflamatória circundante.(1) Em 1833, Herbert Mayo descreveu um seio que continha pelos, mas só em 1880 é que Hodges sugeriu o termo "pilonidal" (Latim: pilus = cabelo e nidus = ninho), para identificar uma doença que consiste em seios (sinus) que contém pelos.(2)Embora Hodges tenha usado esse termo para descrever um SP da planta do pé, essa denominação tem sido maioritariamente utilizada para descrever o SP sacrococcígeo.(3)

“Ouso dar o nome de pilo-nidal (pilus, um pelo, nidus, um ninho) sinus a esta lesão bastante singular”. (Richard Manning Hodges, 1827—1896)(4)

Para além disso, o termo “pilonidal” é frequentemente referido como a “doença do jeep”, uma condição bem documentada de DP da região sacrococcígea em homens hirsutos, condutores de jeeps, que passavam muitas horas sentadas nos veículos, durante a segunda guerra mundial.(5)

A incidência de DP é de aproximadamente 25/100.000, sendo que é pelo menos duas vezes mais frequente nos homens do que nas mulheres, geralmente entre os 15 e os 30 anos. Por outro lado, a DP apenas ocorre excepcionalmente antes da puberdade ou depois dos 60 anos.(4) Embora a prevalência da DP tenha aumentado, a proporção/o rácio entre homens e mulheres afetados por esta condição permaneceu constante, com as mulheres a representarem cerca de 20% dos doentes com DP.(6)

Os fatores de risco conhecidos da DP incluem: um corpo hirsuto, pele espessa, excesso de peso (IMC >25kg/m²), um sulco interglúteo profundo (visto ser o local mais comum de DP), condições de insalubridade, história familiar de DP, adoção de posição sentada mais de 7 horas por dia e trauma repetido na zona sacrococcígea (tal como acontece na “doença do jeep” supracitada).(4)

A fisiopatologia do SP é objeto de muito debate, com base em duas teorias principais, sendo estas a teoria congênita e a teoria adquirida, que irei abordar posteriormente.(4)

A transformação maligna do sinus pilonidal (SP) é rara, mas estão relatados casos em que ocorreu transformação maligna do SP em carcinoma espinhocelular e carcinoma verrucoso.(2)

Sinus pilonidal da vulva: A propósito de um caso clínico

A DP surge maioritariamente na região interglútea superficialmente ao sacro(7), embora esteja registado o aparecimento de DP noutras localizações, tais como no abdómen, no pénis, no couro cabeludo, na axila, na virilha, no pescoço ou na região supra-púbica.(8)

A DP da região genital é raramente descrita na literatura, resultando numa escassez de informação sobre como diagnosticar, investigar e tratar esta condição. Dos poucos casos documentados na literatura, a doença peri-clitoral é a apresentação clínica mais comum de DP da vulva.(9)

A clínica do SPV pode-se assemelhar à clínica da hidradenite supurativa, da foliculite ou da celulite. Por este motivo, estas patologias devem ser consideradas no momento do diagnóstico diferencial desta afeção. (9)

9 Objetivos

Após o diagnóstico e tratamento de um caso de SPV em Maio de 2022, surgiu o interesse de aprofundar o conhecimento sobre esta patologia rara e pouco referenciada na literatura.

Sendo assim, os objetivos deste projeto são:

- Efetuar uma revisão de literatura sobre SPV;
- Descrever um caso de SPV e comparar este caso com os restantes casos de SPV descritos na literatura;
- Descrever os casos de SPV descritos na literatura.

Sinus pilonidal da vulva: A propósito de um caso clínico

10 Métodos

Para a realização desta revisão bibliográfica, efetuou-se uma pesquisa na base de dados Pubmed desde Setembro de 2022 a Janeiro de 2023, com as seguintes palavras-chave: Vulva; Vulval; Vulvar; Pilonidal.

Foram considerados artigos nas línguas “Inglês” e “Português”. Para além disso, também recorri á técnica de amostragem não probabilística, denominada “Bola de neve”, isto é, encontrar artigos de interesse através das referências bibliográficas dos artigos encontrados no Pubmed. Da análise desses artigos efetuou-se uma revisão descritiva das características clínicas do SPV e uma análise descritiva dos casos de SPV publicados na literatura.

O caso clínico apresentado foi descrito com base nos dados do processo clínico da doente e nos dados recolhidos em entrevista com a doente.

Sinus pilonidal da vulva: A propósito de um caso clínico

11 Resultados

11.1. Caracterização da DP

11.1.1. Etiologia e fisiopatologia

Como referido anteriormente, foram propostas duas teorias para explicar a fisiopatologia da DP sendo estas a congênita e a adquirida.(10)

A teoria congênita defende que o SP tem origem embrionária, tratando-se estes de remanescentes embrionários resultantes de involução deficiente das estruturas do tubo neuronal.(10)

No entanto, atualmente, pensa-se que a teoria adquirida explique o mecanismo fisiopatológico responsável pela maioria dos SP. Em 1955, Patey e Curry sugeriram que o atrito ou fricção são o mecanismo responsável que permite a penetração do pelo na epiderme, através de um ducto. Esse ducto permanece aberto devido a uma reação do tipo corpo estranho, que se torna persistente devido á presença dos pelos.(11) E assim, surgiu a teoria adquirida em que o trauma causado pela fricção e/ou a depilação permite aos pelos perfurar a pele, originando ductos e iniciando a formação de SP.(10)

Karydakís descreve três fatores que estão envolvidos no processo de inserção das hastas pilosas na pele e assim, originar um SP, sendo este:

- o invasor, que consiste em pelo solto;
- o atrito ou fricção que provoca a inserção do pelo na pele;
- a vulnerabilidade da pele à inserção do pelo.(7)

Para além disso, Karydakís defende que poderão estar envolvidos outros fatores na fisiopatologia da DP que permitam explicar a ocorrência de SP em doentes sem pelos.(7)

Teoricamente, o SP pode-se desenvolver em qualquer local anatómico propício para tal, tais como em sulcos ou dobras cutâneas que facilitem o aprisionamento ou penetração de pelos.(9)

Por conseguinte, o diagnóstico de SP nas mãos de barbeiros, cabeleireiros e tosquiadores de animais é considerado uma doença profissional, pois esta afeção é induzida pela fricção de fragmentos de pelos mortos com a pele das mãos destes profissionais, no decorrer da sua atividade laboral. Visto que estes fragmentos de pelo estão mortos, não é possível que ocorra o crescimento destes no interior do corpo.(5) Esta característica é concordante com o facto de o SP não conter folículos pilosos e, por conseguinte, considera-se que o pelo tem origem numa fonte externa à lesão.(1)

Pensa-se que a patogénese do SPV é semelhante à do SP mais comum da área sacrococcígea.(9) Como referido anteriormente, um SP desenvolve-se quando os pelos

penetram numa dobra da pele, originando uma reação inflamatória do tipo corpo estranho, infecção, formação de abscesso (9) ou trajetos fistulosos epitelizados persistentemente abertos devido á reação do tipo corpo estranho causado pelo pelo. Um potencial fator traumático desencadeante de SPV é a depilação frequente da região genital quer a cera, quer a lâmina, e o contacto sexual.(1)

Em 0,1% dos doentes com DP desenvolvem malignização (transformação maligna) do SP. A malignização do SP está associada a inflamação crónica da lesão, sendo que 70% dos doentes que desenvolvem carcinoma do SP têm sintomas há mais de 10 anos. A inflamação crónica provoca dano nos mecanismos de reparação do ADN, bem como a libertação de radicais livres de oxigénio a partir de células inflamatórias ativadas.(12) O carcinoma epidermoide ou espinhocelular é a lesão mais comum.(13) Segundo Malek et al. 2007 até à data existiam 68 casos reportados de DP malignizada, dos quais 2 casos ocorreram em doentes imunodeprimidos.(12) Pensa-se que o HIV, a imunossupressão e a infeção com HPV acelerem a malignização da DP. As lesões malignas tendem a ser profundamente invasivas e em até 8% das lesões, aquando do diagnóstico, já existe envolvimento do osso.(12)

Embora a degeneração maligna da DP não seja comum, deve ser considerada, particularmente na presença de inflamação crónica de longa data. A excisão cirúrgica precoce e eficaz do SP é essencial para prevenir esse processo de malignização.(14)

Na literatura não há nenhum caso clínico de SPV em que tenha ocorrido malignização da lesão.

11.1.2. Apresentação clínica e sintomatologia

A DP apresenta-se frequentemente como quistos, abscessos ou trajetos fistulosos isolados ou em conjunto.

A apresentação clínica desta condição inflamatória pode variar desde um pequeno quisto pilonidal assintomático até uma doença crónica complexa com múltiplos trajetos fistulosos, frequentemente acompanhada de inflamação crónica e formação de abscessos.(15)

A DP na forma aguda apresenta-se como um abscesso sob tensão, enquanto a forma crónica desta condição resulta na fistulização intermitente do SP.(4)

No caso de um abscesso agudo tenso, a queixa principal é a dor, mas a febre é incomum. Por vezes, a cavidade do abscesso drena espontaneamente podendo tornar-se "crónica".(4)

Os doentes apresentam-se tipicamente com dor, tumefação, inchaço e secreção sanguinolenta ou purulenta. (1) A maioria dos doentes apresentam sintomas crónicos, mas uma proporção significativa destes apresentam-se apenas com um abscesso agudo. (16)

O SPV como já referido anteriormente é mais comum na região peri-clitoral, sendo a presença de SPV na região dos grandes lábios extremamente rara, havendo somente um caso descrito na literatura (9) Na literatura, apenas se encontram outros dois casos de SPV cuja localização não é peri-clitoral, sendo estes um caso de SP da região suprapúbica na fenda vulvar (17) e outro caso de SP do Monte de Vênus. (3)

Por fim, as complicações inflamatórias da DP incluem celulite, formação de abscessos ou recorrência dos trajetos fistulosos. Em adição, raramente, pode ocorrer a malignização do SP, sendo o carcinoma epidermoide ou espinhocelular a lesão mais comum.(13)

11.1.3. Diagnóstico e métodos complementares de diagnóstico (MCD)

O diagnóstico de SPV é clínico. (15) No entanto é necessária uma recessão cirúrgica completa da lesão para confirmar o diagnóstico de SPV. (1)

Como o SPV é uma entidade rara há escassez de informação acerca do uso de métodos complementares para o diagnóstico desta condição, estando apenas relatados dois casos clínicos em que se recorreu ao uso de MCD, sendo estes a Ecografia e Ultrassonografia(9) e a Ressonância Magnética(1). Tal como é relatado por Latunde-Dada et al 2013 o recurso aos MCD permite uma melhor caracterização da lesão e conseqüentemente um diagnóstico pré-operatório mais assertivo e rápido, tornando possível extrair da totalidade da lesão, incluindo todos os trajetos fistulosos e assim, garantir uma menor probabilidade de recorrência da lesão.(9)

11.1.4. Diagnóstico histológico

Os critérios histológicos para o diagnóstico de SP foram definidos como:

- a presença de um quisto ou trajeto fistuloso sinusoidal,
- a epitelização do quisto ou do trajeto fistuloso (epitélio estratificado pavimentoso),
- a presença de pelo menos uma haste pilosa.

Como referido anteriormente, um SP não contém folículos pilosos; por conseguinte, considera-se que o pelo tem origem numa fonte externa à lesão. (1)

As cavidades dos quistos são revestidas por tecido de granulação crónica e podem conter hastes pilosas, resíduos epiteliais e tecido de granulação jovem. Os seios (sinus) são revestidos por tecido de granulação e infiltrados por neutrófilos, linfócitos, células plasmáticas e por vezes macrófagos carregados de hemossiderina. Do mesmo modo, as células do tipo corpo estranho associadas a pelos mortos são um achado frequente. As hastes pilosas podem ser visualizadas livremente na cavidade, integradas no tecido de granulação ou incorporadas profundamente no tecido cicatrizado em 50%-75% dos SP.

Para além disso, ocasionalmente, o SP não apresenta nenhuma abertura visível ou evidencia apenas uma depressão. Adicionalmente não são encontrados na parede dos SP apêndices cutâneos como: folículos capilares, glândulas sebáceas ou sudoríparas e *musculi arrectores pilorum*.(2)

11.1.5. Diagnóstico diferencial

As patologias que devem ser consideradas para o diagnóstico diferencial de SPV são a hidradenite supurativa, a foliculite e a celulite, pois são condições que se desenvolvem frequentemente na vulva, com sintomas similares aos apresentados pelo SPV, tais como inflamação, dor e tumefação.(9)

A hidradenite supurativa (HS) é uma condição sistémica inflamatória da pele caracterizada por abscessos dolorosos e recorrentes, nódulos profundos e comedões duplos ou triplos que afetam principalmente as glândulas apócrinas da pele. Pensa-se que a etiologia da HS é a oclusão folicular. O diagnóstico de HS, doença de Verneuil ou acne inversa é clinicamente provável quando o SP está associado a supuração noutras regiões do corpo tais como no períneo, na virilha, na axila, na área peri-areolar ou na área retro auricular.(4)A DP e a HS têm várias características comuns a nível histológico e imunohistoquímico. A DP já foi considerada como um tipo de apresentação clínica incomum de HS.(18,19)

A foliculite, por sua vez, é uma reação inflamatória do folículo piloso, que clinicamente se manifesta como vesículas, pústulas ou pápulas, sendo que a presença hiperqueratose, sugere um processo inflamatório crónico concomitante.(20)

Já a celulite é uma infeção dérmica e subcutânea profunda que se apresenta como eritema mal demarcado, edema e rubor. As características histológicas da celulite não são específicas e incluem edema dérmico, dilatação linfática, e infiltração difusa de neutrófilos em torno dos vasos sanguíneos. As fases mais avançadas da doença podem também apresentar linfócitos e histiócitos, juntamente com tecido de granulação.(21)

11.1.6. Tratamento

O plano de tratamento do SP é alvo de debate pois não há consenso sobre a melhor conduta, embora existam múltiplas alternativas disponíveis para o tratamento desta condição. (5) O tratamento pode estar associado a maior morbidade do que a própria doença em si.(22)

O SP responde à terapêutica antibiótica (tratamento conservador da lesão), mas a lesão tem alta taxa de recorrência, sendo necessária excisão cirúrgica para tratamento definitivo do SP.(5)

Da revisão da literatura sobre as opções terapêuticas de SP sacrococcígeos sintomáticos, as opções de tratamento inicial desta condição incluem: aspiração da lesão, antibioterapia, drenagem do abscesso e drenagem e curetagem da cavidade. Todas estas medidas proporcionam o alívio rápido dos sintomas e retorno precoce à atividade laboral.

Por outro lado, o SP assintomático (cavidades sinusais) não necessita de tratamento.(2) Muitas vezes, na DP auto-limitada pode-se optar pelo tratamento não cirúrgico desta condição como injeções de fenol, depilação a lâmina ou terapia laser de forma a controlar os sintomas.(22)

Na DP recorrente ou complicada, a excisão completa/radical da lesão é a abordagem terapêutica mais amplamente praticada e, menos frequentemente, a marsupialização (técnica de tratamento de SP, na qual após drenagem do conteúdo dos quistos/trajetos fistulosos, estes são abertos, de seguida, as paredes do quisto/trajetos fistulosos são suturadas à pele, mantendo-se a incisão aberta até à sua completa cicatrização). (1)

As indicações para a excisão cirúrgica do abscesso ou do trajeto fistuloso sinusal incluem:

- incisão e drenagem falhadas,
- recorrência da lesão,
- lesões complexas com múltiplos SP.

A excisão da lesão seguida do encerramento primário desta diminui o tempo de cicatrização, mas a taxa de infeção da lesão e de recorrência da patologia têm sido reportadas entre 15%-37%. (22)

A técnica de cicatrização por segunda intenção tem uma baixa taxa de recorrência, mas tem as desvantagens de requerer cuidados de enfermagem locais e o processo de cicatrização ser prolongado. Geralmente, a técnica de encerramento secundário da ferida está associada a uma necessidade de cessação temporária da atividade laboral mais prolongada.

Quando as feridas são de pequena dimensão opta-se preferencialmente por uma sutura direta, mas para feridas mais extensas são preferidas técnicas de reconstrução plástica, como as descritas por Karydakís e Bascom.

Sinus pilonidal da vulva: A propósito de um caso clínico

O procedimento de Karydakís consiste numa técnica de excisão assimétrica do SP seguida do encerramento primário da lesão, cujo objetivo principal é nivelar a região afetada pelo SP, e assim, evitar recidivas. (5) Para tratamento da DP crónica, Bascom defendia a técnica de excisão limitada da lesão, através da drenagem e excisão individual de cada uma das cavidades/trajetos sinusais com posterior sutura subcutânea dos mesmos. Segundo esta técnica, através de uma incisão lateral, a cavidade sinusal crónica é drenada e curetada permitindo, assim, a remoção de pelos e de tecido de granulação. O trajeto fistuloso de drenagem é deixado aberto. (2) A aplicação desta técnica permite reduzir o período necessário de recuperação, mas tem uma alta taxa de recorrência da lesão.

Não obstante a disponibilidade de todos estes diferentes métodos terapêuticos, a taxa de recorrência do SP sacrococcígeo até aos 24 meses após a cirurgia é de 60,4%. Também as complicações pós-operatórias como infeção ou deiscência são muito comuns. (16)

O tratamento do SPV mais usual é a excisão cirúrgica completa da lesão com encerramento primário da mesma.

11.1.7. Prognóstico

O diagnóstico precoce e a excisão completa do SP são seguidos por um excelente prognóstico. Embora, o atraso ou demora no diagnóstico e tratamento desta condição, relativamente inofensiva, pode levar a complicações como a formação de abscessos.(5) Para além disso, a taxa de recorrência de SP é alta se for realizado tratamento conservador.(1)

Sinus pilonidal da vulva: A propósito de um caso clínico

11.2. Análise dos casos descritos na literatura

Na literatura consultada, foram encontradas 19 entradas das quais 12 eram artigos de casos clínicos de SPV, resumidos na tabela 1.

Tabela 1- Descrição sumária dos casos clínicos de SPV relatados na literatura.

Autor (ano)	Idade /sexo	Localização	Sintomas	Tratamento	Recorrência da lesão	Fatores de risco conhecidos	Comentários
Palmer E (1957)(23)	29F	Clitóris	Drenagem da zona periclitorial dolorosa e com formação de abcesso	Antibioterapia e excisão completa da lesão após inserção de sonda	Sem RL	Sem FRC	Excisão do clitóris
Thwait TJ (1957) (3)	19F	Monte de Vênus	Nódulo doloroso e inflamado com descarga espontânea de pús	Excisão em bloco da lesão	Sem RL	*	
Patey, D.H. (1962)(17)	21F	Região suprapúbica (fenda vulvar)	Dor na região supra-púbica e formação de abcesso com drenagem espontânea	O sinus pilonidal foi aberto, os pêlos foram removidos e o tecido de granulação que revestia a fistula foi curetado	Sem RL	*	Antecedentes de psoríase
Betson JR Jr (1962) (24)	29F	Clitóris	Clitorite e vulvite agudas	Antibioterapia e ressecção em cunha	Sem RL	*	Gesta 2 Para 2; Excisão do clitóris;
Harris RE (1967) (25)	F	Clitóris	Ø	Ø	Ø	Ø	Impossibilidade de aceder ao artigo

Sinus pilonidal da vulva: A propósito de um caso clínico

Autor (ano)	Idade /sexo	Localização	Sintomas	Tratamento	Recorrência da lesão	Fatores de risco conhecidos	Comentários
Radman HM (1972) (26)	22F	Clitóris	Abcesso clitoriano recorrente	Resseção cirúrgica	*	*	
	47F	Clitóris	Hemorragia vaginal e diagnóstico carcinoma cervical intra-epitelial de grau III sintomas	Histerectomia e salpingo-ooforectomia total bilateral via abdominal	*	*	Diagnóstico acidental de SP cervical
Werker PM (1990) (27)	23F	Clitóris	Infeção purulenta recorrente do monte de venús	Antibióterapia, fistulograma e excisão completa do trajeto fistuloso	Sem RL	Sem FRC	
Teresa Baker (2008) (11)	30F	Clitóris	Abcesso periclitorial recorrente	Excisão/resseção completa da lesão+AB profilática	Sem RL	Sem FRC	Nulípara; Clitóris preservado;
Kafali H. (2008) (5)	30F	Clitóris	Dor vulvar severa, e inchaço e eritema da região supra-púbica	Antibióterapia, excisão da lesão através do método Karydakís	2 episódios de RL; Presumiu-se que não se tinham retirado todos os trajetos fistulosos, embora estes não tivessem sido objetivados;	*	A técnica de excisão assimétrica e de cicatrização por primeira intenção foi descrita por Karydakís
Maor-Sagie E (2010) (15)	8F	Clitóris	Lesão dolorosa peri-clitorial	Excisão da lesão sem remoção do trajeto fistuloso	Com RL; Necessidade de re-operar para remoção completa da lesão;	Sem FRC	Pré-pubertal (Tanner 1)

Sinus pilonidal da vulva: A propósito de um caso clínico

Autor (ano)	Idade /sexo	Localização	Sintomas	Tratamento	Recorrência da lesão	Fatores de risco conhecidos	Comentários
A. O. Latunde-Dada (2013) (9)	22F	Grandes Lábios	Inchaço na virilha direita	Excisão do trajeto fistuloso	Sem RL	Depilação frequente	Nulípara; Diagnóstico com recurso a ecografia;
Margaux J Kanis (2014) (1)	33F	Clitóris	História de inchaço periclitoral, dor e drenagem purulenta intermitente	Excisão da lesão e cicatrização da mesma por segunda intenção	Sem RL	*	No período pré-operatório realizou-se uma RM para caracterização da lesão; Necessidade de re-operar para aproximar o capuz clitoriano;
P Kushwaha (2015) (10)	63F	Clitóris	Hemorragia vulvar com 4 semanas de duração	Excisão cirúrgica completa da lesão	Sem RL	sem FRC	

Abreviações: F- sexo feminino; *- informações não descritas no artigo; RL- Recorrência da lesão; FRC-Fatores de Risco Conhecidos; Ø- não foi possível aceder ao artigo.

Sinus pilonidal da vulva: A propósito de um caso clínico

11.3. Interpretação da tabela

A tabela apresentada anteriormente, com a descrição sumaria dos casos clínicos analisados mostra que o SPV é uma condição rara, com apenas 14 casos descritos na literatura. Destaca-se que deste conjunto de casos descritos 11 têm localização peri-clitorial (78,6%).

Em relação á idade das doentes descritas anteriormente, cerca de dez doentes encontram-se em período de idade fértil, sendo que as restantes doentes incluem uma doente na pré-menarca (com cerca de 8 anos), uma doente no período do climatério (com 47 anos) e a última doente na pós-menopausa (com 63 anos).

A sintomatologia evidenciada inclui sintomas inflamatórios da região genital, formação de abscessos com e sem drenagem purulenta, nódulos inflamatórios dolorosos e hemorragia vaginal.

Verifica-se que em apenas dois casos clínicos está escrito o recurso a MCD para o diagnóstico e tratamento de SPV, pelo que este recurso se revelou uma mais-valia, contribuindo para o diagnóstico mais assertivo e rápido da afeção, bem como para a caracterização da lesão e, conseqüentemente, a excisão completa desta, incluindo a totalidade dos trajetos fistulosos sinusais.

Relativamente ao tratamento do SPV, este foi cirúrgico em todos os casos supracitados, sendo que em 11 casos ocorreu a excisão completa da lesão (em dois casos também se procedeu á remoção completa do clitóris). Excecionalmente, num caso descrito, o tratamento cirúrgico da lesão consistiu na abertura do SP, remoção dos pelos e na curetagem do tecido de granulação. Noutro caso, o diagnóstico de SP cervical foi acidental aquando duma histerectomia e salpingo-ooforectomia total bilateral via abdominal. Num dos casos supracitados optou-se pelo encerramento de segunda intenção da lesão periclitorial e embora não tenha ocorrido recorrência do SPV, foi necessário intervencionar novamente para aproximar o capuz clitorial. Para além disso, quando se optou pela cicatrização de segunda intenção, o tempo de necessário para que ocorra a cicatrização da ferida aumentou consideravelmente.

Em apenas dois casos clínicos ocorreu recorrência do SPV (14,3 % dos casos recorreu), sendo esta justificada pela excisão incompleta da lesão, logo o uso de MCD para a caracterização destas lesões permitiria a excisão completa destes SPV e assim evitar a recorrência desta afeção.

Saliento que o único fator de risco, dos referidos anteriormente, que poderá ter potenciado o desenvolvimento de SPV foi a depilação da região vulvar, descrito num dos casos. Também o único antecedente pessoal de relevo presente num dos casos clínicos supracitados foi o diagnóstico de psoríase.

Sinus pilonidal da vulva: A propósito de um caso clínico

Por fim, o caso clínico da doente com 8 anos, questiona a etiologia do SPV pois a doente (pré-menarca) ainda não possui pelos púbicos na região vulvar. Para além de que a região do monte de Vênus não é facilmente suscetível ao atrito e fricção, de forma a permitir a penetração de pelos no interior da pele dessa região. (15)

12 Descrição do caso clínico

Mulher de 86 anos (2 Gesta, 1 Para), caucasiana, natural de Lisboa, dirigiu-se em Maio de 2022 a uma consulta de ginecologia devido a queixas de abscessos vulvares de repetição desde há 6 meses.

Os antecedentes pessoais da doente incluem enfartes agudos do miocárdio aos 48 anos, síndrome ansioso desde os 30 anos, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, angina instável, coxartrose, líquen plano erosivo da vulva desde os 66 anos, síndrome vertiginosa desde os 70 anos, queda que resultou na rutura do ligamento cruzado anterior direito (LCAD) aos 76 anos e acidente vascular cerebral aos 83 anos.

A terapêutica atual da doente consistia de: Dicloridrato de Beta-histina 24 mg (1+0+1); Candesartan 16 mg (1+0+0); Ácido acetilsalicílico 150 mg (1+0+0); Nitroglicerina (Nitridisc®) 20 mg (1+0+0); Cloridrato de Memantina 10 mg (1+0+0); Acutil® (Extracto de Ginkgo Biloba, Fosfatidilserina, Vitamina E, ácido fólico e Vitamina B12) 60 mg (1+0+1); Sinvastatina 10 mg após o jantar; Lorazepam 2,5 mg antes de dormir; Domperidona 10 mg em caso de crise vertiginosa e Dermovate® (Propionato de clobetasol) 1 aplicação diária na zona vulvar com líquen plano erosivo sintomático.

A doente foi submetida a diversas intervenções cirúrgicas, nomeadamente: apendicectomia aos 18 anos; histerectomia e anexectomia bilateral aos 46 anos por mioma uterino; cirurgia de correção de incontinência urinária de esforço aos 63 anos e cirurgia de reparação do LCAD aos 76 anos.

Relativamente à história ginecológica e obstétrica, a doente teve a menarca aos 12 anos, tinha ciclos menstruais irregulares com dismenorreia primária, teve duas gravidezes, um parto eutócico aos 23 anos (doente amamentou durante 3 meses) e um aborto espontâneo. O método contraceptivo usado pela doente era o coito interrompido e a doente teve a menopausa aos 46 anos devido a histerectomia e anexotomia bilateral.

Os antecedentes familiares da doente incluem uma irmã com cancro da mama, uma tia paterna com cancro da vulva e a mãe e uma tia materna com diabetes mellitus tipo 2, mas sob insulino-terapia.

Ao exame físico ginecológico são observadas lesões dermatológicas compatíveis com líquen plano da vulva e um nódulo da vulva na face interna do grande lábio direito com 1,0 por 1,5 cm. O nódulo era doloroso á palpação e a pele encontrava-se eritematosa, ruborizada e evidenciava sinais exuberantes de inflamação. Devido a estenose do introito vaginal, não foi possível a introdução do espéculo vaginal. Não foram utilizados MCD.

Sinus pilonidal da vulva: A propósito de um caso clínico



Figura 1- Lesão vulvar na face interna do grande lábio direito, sinalizado com a seta azul.

Com vista á identificação da etiologia do nódulo da vulva procedeu-se á excisão do mesmo e envio da peça para análise anátomo-patológica.

Á avaliação macroscópica verifica-se um fragmento vulvar, com 1,3x1,0x1,5cm, ocupado por lesão nodular congestiva, friável ao corte. Procede-se á inclusão total da peça em parafina e coloração por H&E

Histologicamente era evidente uma lesão intradérmica com área central abcedada, em relação com área quística contendo queratina lamelar e onde se observam frequentes hastes pilosas. Em redor observam-se aspetos inflamatório muito exuberantes com denso infiltrado histiocitário em toalha, com histiócitos espumosos e numerosas células gigantes multinucleadas do tipo de corpo estranho. Identifica-se em parte revestimento malpighiano preservado, discretamente hiperplásico, com ligeira paraqueratose, coexistindo discreto infiltrado inflamatório intraepitelial, granulocítico, em áreas discretamente acantósicas.

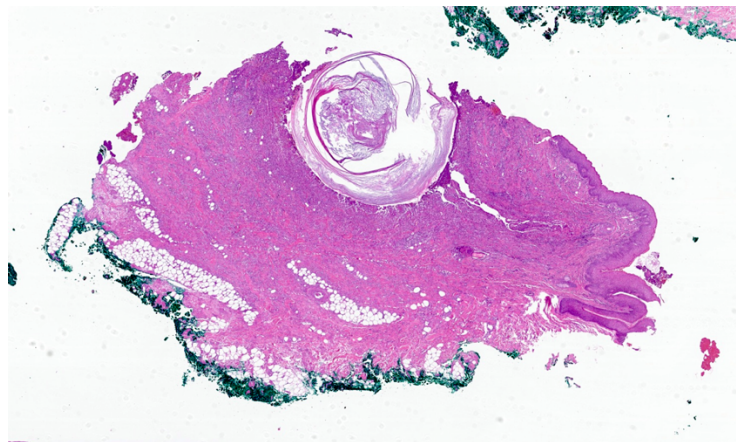


Figura 2- Avaliação patológica. Coloração de H&E (ampliação 20X) representando área cavitada com lamelas de queratina, em localização intradérmica.

Sinus pilonidal da vulva: A propósito de um caso clínico

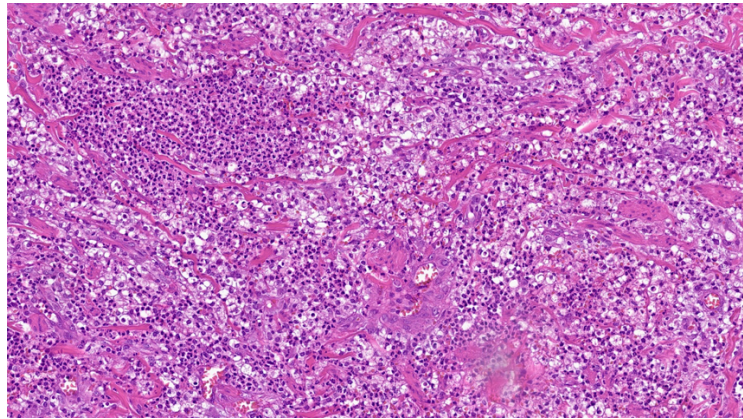


Figura 3- Avaliação patológica. Coloração de H&E (ampliação 100x) representando processo inflamatório com granulócitos e histiócitos.

O diagnóstico histopatológico da lesão é SPV, associado a exuberante reação inflamatória envolvente. Considera-se que para a etiologia da doença terão contribuído o traumatismo provocado pela terapêutica corticoide crónica e a deformação da vulva causada pela dermatose.

Sinus pilonidal da vulva: A propósito de um caso clínico

13 Discussão

Este caso de SPV distingue-se dos restantes reportados na literatura. Nomeadamente, a doente tinha 86 anos, não se encontrava assim na idade mais frequente de desenvolvimento de SPV (idade fértil) e a localização do SPV era no grande lábio, característica que também não era concordante com a localização mais frequente de SPV (região peri-clitorial). Para além disso, a doente não apresentava fatores de risco para o desenvolvimento de SPV, isto é, a doente não fazia a depilação frequentemente e não tinha contacto sexual. No entanto, a doente apresentava antecedentes de múltiplas morbilidades, em particular de líquen plano erosivo da vulva desde os 66 anos em tratamento com corticoide local, característica nunca referida em qualquer outro caso da literatura. A doente é também medicada com múltiplos fármacos que excretados pela urina podem constituir um fator traumático para a vulva.

Neste caso, procedeu-se ao tratamento do SPV através da excisão completa da lesão seguido de cicatrização de primeira intenção. A partir do exame anatomopatológico da peça excisada, excluiu-se a presença de um tumor maligno.

O diagnóstico foi um achado pós-operatório como na maioria dos casos descritos na literatura. Não houve suspeita clínica prévia de SPV, devido aos antecedentes pessoais da doente de líquen plano da vulva e dos antecedentes familiares da doente de cancro da vulva. Após a excisão local, não se verificou qualquer recidiva, muitas vezes referidas na literatura.

14 Conclusão

Numa doente com abscessos vulvares recidivantes, deve-se proceder à excisão cirúrgica da lesão, se possível. Através da análise anatomopatológica da peça excisada obtém-se quer o diagnóstico definitivo quer o tratamento definitivo ou sintomático da afeção. No caso descrito tratou-se de SPV, uma doença de bom prognóstico.

15 Referências Bibliográficas

1. Kanis MJ, Momeni M, Zakashansky K. Pilonidal cyst of the clitoris. Vol. 20, Female Pelvic Medicine and Reconstructive Surgery. Lippincott Williams and Wilkins; 2014. p. 297–8.
2. Kumar S, Haboubi N, Chintapatla S, Safarani N. Sacrococcygeal pilonidal sinus: historical review, pathological insight and surgical options. Tech Coloproctol. 2003 Apr 1;7(1):3–8.
3. Thwaite TJ. Pilonidal Sinus of Mons Veneris. ANZ J Surg. 1957 Aug;27(1):67–9.
4. de Parades V, Bouchard D, Janier M, Berger A. Pilonidal sinus disease. Vol. 150, Journal of Visceral Surgery. Elsevier Masson s.r.l.; 2013. p. 237–47.
5. Kafali H, Duvan CI, Bayrak R, Turhan NÖ. Vulvar pilonidal sinuses: Treatment of a rare cause of vulvar pain. Arch Gynecol Obstet. 2008 Nov;278(5):487–8.
6. Luedi MM, Schober P, Stauffer VK, Diekmann M, Anderegg L, Doll D. Gender-specific prevalence of pilonidal sinus disease over time: A systematic review and meta-analysis. ANZ J Surg. 2021 Jul 1;91(7–8):1582–7.
7. Hull TL, Wu J. Pilonidal disease. Surgical Clinics of North America. 2002 Dec;82(6):1169–85.
8. Sion-Vardy N, Osyntsov L, Cagnano E, Osyntsov A, Vardy D, Benharroch D. Unexpected location of pilonidal sinuses. Clin Exp Dermatol. 2009 Dec;34(8).
9. Latunde-Dada AO, Lee-Elliott CE, Carpenter TT. A rare case of vulval pilonidal sinus diagnosed on ultrasound. J Obstet Gynaecol (Lahore). 2013 Feb 27;33(2):211.
10. Kushwaha P, Merritt A, Aslam MB. A rare case of vulval pilonidal sinus: incidental diagnosis. BMJ Case Rep. 2015 Jul 27;bcr2014204693.
11. Baker T, Barclay D, Ballard C. Pilonidal Cyst Involving the Clitoris. J Low Genit Tract Dis. 2008 Apr;12(2):127–9.
12. Malek MM, Emanuel PO, Divino CM. Malignant Degeneration of Pilonidal Disease in an Immunosuppressed Patient: Report of a Case and Review of the Literature. Dis Colon Rectum. 2007 Sep;50(9):1475–7.
13. S J Pilipshen, G Gray, E Goldsmith, P Dineen. Carcinoma arising in pilonidal sinuses. Ann Surg. 1981 Apr;193(4):506–12.
14. S Pekmezci, M Hiz, K Saribeyoglu, D Akbilen, M Kapan, C Nasirov, et al. Malignant Degeneration: An Unusual Complication of Pilonidal Sinus Disease. The European Journal of Surgery. 2001 Jun 1;167(6):475–7.
15. Maor-Sagie E, Arbell D, Prus D, Israel E, Benshushan A. Pilonidal cyst involving the clitoris in an 8-year-old girl - A case report and literature review. J Pediatr Surg. 2010 Nov;45(11).

16. Beal EM, Lee MJ, Hind D, Wysocki AP, Yang F, Brown SR. A systematic review of classification systems for pilonidal sinus. *Tech Coloproctol.* 2019 May 16;23(5):435–43.
17. Patey DH, Curry RC. Pilonidal sinus presenting in the suprapubic region of a woman. *The Lancet.* 1962 Mar 24;279(7230):620–1.
18. Preda-Naumescu A, Ahmed HN, Mayo TT, Yusuf N. Hidradenitis suppurativa: pathogenesis, clinical presentation, epidemiology, and comorbid associations. *Int J Dermatol.* 2021 Nov 22;60(11):449–58.
19. von Laffert M, Stadie V, Ulrich J, Marsch WC, Wohlrab J. Morphology of Pilonidal Sinus Disease: Some Evidence of Its Being a Unilocalized Type of Hidradenitis Suppurativa. *Dermatology.* 2011;223(4):349–55.
20. Luelmo-Aguilar J, Sàbat Santandreu M. Folliculitis. *Am J Clin Dermatol.* 2004;5(5):301–10.
21. Raff AB, Kroshinsky D. Cellulitis: A Review. *JAMA.* 2016 Jul 19;316(3):325–37.
22. Oncel M, Kurt N, Kement M, Colak E, Eser M, Uzun H. Excision and marsupialization versus sinus excision for the treatment of limited chronic pilonidal disease: a prospective, randomized trial. *Tech Coloproctol.* 2002 Dec 1;6(3):165–9.
23. Palmer E. Pilonidal Cyst of the Clitoris. *Am J Surg.* 1957 Jan;93(1):133–6.
24. Betson JR, Chiffelle TL, George RP. Pilonidal sinus involving the clitoris. *Am J Obstet Gynecol.* 1962 Aug 15;84(4):543–5.
25. Harris RE, Daly JW. Pilonidal cyst arising in the clitoris. *Va Med Mon (1918).* 1967 May;94(5):281–3.
26. Radman HM, Bhagavan BS. Pilonidal disease of the female genitals. *Am J Obstet Gynecol.* 1972 Sep 15;114(2):271–2.
27. Werker PMN, Kon M. A Pilonidal Sinus of the Clitoris? *Ann Plast Surg.* 1990 Jul;25(1):63–4.

16 Apêndices

SINUS PILONIDAL DA VULVA A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

198^a

Reunião da Sociedade Portuguesa de Ginecologia



José Alberto Moutinho(1); Bárbara Vasconcelos Pinto(1); Rui Caetano Oliveira(2)
(1) CICS-UBI Centro de Investigação em Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior (2) Centro de Diagnóstico Histopatológico CEDAP, Coimbra, Portugal

Introdução	Discussão
<p>O Sinus Pilonidal da vulva é uma patologia rara, que resulta da interiorização cutânea de pelos causando uma reação inflamatória do tipo corpo-estranho, que pode infetar e provocar um abscesso agudo com trajetos fistulosos. Os fatores de risco associados são: sexo masculino, sedentarismo, obesidade, hirsutismo, irritação local ou trauma, má higiene e história familiar de Sinus Pilonidal.</p>	<p>Dos casos descritos na literatura a região periclitorial é o local mais frequente de aparecimento Sinus Pilonidal da vulva. Para além disso, este caso de estudo é o que apresenta a doente com a idade mais avançada. É possível que, a terapêutica corticoide crónica e a deformação da vulva pela dermatose tenham contribuído para o desenvolvimento desta patologia.</p>

Descrição do Caso Clínico	Autor (ano)	Idade (anos)	Localização
<p>Mulher com 86 anos com abscessos vulvares de repetição nos últimos 6 meses.</p> <p>Antecedentes Pessoais Diagnóstico anterior de Líquen Plano da Erosivo da Vulva há mais de 10 anos, medicada com corticoide local desde há vários anos. Histerectomia e anexotomia bilateral aos 46 anos e cirurgia de incontinência urinária com colocação de sling sub-uretral aos 62 anos.</p> <p>Medicação Habitual Betaserc; Acutil; Candessartan; Nitridisc; Tromalyt; Sinvastatina; Dermovate;</p> <p>Exame Objetivo Apresentava uma área espessada nodular na face interna do grande lábio direito dolorosa. Exame físico da doente foi dificultado devido à estenose do introito vulvar, que não permite a introdução do espéculo vaginal.</p> <p>Evolução Clínica Foi efetuada a excisão cirúrgica completa da lesão nodular vulvar (peça com 1,3x1x0,5 cm) e encerramento primário da mesma. Realizou-se Antibioterapia (Amoxiciclina 875 mg + Ácido Clavulânico 125 mg). Reavaliação da doente 1 semana após excisão, verificou-se uma boa evolução cicatricial. O pós-operatório decorreu sem complicações. Doente assintomática ao fim de 4 meses.</p>	Thwait TJ (1957)	35	Monte de Vênus
	Betson JR Jr (1962)		Clitóris
	Harris RE (1967)		Clitóris
	Radman HM (1972)	25	Clitóris
	Werker PM (1990)		Clitóris
	Teresa Baker (2008)	30	Clitóris
	Kafali H. (2008)	30	Clitóris
	Maor-Sagie E (2010)	8	Clitóris
	A. O. Latunde-Dada (2013)	22	Grandes Lábios
	Margaux J Kanis (2014)		Clitóris
	P Kushwaha (2015)	63	Clitóris

Tabela 1 - Casos descritos na literatura

Conclusão
<p>O Sinus Pilonidal da Vulva com localização no grande lábio é uma entidade rara. O diagnóstico foi histológico.</p>

Referências
<p>1. Thwaite, T. J. (1957). PILONIDAL SINUS OF THE MONS VENERIS. ANZ Journal of Surgery, 27(1), 67–69. https://doi.org/10.1111/j.1445-2197.1957.tb04238.x</p> <p>2. Betson, J. R., Chiffelle, T. L., & George, R. P. (1962). Pilonidal sinus involving the clitoris. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 84(4), 543–545. https://doi.org/10.1016/S0002-9378(16)35704-0</p> <p>3. Harris, R. E., & Daly, J. W. (1967). Pilonidal cyst arising in the clitoris. Virginia Medical Monthly, 94(5), 281–283.</p> <p>4. Radman, H. M., & Bhagavan, B. S. (1972). Pilonidal disease of the female genitals. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 114(2), 271–272. https://doi.org/10.1016/0002-9378(72)90072-5</p> <p>5. Werker, P. M. N., & Kon, M. (1990). A Pilonidal Sinus of the Clitoris? Annals of Plastic Surgery, 25(1), 63–64. https://doi.org/10.1097/0000637-199007000-00014</p> <p>6. Baker, T., Barclay, D., & Ballard, C. (2008). Pilonidal Cyst Involving the Clitoris. Journal of Lower Genital Tract Disease, 12(2), 127–129. https://doi.org/10.1097/LGT.0b013e3181579306</p> <p>7. Kafali, H., Duvan, C. I., Bayrak, R., & Turhan, N. Ö. (2008). Vulvar pilonidal sinuses: treatment of a rare cause of vulvar pain. Archives of Gynecology and Obstetrics, 278(5), 487–488. https://doi.org/10.1007/s00404-008-0612-9</p> <p>8. Maor-Sagie, E., Arbell, D., Frus, D., Israel, E., & Benschushan, A. (2010). Pilonidal cyst involving the clitoris in an 8-year-old girl—a case report and literature review. Journal of Pediatric Surgery, 45(11), e27–e29. https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2010.07.022</p> <p>9. Latunde-Dada, A. O., Lee-Elliott, C. E., & Carpenter, T. T. (2013). A rare case of vulval pilonidal sinus diagnosed on ultrasound. Journal of Obstetrics and Gynaecology, 33(2), 211. https://doi.org/10.3109/01443615.2012.745492</p> <p>10. Kanis, M. J., Momeni, M., & Zakashansky, K. (2014). Pilonidal Cyst of the Clitoris. Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery, 20(5), 297–298. https://doi.org/10.1097/SPV.0000000000000065</p> <p>11. Kushwaha, P., Merritt, A., & Aslam, M. B. (2015). A rare case of vulval pilonidal sinus: incidental diagnosis: Figure 1. BMJ Case Reports, bcr2014204693. https://doi.org/10.1136/bcr-2014-204693</p>



Figura 1: Observação Ginecológica

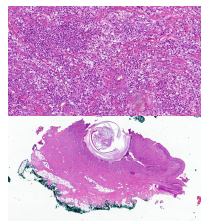


Figura 2 & 3 - Sinus Pilonidal, coloração por HE

17 Anexos



comissaodeetica@ubi.pt
Convento de Santo António
6201-001 Covilhã | Portugal

Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2023-003-ID1582

Na sua reunião de 17 de janeiro de 2023, a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto “**Sinus Pilonidal da Vulva/ Vulval Sinus Pilonidal: A Case Report and review of literature**”, da proponente **Bárbara Vasconcelos Pinto**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2023-003.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais, sendo de parecer que o estudo em causa pode ser **aprovado**.

Covilhã e UBI

A Presidente da Comissão de Ética

Assinado por: **AMÉLIA MARIA MONTEIRO
FERNANDES NUNES**
Num. de identificação: BI102417849
Data: 2023.01.21 11:25:15+00'00'



(Professora Doutora Amélia Maria Monteiro Fernandes Nunes)

(Professora Auxiliar)

198^a

Reunião da Sociedade
Portuguesa de Ginecologia

Presente e Futuro
da Doença HPV

CERTIFICADO

Para os devidos efeitos certifica-se que o trabalho

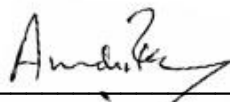
**SINUS PILONOIDAL DA VULVA. A PROPÓSITO DE UM
CASO CLÍNICO**

elaborado por

José Alberto Moutinho; Bárbara Vasconcelos Pinto; Rui
Caetano Oliveira

foi apresentado na **198^a Reunião da Sociedade Portuguesa de
Ginecologia – Presente e Futuro da Doença HPV**, que decorreu
nos dias 11 e 12 de novembro de 2022, no Hotel The Oitavos,
Cascais.

Cascais, 12 de novembro de 2022



Dra. Amélia Pedro
Presidente da Secção Portuguesa de
Colposcopia e Patologia do Trato Genital Inferior

ORGANIZAÇÃO


SPG
COLPOSCOPIA
PATOLOGIA
TRACTO GENITAL
INFERIOR