
HIDRADENITE SUPURATIVA PERINEAL

Avaliação do tratamento cirúrgico em 18 anos de experiência

GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA, TSBCP
SERGIO HENRIQUE COUTO HORTA, FSBCP
SANDRA DE FELICE BORATTO, FSBCP
JOSÉ HYPPOLITO DA SILVA, TSBCP

FORMIGA GJS, HORTA SHC, BORATTO SF & SILVA JH - Hidradenite supurativa perineal-Avaliação do tratamento cirúrgico em 18 anos de experiência. *Rev bras Colo-Proct*, 1997; 17(2): 101-104

RESUMO: A hidradenite supurativa é definida como uma doença crônica, supurativa, bacteriana, que compromete os ductos das glândulas sudoríparas apócrinas e mistas, causando inflamação. Foram avaliados, retrospectivamente, 27 pacientes portadores de hidradenite perineal, operados no Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis-SP, no período de janeiro de 1978 a outubro de 1996. Vinte e seis (96,2%) pacientes eram de sexo masculino, com média etária de 47,6 anos. A localização foi múltipla na maior parte dos casos, com predomínio nas regiões perineal, glútea, sacral e escrotal. O tratamento cirúrgico de escolha foi a ressecção em bloco em 22 (81,8%) casos e fistulotomia com curetagem do leito e desbridamento das bordas da ferida em cinco (18,2%). Colostomia derivativa foi necessária em sete (25,9%) casos. Em 10 (37%) pacientes foram realizados procedimentos plásticos: em seis, enxerto de pele parcial; em dois, enxerto associado a rotação de retalho e nos outros dois, apenas rotação de retalho. A média de internações foi de 1,6 internações por paciente, com uma média de 13,3 dias por internação. Complicação clínica ocorreu em um (3,4%) caso e foi decorrente de insuficiência renal aguda. Complicações cirúrgicas ocorreram em três (10,2%) casos e foram devidas a abscesso pelvi-retal, infecção grave da ferida operatória e invaginação com necrose de mucosa da colostomia. Não houve óbito e nenhum caso de carcinoma epidermóide associado à hidradenite. Recidiva ocorreu em dois (7,4%) pacientes, os quais foram tratados por novas fistulotomias e curetagem. Concluímos que o tratamento cirúrgico para a hidradenite supurativa é confiável, efetivo e com baixos índices de recidiva.

UNITERMOS: hidradenite supurativa perineal; doença de Verneüil; tratamento cirúrgico.

A hidradenite supurativa foi descrita pela primeira vez por Velpeau (1839) que relatou a localização peculiar de abscessos axilares, mamários e pele perineal. Aristides Verneüil, por meio de várias publicações entre 1854 e 1865, baseado apenas nos aspectos clínicos, foi quem na realidade difundiu o conhecimento sobre esta afecção, ficando desde então conhecida como doença de Verneüil. Pollitzer e Dubeuilh (1893) descreveram sua relação com as glândulas sudoríparas. Finalmente, Brunsting (1939) apresentou uma casuística clara em relatório abrangente sobre esta doença.

É definida como uma doença supurativa bacteriana que compromete os ductos das glândulas sudoríparas apócrinas e mistas com dilatação das mesmas, e que causa uma grave manifestação inflamatória. Suas principais localizações são: axilar, inframamária, retro-auricular, inguinal e perineal.

A localização perineal, glútea e sacral é pouco freqüente e, apesar de benigna, quando é recidivante e extensa, necessita de abordagem multidisciplinar, principalmente da atuação do coloproctologista. O tratamento cirúrgico é de fundamental importância, pois a afecção compromete os indivíduos no período de vida de maior produtividade.

O objetivo deste trabalho é avaliar o tratamento cirúrgico da hidradenite supurativa em nosso Serviço, durante os últimos 18 anos.

PACIENTES E MÉTODOS

Foram estudados retrospectivamente 27 pacientes portadores de hidradenite supurativa em região perineal, glútea, sacral, escrotal, inguinal, coxa e flanco, tratados no Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis-São Paulo, no período de janeiro de 1978 a outubro de 1996.

Foram avaliados o sexo, faixa etária, localização da doença, procedimento cirúrgico realizado, número e tempo de internações e recidiva.

RESULTADOS

O estudo abrangeu 26 (96,2%) pacientes do sexo masculino e um (3,7%) do feminino. A idade variou de 21 a 73 anos, com uma média de 47,6 anos.

A localização da hidradenite foi múltipla na maior parte dos casos, estando exposta na Tabela 1.

Tabela 1. Localização da hidradenite.

Região	Pacientes	
	Nº	%
Perineal	22	81,4
Glútea	11	40,7
Sacral	9	33,3
Escrotal	7	25,9
Inguinal	3	11,1
Coxa	2	7,4
Flanco	1	3,7

O tratamento cirúrgico foi realizado em todos os pacientes. A ressecção em bloco envolvendo toda área afetada se impôs como primeiro tratamento em 22(81,4%) dos casos. As fistulotomias com curetagem do leito e desbridamento das bordas da ferida foram feitas em cinco (18,5%) pacientes.

Colostomia derivativa foi necessária em sete (25,9%) pacientes, sendo realizada colostomia em alça no cólon transverso. A indicação foi precisa, em virtude da grande extensão da ressecção das lesões e proporcionar controle da infecção local.

Em 10 (37%) casos, foram necessários procedimentos plásticos: em seis (60%) destes foi realizado enxerto de pele parcial; em dois (20%), enxerto associado à rotação de retalho e em outros dois (20%), apenas rotação de retalho. A maneira de tratamento da ferida operatória está citada na Tabela 2.

Tabela 2. Tratamento da ferida operatória.

Técnica	Pacientes	
	Nº	%
Cicatrização por segunda intenção	17	63
Enxerto parcial de pele (2º tempo)	6	22
Rotação de retalho	2	7,4
Enxerto e retalho	2	7,4

Muitos pacientes necessitaram de mais de uma internação para se proceder as intervenções operatórias. Houve casos de pacientes que foram hospitalizados por nove vezes. A média foi de 1,6 internações por paciente. O período de cada internação variou de dois a 39 dias, com média de 13,3 dias.

Complicação clínica ocorreu em um (3,7%) caso e foi devida à insuficiência renal, que foi relacionada ao uso de antibiótico do tipo aminoglicosídeo. O paciente foi tratado com adequação da dose do antibiótico e estimulação da função renal com hidratação, ocorrendo reversão do quadro.

Complicações cirúrgicas ocorreram em três (11,1%) casos. Uma foi devida a abscesso pelvi-retal, que foi drenado cirurgicamente. Em um caso ocorreu infecção grave da ferida operatória e foi tratada com limpeza local e antibioticoterapia. Um paciente evoluiu com invaginação e necrose de

mucosa de colostomia, sendo tratado com medidas conservadoras. Todos estes pacientes evoluíram com boa resolução das complicações.

Não houve óbito em toda a série, e nenhum caso de carcinoma epidermóide associado à hidradenite foi identificado.

O estudo anatomopatológico dos tecidos ressecados nas operações revelou processo inflamatório crônico inespecífico ao redor de estruturas pilo-sebáceas, compatível com oclusão folicular, caracterizando a hidradenite.

A recidiva ocorreu em dois (7,4%) casos. Estes pacientes haviam sido submetidos inicialmente à ressecção em bloco de hidradenite, havendo surgimento das lesões no mesmo local. O tratamento constou de fistulotomias e curetagem, com bons resultados.

DISCUSSÃO

A hidradenite supurativa constitui uma enfermidade inflamatória crônica que atinge os indivíduos em fase produtiva de vida, levando a importantes repercussões sociais, financeiras, estéticas e sexuais. Apesar do grande sofrimento do paciente, o tratamento correto fornece perspectivas favoráveis de cura.

É decorrente de uma reação celular na luz das glândulas sudoríparas apócrinas e mistas, causando dilatação da luz das mesmas, com presença de leucócitos e infiltração celular no tecido conjuntivo periglandular. Do ponto de vista macroscópico, ocorre espessamento dos tecidos subcutâneos, descoloração purpúrea da pele e presença de vários orifícios fistulosos com escassa quantidade de pus. A cultura da secreção pode isolar *Streptococcus milleri*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus anaeróbios* e *Bacteroides sp*^(1,2).

A região perineal foi acometida em 81,4% de nossos casos. Isto ocorreu porque os pacientes foram encaminhados de outros serviços para o proctologista, principalmente de clínica dermatológica, já que a incidência geral nesta região está em torno de 32%, sendo o local mais freqüente a região axilar^(1,2).

Houve predomínio do sexo masculino, com incidência de 96,2% dos casos, porém na literatura mundial não existe predomínio de sexo. As diferenças encontradas são consideradas achados isolados e particularizados de cada levantamento⁽¹⁻⁵⁾.

Radcliffe, em extensa revisão realizada em 1991, encontrou predomínio da hidradenite na região axilar no sexo feminino e na região anogenital no masculino⁽⁶⁾.

Bocchini, em tese de doutorado em 1990, relata que a predominância racial se relaciona com a população avaliada, não existindo na realidade predomínio étnico⁽¹³⁾.

A média etária foi de 47,6 anos, mostrando que a doença ocorre geralmente entre a 3ª e 4ª décadas de vida. Isto se deve ao fato das glândulas apócrinas se desenvolverem a partir dos folículos pilosos e se tornarem ativas somente após o início da puberdade, quando ocorre a ruptura da membrana celular das células epiteliais de revestimento, sendo seu conteúdo descarregado para os ductos que se abrem no folículo

piloso e na superfície cutânea. Existe portanto uma correlação entre a distribuição destas glândulas e os pêlos da pele que começam a se desenvolver com o início da puberdade.

Devido ao caráter crônico, supurativo e inflamatório, na região perineal, a hidradenite deve fazer diagnóstico diferencial com fístulas e abscessos perianais, lesões perineais da doença de Crohn, tuberculose cutânea, linfadenite, furunculose, linfogranuloma venéreo, sífilis secundária e cisto pilonidal. Todos os nossos pacientes tinham confirmação anatomopatológica de hidradenite supurativa antes de qualquer tipo de intervenção. Isto se deveu ao fato de se tratar de um serviço de referência para o tratamento desta doença sendo que muitos pacientes foram encaminhados com o diagnóstico firmado. A literatura relata que com frequência ocorre dificuldade para confirmação anatomopatológica, mesmo no estudo da peça ressecada, devido ao longo tempo de doença, havendo substituição do processo agudo supurativo por infiltrado crônico do tipo linfoplasmocitário. Fica assim o diagnóstico estabelecido geralmente pelo achado clínico do cirurgião habituado a esta enfermidade^(1,2,3,9).

Defendemos o tratamento cirúrgico para todos os casos. Em lesões pequenas realiza-se ressecção da mesma, deixando-se a ferida aberta para cicatrização por segunda intenção. Alguns autores citam o fechamento primário da ferida quando a supuração é mínima ou ausente. Quando existe um comprometimento extenso realiza-se ressecção ampla, que pode ser feita em um ou mais tempos. O enxerto parcial de pele pode ser efetuado precoce ou tardiamente, de acordo com o controle local da infecção^(2,3,4,7,9,12,15,17).

Colostomia derivativa deverá ser realizada quando o aparelho esfíncteriano estiver muito comprometido, levando a incontinência fecal, ou quando a ressecção for extensa, principalmente em região perianal e glútea, dificultando o controle da infecção local, pela contaminação fecal persistente. Cistostomia poderá ser necessária, principalmente em casos de doença em região ínguino-escrotal com comprometimento uretral^(2,3,17).

Brown (1988), em revisão de literatura, relata um caso de hidradenite extensa em região anogenital tratado durante 20 semanas com ácido 13-ci-retinóico, na dose de 1mg/kg/dia, administrado por via oral. Após este período, permaneceram apenas lesões residuais que continuavam gradativamente regredindo. A literatura refere que a remissão completa das lesões com esse tratamento não é comum, estando em torno de 29%⁽¹⁴⁾.

Ebling (1986) relata o uso do acetato de ciproterona e do etinilestradiol para o tratamento da hidradenite em mulheres, pois considera a doença como sendo androgênio-dependente⁽⁸⁾.

A complicação cirúrgica mais freqüente é a infecção que vai desde um comprometimento local, podendo chegar à síndrome de Fournier, nos casos de hidradenite perineal. A flora bacteriana, nestas situações, é mista em 50% dos casos. Recomendamos na vigência do tratamento cirúrgico a terapêutica precoce com antibióticos de largo espectro^(5,6,7,10).

Complicações clínicas como pneumonia, insufici-

ência renal aguda ou infecção urinária são raras, devido à faixa etária jovem dos pacientes. Em nossa casuística foi de 3,7%. A recidiva na literatura varia de 15% a 66%, ocorrendo mais frequentemente em outro sítio. O tratamento cirúrgico com ressecção das lesões continua sendo o de eleição^(2,3,10,12,15).

A degeneração para carcinoma espinocelular é uma condição rara, com poucos casos relatados até hoje na literatura mundial. É mais freqüente quando a doença acomete a região anogenital, com lesões crônicas ou recidivantes, onde o tratamento foi negligenciado, geralmente por mais de dez anos. Uma vez estabelecido o carcinoma, o potencial de letalidade é alto, atingindo 50% nos casos relatados. O tratamento é feito com radioterapia (5000 cGy) e quimioterapia com 5-FU e Mitomicina C. A prevenção do câncer se faz buscando o diagnóstico precoce e o tratamento cirúrgico correto das lesões, não insistindo em terapias conservadoras não efetivas^(15,16).

CONCLUSÃO

O tratamento cirúrgico com ressecção total das lesões é a conduta preconizada, apresentando resultados efetivos e baixos índices de recidiva na hidradenite supurativa perineal.

FORMIGA GJS, HORTA SHC, BORATTO SF, & SILVA JH
Perineal suppurative hidradenitis - Evaluation of surgical treatment.

SUMMARY: Suppurative hidradenitis is defined as a chronic, suppurative and bacterial disease that compromises the ducts of apocrine and mixed sudoripars glands, causing inflammation. 27 patients with perineal hidradenitis were evaluated and operated at the Coloproctological Service of Hospital Heliópolis - São Paulo, from January 1978 to October 1996. Twenty-six (96.2%) patients were males with mean age of 47.6 years. The localization of the disease was multiple in the majority of cases with main location at the gluteus, sacral and escrotal region. The surgical treatment of choice was the "en bloc" resection in 22 cases and fistulotomy with curettage and debridement in five. Diverting colostomy was used in seven cases. Plastic procedures were used in 10 patients: graft in six cases; in two graft with retail and in the other two just retail. The mean number of admissions was 1.6 per patient with mean days of 13.3. Clinical complication occurred in one case, and was due to renal failure. Surgical complications occurred in three cases and were due to pelvic abscess, cutaneous infection and necrosis and retraction of colostomy. There weren't deaths nor epidermoid carcinoma associated. Recurrence occurred in two cases and the treatment was new fistulotomy with good results. We concluded that the surgical treatment used is reliable, effective and with low recurrence.

KEY WORDS: perineal suppurative hidradenitis; Verneuil's disease; surgical treatment

REFERÊNCIAS

1. Goligher J - Cirurgia do Ânus, Reto e Colo. 5ª ed. 238-40, São Paulo, Malone 1990.
2. Fonoff AM, Rêgo REC, Klug WA & Capelhuchnik P - Hidradenite supurativa - Análise do tratamento de 14 casos. Rev bras Colo- Proct 1995; 15(3):103-106.
3. Barros DE, Resende MS, Macedo EJO, Araújo JJ, Mendes MBP & Carvalho FA - Tratamento cirúrgico de hidradenite supurativa perianal. Rev bras Colo Proct 1988; 8(3):98-101.
4. Watson JD - Hidradenitis suppurative - clinical review. Br Plast Surg 1985; 38:567-569.
5. Broadwater JR, Bryant RL, Petrino RA, Mabry CD, Westbrook KC & Casali RE - Advanced hidradenitis suppurative. Review of surgical treatment in 23 patients. Am J Surg 1982; 668-671.
6. Radcliffe KW - Hidradenitis suppurative. Genitourin Med 1991; 67:58.
7. Romero M, Marcote E, Manzanet A, Torner A & Canales M - Enfermedad de Verneüil perianal: patologia infrecuente? Colo-proctology 1995; 11(3):89-92.
8. Ebling FJG - Hidradenitis suppurative: an androgen-dependent disorder. Br J Dermatol 1986; 115:259-262.
9. Brown SCW, Kazzazi & Lord PH - Surgical treatment of perineal hidradenitis suppurative with special reference to recognition of the perianal form. Br J Surg 1986; 73:978-980.
10. Ching CC & Stahlgren LRH - Clinical review of hidradenitis suppurative: management of cases with severe perianal involvement. Dis Colon Rectum 1965; 8:349-351.
11. Ammaturo C, Bruzzese E, Pascotto R, Morra C, Formato M & Romano C - L'idrosadenite suppurativa di Verneüil. Contributo clinico. Minerva Chir 1991; 47:1125-1129.
12. Harrison BJ, Mudge M & Hughes L - Recurrence after surgical treatment of hidradenitis suppurative. Br Med J 1987; 294: 487-489.
13. Bochini SF - Contribuição para o tratamento da hidradenite supurativa localizada nas regiões perineal, inguinal e glútea. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Paulo 1990.
14. Brown CF, Gallup DG & Brown VM - Hidradenitis suppurative of the anogenital region: response to isotretinoin. Am J Obstet Gynecol 1988; 158:12-15.
15. Willians ST, Busby RC, DeMuth RJ & Nelson H - Perineal hidradenitis suppurative: presentation of two unusual complications and review. Ann Plast Surg 1991; 26(5):456-461.
16. Black SB & Woods JE - Squamous cell carcinoma complicating hidradenitis suppurative. J Surg Oncol 1982; 19:25-26.
17. BELL BA & ELLIS H - Hydradenitis suppurativa. J R Soc Med 1978; 71:511-514.

Endereço para correspondência:

Hospital Heliópolis
Rua Cônego Xavier, 276
Vila Heliópolis
04231-030 - São Paulo - SP