

JANEIRO/MARÇO 2000

ARTIGOS ORIGINAIS

## PROCEDIMENTOS PLÁSTICOS NO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA HIDRADENITE SUPURATIVA

CARLOS ALBERTO DA SILVA GOMES  
IDBLAN CARVALHO DE ALBUQUERQUE  
EDUARDO FONSECA ALVES FILHO  
GERALDO ANTÔNIO E. SCOZZAFAVE  
BENÍCIO LUIZ B. B. PAULA NUNES - ASBCP  
JOSÉ HYPPÓLITO DA SILVA -RSBCP  
GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA - TSBCP

GOMES CAS, ALBUQUERQUE IC, ALVES FILHO EF, SCOZZAFAVE GAE, PAULA NUNES BLBB, SILVA JH, FORMIGA GJS  
Procedimentos plásticos no tratamento cirúrgico da hidradenite supurativa.. *Rev bras Coloproct*, 2000; 20(1): 5-8

**RESUMO:** A hidradenite supurativa é uma doença crônica que acomete as glândulas sudoríparas apócrinas e mistas. Foram estudados 12 doentes submetidos a ressecção em bloco associada a procedimentos plásticos, no período de janeiro de 1978 a maio de 1999. Do total, oito (66,66%) foram tratados com enxertia de pele; dois (16,66%) com rotação de retalho e dois (16,66%) com associação das técnicas. Não houve recidivas nos locais de enxertia ou rotação de rotalhos, mas observou-se doença em outros sítios que necessitaram de tratamento cirúrgico. Conclui-se que o tratamento com ampla ressecção cirúrgica, associada a procedimentos plásticos, é efetivo e seguro, sendo uma alternativa à cicatrização de áreas extensas.

**UNITERMOS:** Hidradenite supurativa; Tratamento cirúrgico; Procedimentos plásticos.

### INTRODUÇÃO

A hidradenite é uma doença crônica supurativa que afeta os ductos das glândulas sudoríparas apócrinas<sup>1-5,9-15,18-20</sup> e mistas<sup>10</sup>. Em virtude de essas glândulas serem encontradas em várias regiões do corpo é também tratada por diversas especialidades, principalmente cirurgia plástica, dermatologia e colo-proctologia<sup>5</sup>. Após a região axilar, a região ano-perineal é a mais comprometida<sup>11</sup>. Mantém uma prevalência de 1:300, sendo os homens mais afetados que as mulheres, em relação à localização ano-perineal<sup>8</sup>. Apesar de ter características benignas, quando extensa e recidivante, necessita de abordagem cirúrgica na maioria dos casos<sup>10</sup>. Os procedimentos plásticos estão sendo utilizados com frequência no tratamento complementar da hidradenite supurativa<sup>6,9,10</sup>.

O objetivo deste trabalho é apresentar os resultados do tratamento cirúrgico de hidradenite supurativa com

ressecção em bloco das lesões, seguida de procedimentos plásticos.

### PACIENTES E MÉTODOS

Trinta e oito doentes com hidradenite supurativa em região perineal, glútea, sacral, escrotal, inguinal, coxa e flanco foram tratados no Serviço de Colo-Proctologia do Hospital Heliópolis - São Paulo - SP, no período de janeiro de 1978 a maio de 1999.

Destes, doze doentes foram submetidos à ressecção em bloco das lesões com tratamento da ferida operatória por enxertia de pele, rotação de retalhos ou associação das duas técnicas, realizadas em segundo tempo num período de aproximadamente 12 dias após a ressecção. A área a ser ressecada foi delimitada por meio de exame clínico minucioso (Fig. 1), com inspeção e palpação das áreas endurecidas, verificação de orifícios fistulosos e manutenção da margem cirúrgica livre em cerca de meio centímetro.

Os doentes foram avaliados quanto ao sexo, faixa etária, localização das lesões, número e tempo de internações, procedimentos cirúrgicos e recidiva.



Figura 1 - Região sacrococígea e glútea acometida por lesões de hidradenite com fibrose e orifícios fistulosos.

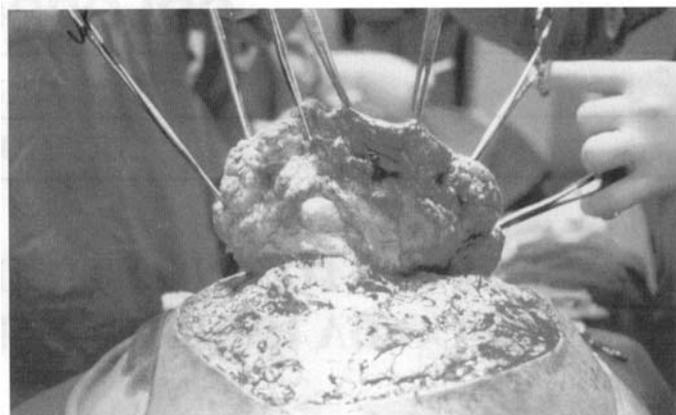


Figura 2 - Ressecção em bloco das lesões

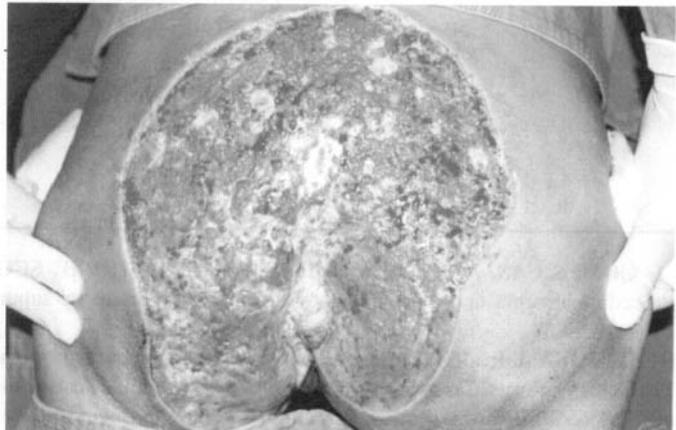


Figura 3 - Aspecto pós-operatório após 10 dias



Figura 4 - Resultado imediato após enxertia de pele parcial



Figura 5 - Ferida pós-operatória após ressecção em bloco de hidradenite, demarcada para rotação de retalho.

## RESULTADOS

Todos os 12 doentes estudados eram do sexo masculino, com média de idade de 47,6 anos (21 a 73 anos). A localização da doença era múltipla em todos os casos, sendo mais comum na região perineal (71,5%), região glútea(42,1%), sacral(34,2%), escrotal(23,6%), inguinal (7,8%). A ressecção cirúrgica em bloco(Fig.2) foi realizada em todos os doentes. Devido a extensa área ressecada (Fig. 3 e 4), a ferida operatória foi tratada com procedimentos plásticos, sendo oito doentes (66,6%) submetidos a enxertia de pele parcial (Fig.5), dois a rotação de retalho (16,66%) e os outros dois (16,66%) a associação de técnicas (Tabela 1) (Fig.6). O tempo de internação foi de 10 a 39 dias, com média de 16 dias.

Tabela 1 - Tratamento da ferida operatória

Técnica	Nº	%
Enxerto de pele parcial	8	66,66
Rotação de retalho	2	16,66
Rotação de retalho + enxerto	2	16,66
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100,00</b>

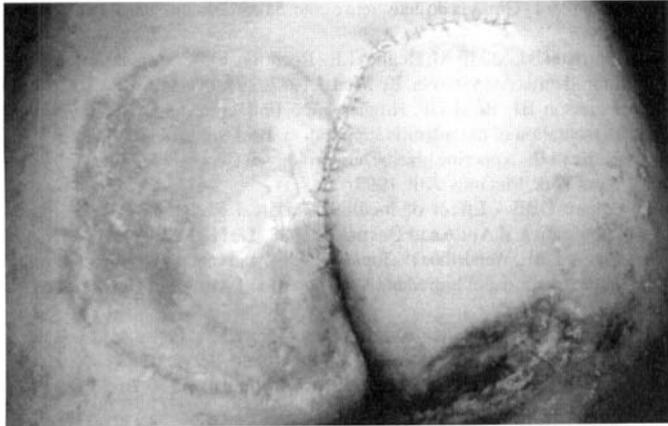


Figura 6 - Aspecto imediato após rotação de retalho

O estudo anátomo-patológico foi realizado nos tecidos ressecados e demonstrou processo inflamatório crônico inespecífico ao redor das estruturas pilo-sebáceas com oclusão folicular, que é uma característica da hidradenite supurativa.

Não houve óbitos nesta série, bem como não ocorreu associação com carcinoma epidermóide.

Nenhum doente evoluiu com recidiva nos locais tratados com ressecção e complementação plástica. No entanto, foi observado desenvolvimento de lesões em outros sítios cutâneos que necessitaram de novas internações para tratamento complementar, não necessariamente com procedimentos plásticos.

## DIAGNÓSTICO

A hidradenite supurativa é uma desordem das glândulas sudoríparas apócrinas e mistas<sup>10</sup>, que resultam de obstrução queratínica, dilatação e contaminação bacteriana dos ductos destas glândulas<sup>5,7,16,18</sup>. A maior incidência é no sexo masculino, conforme extensa revisão de Hurley e col.<sup>14</sup>, o que corrobora os achados deste estudo.

É uma doença que traz morbidade importante, pois afeta indivíduos em sua fase produtiva, comprometendo seu desenvolvimento profissional e gerando ônus à sociedade e ao estado<sup>5,8,10,12,13</sup>.

O diagnóstico é clínico, baseado na presença de múltiplos abscessos e fístulas que geralmente respondem mal ao uso de antibióticos ou outras substâncias químicas<sup>14</sup>.

Brown e col.<sup>5</sup> afirmam que o tratamento cirúrgico da hidradenite é condição *sine qua non* para se obter resultados satisfatórios em relação à evolução da doença. Biópsia raramente é necessária para se firmar o diagnóstico, principalmente nas lesões avançadas<sup>5</sup>.

Dentre os enxertos, os mais indicados para estes doentes são os de pele parcial, pois, apesar de retração e redução da sensibilidade, eles sobrevivem ao transplante com maior facilidade<sup>6</sup>. As áreas doadoras cicatrizam mais rapidamente, em torno de sete a dez dias, propiciando o uso da região para outros procedimentos complementares. No entanto, nas regiões com maior concentração bacteriana, como a perineal, os retalhos músculo-cutâneos e os fásio-cutâneos são mais indicados, pois seus ricos suprimentos vasculares oferecem melhores resultados<sup>6,19</sup>. Observamos que na região perineal os enxertos não funcionam muito bem, pois, em alguns casos, houve perda parcial, entretanto, não chegando a 30% da área. Este problema foi solucionado com rotação de retalho para a região ou cicatrização por segunda intenção.

Em nossa série não houve recidivas no local operado, porém alguns doentes apresentaram doença em outros sítios. Na literatura o índice de recidiva descrito após uma meticulosa ressecção da área afetada e tratada com granulação com Silastic é de 3% para a região axilar, 0% para a região perianal, 37% para a ínguino-escrotal e 50% para a mamária<sup>13</sup>. Entretanto, alguns autores referem que, no caso da região mamária, há na verdade excisão incompleta da área afetada por hidradenite<sup>5</sup>.

A degeneração para carcinoma espinocelular é condição rara<sup>5,11</sup> e em nosso estudo não houve caso. Esta associação tem como principal localização a região perianal<sup>14</sup> e acredita-se que é devido a evolução prolongada, por mais de dez anos, e por tratar-se de área negligenciada por alguns profissionais, durante o exame físico.

## CONCLUSÃO

O tratamento cirúrgico da hidradenite supurativa, com procedimentos plásticos associados, é seguro e traz resultados eficientes, principalmente nas formas crônicas com comprometimento de grandes áreas e ampla ressecabilidade.

GOMES CAS, ALBUQUERQUE IC, ALVES FILHO EF, SCOZZAFAVE GAE, PAULA NUNES BLBB, SILVA JH, FORMIGA GJS  
Plastic procedures to surgical treatment of the suppurativa hidradenitis.

**SUMMARY:** Hidradenitis suppurativa is defined as a chronic disease that compromises apocrine and mixed sudoripars glans. Twelve patients were submitted to an "en bloc" resection followed by plastic procedures from January 1978 to May 1999. 66,66% of these patients had been treated only with skin grafts, 16,66% with rotation of skin flaps and 16,66% with association of both procedures. There was no large recurrence but it was observed the presence of ill tissues in other parts of the body that needed surgical treatment. We concluded that surgical treatment followed by plastic procedures is effective and safe, being an alternative treatment to the healing of large areas.

**KEY WORDS:** Hidradenitis suppurativa; Surgical treatment; Plastic procedures.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barros DE, Resende MS, Macedo EJO, Araújo JJ, Mendes MPB, Carvalho FA - Tratamento cirúrgico de hidradenite supurativa perianal. **Rev bras Colo-Proct** 1988; 8(3):98-101.
2. Bell BA, Ellis H - Hidradenitis suppurativa. **J R Soc Med** 1978; 71:511-514.
3. Broadwater JR, Bryant RL, Petrino RA - Advanced hidradenitis suppurativa: review of surgical treatment in 23 patients. **Am J Surg** 1982; 144:668-670.
4. Brown SCW, Kazzazi, Lord PH - Surgical treatment of perineal hidradenitis suppurativa with special reference to recognition of the perianal form. **Br J Surg** 1986; 73:978-980.
5. Brown TJ, Rosen T, Orengo IF - Hidradenitis suppurativa. **South Med J** 1998; 91(12):1107-1112.
6. Elliot D, Kangesu L, Bainbridge C - Reconstruction of the axilla with posterior arm fasciocutaneous flap. **Br J Plast Surg** 1992;45:101-104.
7. Endo Y, Tamura A, Ishikwa O, Miyachi Y - Perianal hidradenitis suppurativa: early surgical treatment gives good results in chronic or recurrent cases. **Br J Dermatol** 1998; 139:906-910.
8. Finley EM, Ratz JL - Treatment of hidradenitis suppurativa with carbon dioxide laser excision on second-intention healing. **J Am Acad Dermatol** 1996; 34:465-469.
9. 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.
10. 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.
11. Goligher J - Cirurgia do ânus, reto e colo. 5a ed. 238-240, São Paulo, Malone 1990.
12. Harrison BJ, Mudje M, Hughes LE - Recurrence after surgical treatment of hidradenitis suppurativa. **Br Med J** 1987; 294:487-489.
13. Harrison BJ, Read GF, Hughes LE - Endocrine basis for the clinical presentation of hidradenitis suppurativa. **Br J Surg** 1988; 75:972-975.
14. Hurley HJ - Apocrine glands. *Dermatology in General Medicine*. 753-756, New York, McGraw-Hill, 1993.
15. Jemec GBE - Effect of localized surgical excisions in hidradenitis suppurativa. **J Am Acad Dermatol** 1988; 18:1103-1107.
16. Jemec GBE, Wendelboe P - Topical clindamycin versus systemic tetracycline in the treatment of hidradenitis suppurativa. **J Am Acad Dermatol** 1998; 39:971-974.
17. Romero M, Marcot E, Manzanet A, Tomer A, Canales M - Enfermedad de Verneuil perianal: Patología infrecuente? **Colo-Proctology** 1995; 11(3):89-92.
18. Watson JD - Hidradenitis suppurativa - A clinical review. **Br J Plast Surg** 1985; 38:567-569.
19. Way LW - Cirurgia: Diagnóstico e Tratamento. 9a ed. 806-812, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1997.
20. Willians ST, Busby RC, DeMuth RJ, Nelson H - Perineal hidradenitis suppurativa: presentation of two unusual complications and review. **Ann Plast Surg** 1991; 26(5):456-461.

Endereço para correspondência:

Galdino José Sitonio Formiga  
Serviço de Colo-Proctologia - Hospital Heliópolis  
Rua Cônego Xavier, 276 - Vila Heliópolis  
04231-030 São Paulo-SP  
Tel.: (011) 274.7600 Ramal 244.