

RELATO DE CASO

Tratamento da hidradenite supurativa por excisão em monobloco *Treatment of hidradenitis suppurativa en bloc excision*

Jorge BINS-ELY¹, Robson Schmidt Machado², Felipe Oliveira Duarte³,
Arthur Koerich d'Avila⁴, Rodrigo d'Eça Neves⁵

Resumo

A hidradenite supurativa é definida como doença crônica, supurativa, bacteriana, que compromete as glândulas sudoríparas. Em sua grande maioria esta presente no perineo, região glútea e escrotal. Este trabalho vem relatar um caso de hidradenite supurativa com tratamento cirúrgico proposto de excisão em monobloco, e tem por objetivo nortear uma possível conduta atualizada para pacientes com esta afecção.

Descritores:

1. Hidradenite supurativa;
2. Glândulas sudoríparas;
3. Tratamento cirúrgico.

Abstract

The hidradenitis suppurativa is defined as chronic, suppurative bacterial infection, which affects the sweat glands. The vast majority is present in the perineum, buttocks and scrotum. This work has been reporting a case of hidradenitis suppurativa with surgical treatment of en bloc excision, and aims to guide conduct a possible date for patients with this disease

Keywords:

1. Hidradenitis suppurativa;
2. Sweat glands;
3. Surgical treatment.

Introdução

A hidradenite supurativa (HS) descrita por Velpeau em 1839 surgiu como uma lesão em localização peculiar que se manifestava através de abscessos em axila, mamas, periperineal e regiões inguinais. Aristides Verneuil, por meio de suas publicações entre 1854 e 1865 difundiu conhecimento sobre esta afecção. Em 1893 Pollitzer e Dubeuilh descreveram a relação desta doença com as glândulas sudoríparas. Hoje esta doença é definida como uma doença supurativa, bacteriana que compromete os ductos das glândulas sudoríparas apócrinas e mistas com dilatação das mesmas, causando assim uma grave manifestação inflamatória. As principais manifestações são a axila, inframamária, inguinal, perineal, retroauricular. O tratamento cirúrgico é importantíssimo pois a afecção compromete a qualidade de vida de um indivíduo que na maioria das vezes esta no seu período de maior produtividade.

Descrição do Caso

A.M., 35 anos, sexo feminino, branca, natural e procedente de Florianópolis SC, casada, sem internações anteriores. Iniciou com queixas de infecções recorrentes em região inguinal bilateral nos últimos 8 anos, na vigência destas infecções apresentava, mal cheiro, saída de secreção purulenta constante que traziam prejuízos sociais e funcionais à paciente, tendo que trocar de roupa até 3 vezes ao dia. Relata ter feito inúmeros tratamentos com vários antibióticos e sendo submetida a várias drenagens de abscessos sem obter uma resolução definitiva do quadro. Ao exame físico a paciente se apresenta hidratada, corada, em bom estado geral. Ao exame da região inguinal foram observadas cicatrizes e fistulas decorrentes das lesões crônicas causadas pela hidradenite supurativa. Com este quadro foi indicado tratamento através de ressecção em monobloco da região afetada e sutura primária. A anestesia de escolha foi a raquidiana. O ato cirúrgico iniciou com a injeção de azul de metileno

1. M.D. – M.Sc. – Ph.D., Professor Associado III da Universidade Federal de Santa Catarina, Professor da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, Vice-Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica - SCP/HU/UFSC.
2. Estudante do 5º Ano do Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.
3. M.D., Cirurgião Plástico - Especialista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica – SBCP.
4. M.D., Cirurgião Plástico - Especialista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica - SBCP, Staff do Serviço de Cirurgia Plástica HU/UFSC.
5. M.D., Cirurgião Plástico – Chefe do Serviço em Cirurgia Plástica – SCP/HU/UFSC.

nas fístulas para delimitação da profundidade da lesão e de suas margens laterais, o segundo passo da cirurgia constituiu-se de ressecção em monobloco da lesão conforme marcação obtida síntese da ferida deu por planos sendo o primeiro suturado à face superficial do ligamento inguinal com *vicryl* 2.0 os bordos foram aproximados através de suturas subdérmicas com *nyllon* 4.0 e a pele foi realizada com sutura intradérmica com *monocryl* 4.0.

Discussão

A ausência de exames para confirmação ou de características específicas no início da doença, pode dificultar o diagnóstico precoce. Embora seja provável que a forma branda de HS entre em remissão, o tratamento realizado desde o início da doença deve desencorajar sua progressão. Assim que forem estabelecidos os tractos sinusais, a hidradenite supurativa entra num estágio mais pernicioso. Nos estágios iniciais, pode ser difícil a diferenciação entre HS e furunculose séptica ou cistos epidérmicos infectados. Um estudo microbiológico é útil, pois frequentemente HS não possui patógenos, embora tenha havido relatos de bactérias específicas, por exemplo, estreptococos anaeróbios, *streptococcus mileri*⁽²⁾. A hidradenite supurativa normalmente cursa com aparecimento em mais de 32% dos casos em região perineal, sendo a região mais predominante a axila em média 40%^(5,6). Entre as opções terapêuticas o antibiótico que mostrou eficácia foi a clindamicina tópica ou oral ou a tetraciclina oral. Na doença mais grave pode justificar o uso de clindamicina 300 mg 2x/dia, mas o tratamento deve ser mantido durante meses, caso contrário, é provável que a doença fuja ao controle⁽³⁾. Corticóides intralesionais podem ser particularmente úteis quando a doença é localizada. As intervenções cirúrgicas variam desde a simples incisão e drenagem de um abscesso agudo até a excisão radical de todos os tecidos em risco. A percentagem de recorrência é inversamente proporcional à extensão da cirurgia: uma cirurgia ampla e extensa pode possibilitar melhor remissão. A cuidadosa abertura de todos os tractos sinusais é tida como a abordagem cirúrgica mais apropriada⁽⁴⁾.

Referências

1. Yu CC, Cook MG. Hidradenitis supurativa: disease of follicular epithelium rather than disease of apocrine glands. *Br J Dermatol*.1990;122:763-9.
2. Leach RD, Eykyn SJ, Philips I, Corrin B, Taylor E. Anaerobic axillary abscess. *BMJ*. 1979;ii:5-7.
3. Clemmensen OJ. Topical treatment of hidradenitis supurativa with clindamycin. *Int J Dermatol*.1983;22:325-8.

4. Ritz P, Runkel N, Haier J, Burhr HJ. Extent of surgery and recurrence rate of hidradenitis supurativa. *Int J Colorectal Dis* 1998;13:164-8.
5. Formiga, G.J.S; Horta, S.H.C; Boratto, S.F; Silva, J.H. Hidradenite supurativa perineal – Avaliação do tratamento cirúrgico em 18 anos de experiência. *Rev Bras Colo Proc*.1997(abril/junho);17:101-4.
6. Barros, D.E; Resende, M.S; Macedo, E.J.O; Araújo, J.J, Mendes, M.B.P, Carvalho F.A. Tratamento cirúrgico de hidradenite supurativa perineal. *Rev Bras Colo Proc*. 1988;8(3):98-101.

Apêndice



Figura 1



Endereço para Correspondência

Jorge Bins-Ely.
Rua Deputado Antonio Edu Vieira, 1414
Pantanal – Florianópolis SC – 88040-001
Email: jorge.binsely@gmail.com