

## HIDRADENITE SUPURATIVA: RELATO DE CASO

Gisela Pereira C. Lima<sup>1</sup>; Gabriela S. N. da Silva<sup>1</sup>; Alice S. A. de Queiroz<sup>1</sup>;  
Livia C. M. Pino<sup>1</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Relatar um caso de paciente, portador de hidradenite supurativa, as características clínicas apresentadas, terapêutica instituída e apontar os desafios do tratamento desta enfermidade. **Relato de Caso:** Estudo de caso de um paciente com hidradenite supurativa recorrente em regiões axilares e região perianal sem melhora com uso de cefalexina e sulfametoxazol + trimetoprima (Bactrim) e solução tópica. O tratamento escolhido foi a antibioticoterapia com Tetraciclina, por duas semanas, associada à Betametasona com Gentamicina creme nas lesões para alívio da inflamação. Não foi obtido sucesso na terapêutica adotada até o momento em que o caso foi acompanhado pela equipe do estudo, sendo assim, as próximas opções terapêuticas seriam imunomoduladores orais ou ressecção cirúrgica. **Conclusão:** O caso em questão mostra que nem sempre o tratamento de primeira escolha é eficaz, sendo necessário utilizar outros tipos de terapia. A alta complexidade do tratamento desta doença representa um desafio para os médicos, pois possui inúmeras opções terapêuticas que nem sempre resolvem o quadro. Apesar disso, seu reconhecimento é fácil já que o diagnóstico é clínico, ou seja, apenas a anamnese e o exame dermatológico criterioso permitem a conclusão diagnóstica, que quanto mais precoce, trará menor chance de complicação.

**Palavras-chave:** dermatologia, pacientes, inflamação, glândula.

### Hidradenitis suppurativa: Case report

### ABSTRACT

**Objective:** To report a case of a patient with suppurative hidradenitis, presented clinical characteristics, established therapy and to point out the challenges of the treatment of this disease. **Relato de Caso:** Case study of a patient with recurrent

---

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina de Valença

suppurative hidradenitis in axillary regions and perianal region without improvement with cephalexin and sulfamethoxazole + trimethoprim (Bactrim) and topical solution. For the current clinical picture, the treatment selected for an antibiotic therapy with Tetracycline for two weeks, associated with Betametasona with Gentamicin cream in lesions to relieve inflammation. No success was achieved in the therapy adopted until the present moment, being thus like the other therapeutic options or the surgical resection. **Conclusion:** The case in point shows that first-line treatment is not always effective and other types of therapy are needed. The high complexity of the treatment of this disease presents a challenge for the physicians, since it has innumerable therapeutic options that will not always solve the picture. Despite this, its recognition is easy since the diagnosis is clinical, only the anamnesis and the dermatological examination criterion allow the diagnostic conclusion that the earlier, the lower the chance of complication.

**Keywords:** dermatology, patients, inflammation, gland.

## INTRODUÇÃO

A hidradenite supurativa (HS) é uma doença inflamatória crônica resultante da obstrução folicular da glândula sudorípara apócrina (MUZY et al., 2014; PAULA et al., 2010; KOURIS et al., 2017). Acomete mais mulheres, e após a puberdade, acometendo preferencialmente algumas áreas da pele como as axilas, região das mamas, virilha, região genital e região glútea (OLIVEIRA; GAZZELLE; NARVAES, 2015; SORIA, et al., 2009; URMAL; ORTINS-PINA; CORREIA, 2016).

Na Europa há relatos estimados de uma incidência média de 6 casos em 100.000 pessoas-ano. Sua prevalência é estimada entre 1% e 4%. O início geralmente ocorre após a puberdade, mas pode se desenvolver a qualquer momento durante a adolescência. Embora não seja contagiosa ou com risco de vida, o quadro recidivante da HS pode levar a várias repercussões que interferem na qualidade de vida dos pacientes com implicações psicossociais (PAULA et al., 2010; KOURIS et al., 2017; OLIVEIRA; GAZZELLE; NARVAES, 2015; URMAL; ORTINS-PINA; CORREIA, 2016). A patologia se caracteriza pelo surgimento de lesões inflamadas, dolorosas, como nódulos, ou caroços, que podem evoluir com abertura e drenagem de pus. Estes nódulos tendem a persistir e recidivar, de modo que uma mesma lesão pode inflamar e desinflamar várias vezes no mesmo local. Com o tempo, vão surgindo novas lesões, ao lado das antigas e, sobre estas mais velhas, cicatrizes (PAULA et al., 2010; URMAL; ORTINS-PINA; CORREIA, 2016).

Como fatores de risco já identificados, tem-se: história familiar (40% dos pacientes possuem algum familiar com esse diagnóstico), obesidade, tabagismo (acredita-se que a nicotina exerça efeitos imunológicos como quimiotaxia para neutrófilos e oclusão de folículos pilosos) e uso de fármacos, principalmente em indivíduos do sexo feminino em uso de anticoncepcionais orais e injetáveis contendo acetato de medroxiprogesterona ou levonorgestrel. Fatores desencadeantes exógenos físicos, como vestes muito justas e depilações; e químicos, como desodorantes, antitranspirantes e líquidos depilatórios (MUZY et al., 2014; PAULA et al., 2010).

A literatura mostra múltiplas modalidades terapêuticas, como antibióticos tópicos e orais, isotretinoína, dapsona, inibidores de TNF- $\alpha$ , finasterida e terapias cirúrgicas convencionais e lasers (CO<sub>2</sub>, ND: Yag). Com o leque de opções e as diferentes respostas de cada indivíduo, a abordagem terapêutica tende a ser individualizada e, para que isso ocorra, o paciente é classificado de acordo com o score de Hurley, juntamente com fatores de risco e outras patologias associadas, para que possam ser desenvolvidas medidas de tratamento preventivas, clínica, cirúrgica e psicológica, já que a doença tem um grande impacto na vida do paciente.

O score de Hurley é dividido em três classes: **CLASSE I** (ligeiro): Presença de nódulos inflamatórios e abscessos, mas sem fibrose ou cicatrizes; **CLASSE II** (moderado): Presença de nódulos inflamatórios e abscessos com fibrose associada e cicatrizes, embora separadas por regiões íntegras, sem lesões; **CLASSE III** (grave): Envolvimento difuso, com processos fibróticos extensos e múltiplos sinus. (PAULA, et al., 2010; KOURIS et al., 2017; OLIVEIRA; GAZZELLE; NARVAES, 2015; URMAL; ORTINS-PINA; CORREIA, 2016). A figura 1 esquematiza uma possível opção na ordem de tratamento da HS.

**Figura 1-** Abordagem terapêutica da hidradenite supurativa



Adaptado de Zouboulis et al. (2015)

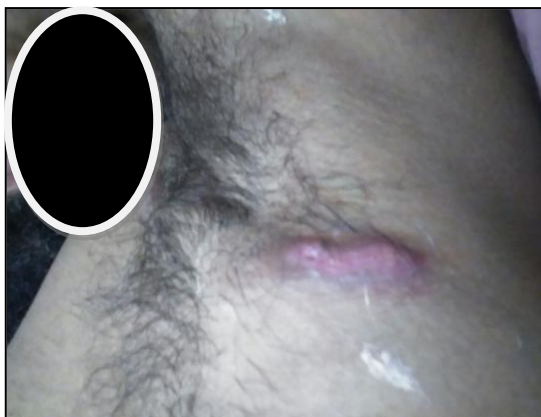
Considerando todos os itens supracitados observamos a relevância de relatar tal caso referente à condição clínica citada, devido à vasta história, sinais e sintomas apresentados pelo paciente. O objetivo do trabalho é relatar as características clínicas específicas demonstradas pelo paciente, terapêutica instituída e apontar os desafios do tratamento desta enfermidade.

## RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 28 anos, natural e residente de Valença/RJ, atleta profissional de jiu-jítsu, procurou atendimento no ambulatório de dermatologia no HELGJ com queixa de “pelo encravado” há dois anos em região axilar esquerda, seguido de surgimento de lesão semelhante em axila direita e região perianal. Segundo o paciente, tais lesões eram dolorosas e causavam dano à sua rotina devido a localização em áreas de flexura e de muito atrito, dificultando a prática de atividade física. Possui antecedentes pessoais de acne grave e relata tratamento prévio com cefalexina oral, sem sucesso; seguido de Sulfametoxazol + Trimetoprima (Bactrim F) e Mupirocina para descolonização bacteriana, todos sem resolução do caso e progressão da lesão para aspecto de “linha de leite” (Classe II de Hurley). A lesão perianal progrediu para lesão fistulizante, supurativa e com saída de secreção amarelada e fétida.

Ao exame físico paciente apresentava região axilar e perianal com nódulos inflamatórios, presença de sinais flogísticos e algumas lesões apresentando fistulizações e saída de secreção purulenta.

**Figura 2-** Lesão axilar esquerda antes do tratamento



Arquivo pessoal (2017)

**Figura 3-** Lesão axilar direita, com saída de secreção serosanguinolenta, mesmo após antibioticoterapia



Arquivo pessoal (2017)

**Figura 4-** Lesões em axilas apresentando complicação como fistulizações



Arquivo pessoal (2017)

Para o quadro clínico, o tratamento de escolha foi a antibioticoterapia com Tetraciclina oral por duas semanas, associada à Diprogenta creme nas lesões para alívio da inflamação. O esquema terapêutico adotado não proporcionou êxito e o paciente permaneceu com as lesões ao fim do esquema antibiótico. Como alternativa optou-se por solicitação de exames de rotina para tratamento com isotretinoína oral, na tentativa de regressão da resposta exacerbada do organismo. A opção seguinte seria a ressecção cirúrgica das glândulas afetadas ou tratamento com imunobiológico caso a isotretinoína não desse resultados.

## DISCUSSÃO

A HS é uma piodermite de difícil controle por ser crônica, recorrente, profunda e com descarga purulenta. É uma inflamação folicular que afeta, principalmente, as regiões genitais, inguinais, infra-mamárias e axilares, onde inicialmente é caracterizada clinicamente por nódulos dolorosos recorrentes e posteriormente progredindo para formação de abscessos, fibrose e trajetos fistulosos, como foi apresentado pelo paciente modelo do caso. O fator que desencadeia a obstrução folicular ainda não foi esclarecido pela literatura, mas se acredita ser multifatorial.

Entre os fatores descritos pela literatura há tabagismo, sedentarismo, história familiar e obesidade, os quais o paciente não possui. O mesmo pratica esportes, exercícios físicos diários e nega tabagismo, então provavelmente o fator desencadeante é a veste apertada diária associada ao suor.

O diagnóstico é clínico, norteado por tais critérios típicos: presença de lesões insidiosas em áreas de flexuras (com glândulas apócrinas), pouca resposta ao uso de antibióticos e alta tendência a recorrência. No caso apresentado, já na primeira consulta foi relatada a baixa eficácia dos antibióticos utilizados previamente e suas lesões desapareciam por algumas semanas após a antibioticoterapia, e logo em seguida retornavam em outras áreas e com maior intensidade, exatamente como retratado na literatura.

Apresentações atípicas podem ocorrer e incluem fístula uretral cutânea ou mamilar e abscesso lombossacral e epidural extenso. A apresentação clínica da doença cursa com, inicialmente, dor, prurido, eritema e hiper-hidrose havendo a formação de nódulos eritematosos endurecidos ou cistos com conteúdo purulento

em seu interior. Essas manifestações são percebidas por metade dos pacientes 12 a 48 horas antes do surgimento dos nódulos. Posteriormente, ao redor das áreas de cicatriz fibrosadas podem surgir novas lesões, como as fistulizações apresentadas pelo nosso paciente mesmo após o tratamento inicial (URMAL; ORTINS-PINA; CORREIA, 2016; LEE et al., 2017).

Com o passar do tempo vão havendo recorrências que podem evoluir para áreas maiores com formação de sinus com secreção, comedões duplos (típicos da doença) e massas inflamatórias infectadas. As lesões geralmente drenam espontaneamente formando sinus múltiplos e cicatriz hipertrófica. Há casos graves que invadem uma profundidade maior alcançando músculos, fáscia e intestino. As exacerbações podem ocorrer por estresse, calor, suor e roupas apertadas fatores presentes no cotidiano do paciente, o que dificulta ainda mais a terapêutica da HS (OLIVEIRA; GAZZELLE; NARVAES, 2015). O tratamento de primeira linha da HS, em relação a agentes tópicos, consiste na utilização de Clindamicina tópica (duas vezes ao dia por três meses) que tem atividade profilática ao prevenir as exacerbações causadas por infecções secundárias, já que trata as lesões superficiais. Associada a mesma, pode-se usar a Isotretinoína, agente queratolítico, antifúngico e anti-inflamatório.

A antibioticoterapia sistêmica está reservada para os casos refratários, como o relatado acima, e classe II, onde é preconizada uma monoterapia com alguma tetraciclina ou uma associação entre Clindamicina com Rifampicina. As tetraciclina são escolhidas por apresentarem propriedades anti-inflamatórias e imunomoduladoras. Quando mesmo assim há falha terapêutica sistêmica (ou classe III) estão indicadas, com cautela, terapias cirúrgicas e lasers. Está sendo discutida a possibilidade da ressecção cirúrgica de algumas glândulas sudoríparas no paciente supracitado já que houve falha nos métodos farmacológicos tentados previamente e não há como retirar o fator causal das exacerbações.

É válido ressaltar que, mesmo com as taxas de recorrência, a ressecção cirúrgica apresenta resultados satisfatórios e deve ser avaliada como uma boa opção nos casos crônicos, extensos, refratários ao tratamento sistêmico. Além do uso dos antibióticos, retinoides orais e agentes tópicos, ainda existem os agentes biológicos, como o Adalimumabe (Humira), que também tratam psoríase, com atividade específica anti-TNF- $\alpha$  e os anti-inflamatórios que possuem papel

coadjuvante com as outras classes medicamentosas citadas anteriormente. Nesse último caso é feita a administração de corticoide intra-lesional e, quando eficaz, obtém-se uma resposta favorável entre 48-72 horas após a administração. (MUZY; CROCCO; ALVES, 2014).

O próximo passo na terapêutica deste paciente tem dois caminhos: ressecção cirúrgica ou agentes imunossupressores. Uma vez que o mesmo entra em contato diariamente com os fatores desencadeantes da exacerbação da doença, o ideal seria a ressecção cirúrgica porque parece ser a única opção terapêutica efetivamente curativa. Hoje em dia, há diversas técnicas diferentes e a taxa de recorrência varia de acordo com a técnica que é usada.

## CONCLUSÃO

Devido à sua alta complexidade de tratamento, esta doença representa um desafio para os médicos, uma vez que sua fisiopatologia claramente definida. Em contrapartida, apenas a anamnese e o exame dermatológico criterioso permitem sua conclusão diagnóstica. Vale ressaltar que um diagnóstico precoce diminui chance de complicação. É de suma importância que o dermatologista domine as opções cirúrgicas e clínicas das diferentes modalidades terapêuticas, para que seja possível mudar o curso da HS nos indivíduos portadores da mesma.

Espera-se que num futuro próximo algumas questões fundamentais sejam esclarecidas no que diz respeito à fisiopatologia da doença fatores de risco associados, para que seja possível instituir uma terapêutica mais eficaz.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

KOURIS, A. et al. Quality of Life and Psychosocial Implications in Patients with Hidradenitis Suppurativa. **Dermatology Online Journal**. v. 232, n. 6, p. 687-91, Jan. 2017.

LEE, E .Y. et al. What is hidradenitis suppurativa?. **Canadian Family Physician**. Toronto, v. 63, n. 2, p. 114-120. Feb. 2017.



MUZY, G., CROCCO, E. I., ALVES, R. O.; Hidradenite supurativa: atualização e revisão de suas modalidades terapêuticas. **Surgical and Cosmetic Dermatology Online**. São Paulo, v. 6, n.3, 2014.

OLIVEIRA, M. P., GAZZELLE, A., NARVAES, G.; Hidradenite supurativa (acne inversa): revisão da literatura e relato de caso sobre o tratamento cirúrgico de lesão pré-esternal. **Rev. Bras. Cir. Plást.** v. 30, n. 3, p. 487-95. Apr. 2015.

PAULA, P. R. et al; Hidradenite supurativa crônica perianal e glútea: tratamento cirúrgico com ressecção ampla e rotação de retalho dermogorduroso. **Rev Bras. Colo-Proctol.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 326-32, Sept. 2010

SORIA, A. et al. Absence of efficacy of oral isotretinoin in hidradenitis suppurativa: a retrospective study based on patients' outcome assessment. **Dermatology Online Journal**. v. 218, n. 2, p. 134-5. 2009

URMAL, I. ORTINS-PINA, A. CORREIA, M.; Hidradenite Supurativa: Compreender para Tratar. **Gazeta Médica**. n. 4, v. 3, p. 116-19. Out/Dez. 2016.