
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA HIDRADENITE SUPURATIVA PERIANAL

DIRCEU EMERICK DE BARROS, ASBCP
MANUEL DA SILVA RESENDE, TSBCP
EMERSON JOSÉ OLIVEIRA MACEDO, ASBCP
JOSÉ JUVENAL DE ARAÚJO, ASBCP
MURILO BOAVISTA PESSOA MENDES
FABIA APARECIDA CARVALHO

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.

RESUMO: Os autores analisaram, retrospectivamente, 11 pacientes submetidos a tratamento cirúrgico para hidradenite supurativa perianal crônica, atendidos no Hospital Docente-Assistencial de Brasília (INAMPS-UnB), no período compreendido entre janeiro de 1982 e junho de 1988. A idade média foi de 33 anos, sendo 10 pacientes do sexo masculino e apenas um do sexo feminino. Todos os 11 pacientes apresentaram doença perianal em extensão variável, sendo que oito pacientes apresentaram doença em outras regiões. O tratamento cirúrgico foi a ressecção total da área acometida. O fechamento primário da ferida cirúrgica foi realizado em seis pacientes, cicatrização por segunda intenção em três pacientes, rotação de retalho cutâneo em dois pacientes. O período médio de internação foi de 10,3 dias. Quatro pacientes apresentaram infecção da ferida cirúrgica. Em um paciente com fechamento primário houve deiscência da ferida cirúrgica. Dois apresentaram doença residual.

UNITERMOS: hidradenite supurativa perianal; tratamento cirúrgico

A hidradenite supurativa é uma inflamação geralmente crônica do grupo apócrino das glândulas sudoríparas, que atinge a pele e o tecido subcutâneo. Doença descrita inicialmente por Verneuil (1854) e posteriormente por Politzer (1893), que estabeleceram sua relação com as glândulas sudoríparas.

As regiões axilar, mamária, genital e perianal são os locais onde normalmente é encontrado este tipo de glândulas. As glândulas sudoríparas apócrinas tornam-se ativas a partir da puberdade.

A falta de trabalhos na literatura nacional e a pequena incidência desta doença no nosso meio, pelo menos não diagnosticada corretamente, nos levaram a escrever este trabalho, onde relatamos nossa experiência quanto ao diagnóstico e tratamento desta patologia.

PACIENTES E MÉTODOS

No período compreendido entre janeiro de 1982 e junho de 1988 foram submetidos a tratamento cirúrgico, para Hidradenite Supurativa Crônica Perianal, 11 pacientes atendidos no Hospital Docente-Assistencial de Brasília (INAMPS-UnB). Dez pertenciam ao sexo masculino e um ao feminino, o mais jovem com 22 anos e o mais velho com 46 anos, sendo a idade média de 33 anos (*Tabela 1*).

O quadro clínico predominante foi a perda de secreção purulenta, intermitente, em pouca quantidade, através de vários orifícios perianais, sendo que dois pacientes apresentaram abscessos na região acometida, necessitando, pois, de drenagem cirúrgica. Um aspecto constante observado no exame físico, além dos orifícios secretores, era o endurecimento das áreas acometidas (*Fig. 1*).

Onze pacientes apresentaram doença na região perianal em extensões variáveis, sendo que em oito havia acometimento da doença concomitantemente em outros locais: quatro na região glútea; um nas regiões inguinal, escrotal e pubiana; um nas regiões glútea, axilar e face interna das coxas; um nas regiões glútea, inguinal e pubiana e um nas regiões mamária e inguinal (*Tabela 2*).

O tempo de evolução da doença variou de cinco meses a 15 anos, com média de 4,7 anos (*Tabela 3*).

A maioria dos pacientes referia o uso prévio de antibióticos sem cura da doença, ocorrendo apenas atenuação do quadro agudo ou subagudo. Um paciente fez uso de vacina autógena, sem melhora. Quatro pacientes foram submetidas a cirurgias prévias em outros serviços, sendo um para doença pilonidal sacrococcígea e três para fístula perianal.

O diagnóstico pré-operatório baseado na história clínica e exame físico foi correto em nove pacientes, sendo que

Tabela 1 - Incidência quanto ao sexo e idade

Sexo	N.º	Idade	N.º
Masculino	10	20-29	04
Feminino	01	30-39	06
		40-49	01



Fig. 1 - Múltiplos orifícios fistulados na região perianal, com espessamento da pele.

Tabela 2 - Locais de acometimento

N.º de pacientes	Regiões acometidas além da perianal
4	glútea
1	glútea, axilar e face interna das coxas
1	glútea, mamária e inguinal
1	glútea, inguinal e pubiana
1	glútea, pubiana e escrotal

em um foi de fístula perianal, e no outro, de doença pilonidal sacrococcígea.

A alteração histológica foi representada por reação inflamatória na luz das glândulas e tecido conjuntivo adjacente. Ocasionalmente algumas glândulas se encontravam bastante distendidas, com sua luz repleta de leucócitos.

RESULTADOS

A cirurgia proposta para todos os pacientes foi a

Tabela 3 - Período de evolução

N.º de pacientes	Tempo de evolução
1	5 meses
1	1 ano
2	4 anos
1	6 anos
2	8 anos
2	10 anos
2	15 anos

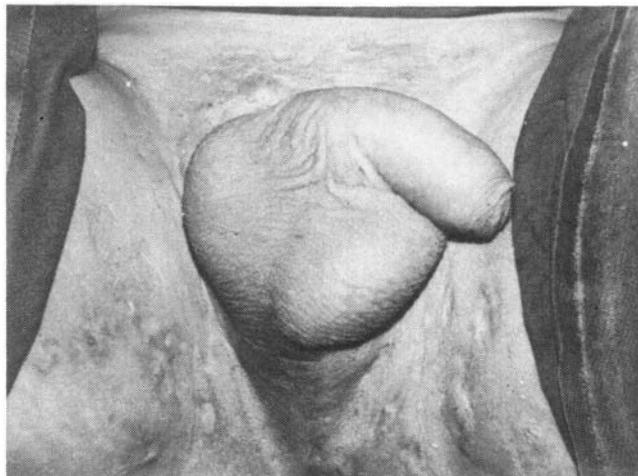


Fig. 2 - Hidradenite com acometimento das regiões perianal e pubiana e raiz da coxa.

ressecção completa das áreas acometidas, sendo que as das regiões mamária e axilar não foram ressecadas conjuntamente.

O fechamento primário da ferida perianal foi realizado em seis pacientes (Fig. 3); cicatrização por segunda intenção em três (Fig. 4) e rotação de retalho cutâneo em dois pacientes. Em um dos pacientes com cicatrização por segunda intenção realizou-se enxerto após granulação da ferida (Tabela 4).

O tempo médio de internação foi de 10,3 dias, variando de um a 43 dias. Os dois primeiros pacientes operados ficaram internados 38 e 43 dias, respectivamente. Os nove pacientes restantes tiveram um período de permanência hospitalar bem inferior, oscilando entre um e 15 dias.

Apenas dois pacientes fizeram uso de antibióticos (os dois primeiros). As feridas abertas eram lavadas com solução de permanganato de potássio, não sendo possível estabelecer o período de cicatrização das feridas, por falta de dados nos prontuários.

Seis pacientes evoluíram sem complicações. Quatro pacientes apresentaram infecção de ferida: dois com fechamento primário, um com cicatrização por segunda intenção e um em que se realizou rotação de retalho. Em um outro paciente no qual se optou por fechamento primário, houve deiscência da ferida (Tabela 5).

Em dois pacientes houve doença residual perianal, sendo que em um deles realizaram-se duas cirurgias posteriores

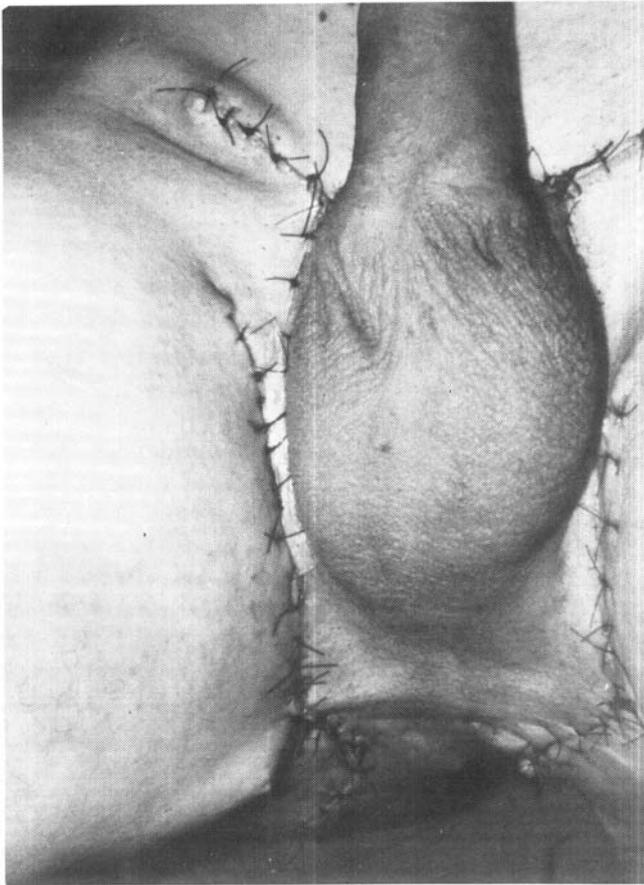


Fig. 3 - Ressecção cirúrgica com fechamento primário.

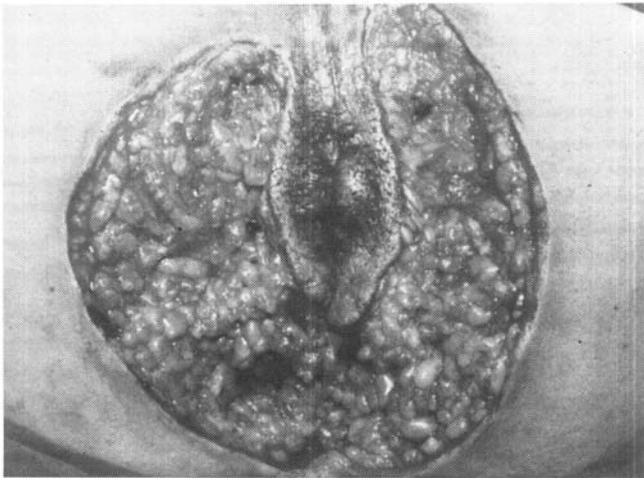


Fig. 4 - Ressecção cirúrgica com ferimento aberto.

Tabela 4 - Técnica de tratamento da ferida perianal

N.º de pacientes	Técnica de tratamento da ferida perianal
6	Fechamento primário
3	Cicatrização por segunda intenção
2	Rotação de retalho
1 (2.º tempo)	Enxerto

Tabela 5 - Complicações

	N.º de pacientes com complicações	
	Infecção de ferida	Deiscência
Fechamento primário	2	1
Cicatrização por segunda intenção	1	-
Rotação de retalho	1	-

com anestesia local. No outro ainda não fora feita a cirurgia complementar.

DISCUSSÃO

Nesta série houve predominância quase total do sexo masculino sobre o feminino (10:1), muito superior à referida por *Thornton*¹⁴ e contrária à de *Masson*¹¹, na qual predomina o feminino. *Jackman*⁹ cita igual incidência em ambos os sexos. Todos são unânimes em afirmar que a doença ocorre após a puberdade, geralmente entre as 2.ª e 4.ª décadas^{1, 8, 9, 12, 14}, coincidindo com os nossos achados.

O quadro clínico predominante é a forma crônica com episódios de agudização^{1, 4, 8, 11, 14}. Nesta série, aproximadamente um terço apresentou lesões perianais exclusivas, concordando com *Jackman*⁹. São referidas, contudo, taxas de 40%⁶ a 74%¹⁴ para doença perianal isolada. O tempo médio de evolução varia de dias⁴, semanas, ou anos⁶. Neste estudo foi de 4,7 anos.

Vários autores salientam a confusão diagnóstica, principalmente com fístula perianal e cisto pilonidal sacrococcígeo^{5, 9}, o que ocorreu em dois dos nossos pacientes, sendo que quatro já haviam sido submetidos a cirurgias prévias em outros serviços: três para fístula perianal e um para cisto pilonidal sacrococcígeo. *Thornton*¹⁴ relatou um caso de carcinoma epidermóide no material excisado, cuja evolução era de 20 anos da doença-base e que necessitou de ressecção abdominoperineal do reto. Casos similares foram referidos por *Donsky*⁷ e *Jackman*⁹, ambos com mais de 20 anos de evolução da doença, o que vem salientar a necessidade de excisão cirúrgica mais precoce¹³. O período máximo de evolução, na presente série, foi de 15 anos. Não tivemos neoplasia nas peças examinadas.

*Comway*⁵ e *Montgomery*, citado por *Culp*⁶, referem a possibilidade de fístulas com o canal anal ou o reto, o que não foi encontrado na presente série.

Assim como em outros estudos^{11, 14, 15}, o uso de antibióticos e drenos não curou a doença, apenas aliviou a fase de agudização. O tratamento preconizado é a ressecção radical da área acometida^{8, 9, 11, 14}, tratando-se a ferida cirúrgica por fechamento primário, cicatrização por segunda intenção, rotação de retalho ou enxerto, em função da extensão da área ressecada. O resultado está diretamente relacionado com a ressecção total da lesão¹⁴. Dois de nossos pacientes apresentaram doença residual.

O fechamento primário é recomendado em feridas pequenas e limpas^{11, 14}, todavia alguns autores^{2, 3, 13}

referem sucesso para a região perianal. Na presente série ele foi usado em seis pacientes, apresentando complicações em três (50%): dois (33%) apresentaram infecção de ferida e um (17%) apresentou deiscência da sutura. Todos tiveram boa resolução final.

Cicatrização por segunda intenção é preconizada, pela maioria dos autores, para feridas perianais^{10, 11, 15}, que geralmente evoluem para um bom resultado estético. Um dos pacientes tratados dessa forma, na presente série, necessitou de enxerto em segundo tempo, devido à extensão da área cruenta. A rotação de retalho foi utilizada como alternativa, no sentido de diminuir a área cruenta.

Ching³ recomenda, como rotina, colostomia e antibióticos, métodos terapêuticos não usados nesta série.

Concluimos que a doença citada se caracteriza pela evolução crônica, necessidade de diagnóstico diferencial, principalmente com fístula perianal e cisto pilonidal sacrococcígeo, e que o único tratamento atual de sucesso é a cirurgia com ressecção total da área acometida.

BARROS DE, RESENDE MS, MACEDO EJO, ARAÚJO JJ, MENDES MBP, CARVALHO FA - Surgical treatment of perianal hidradenitis suppurativa.

SUMMARY: This study evaluate eleven patients with chronic perianal hidradenitis suppurativa operated in the Hospital Docente Assistencial - INAMPS/UnB, during a period from January 1982 to June 1988. The average was 33 years-old and there were 10 males and only one female. The perianal disease varied in extension and eight patients (72%) presented the disease in others sites. The surgical procedure consisted in a complete excision of the affected area. The primary wound closure was performed in six patients, healing by second intention was accomplished in three and rotation skin flap was employed in two cases. The average period of hospitalization was 10.3 days. Wound infection occurred in four patients. A patients submitted to primary wound closure presented dehiscence. Two patients had residual disease.

KEY WORDS: perianal hidradenitis suppurativa; surgical treatment

REFERÊNCIAS

1. Barron J. The surgical treatment of perianal hidradenitis suppurativa. *Dis Colon Rectum* 1970; 13: 441.
2. Chaalfant WP, Nance FC. Hidradenitis suppurativa of the perineum: treatment by radical excision. *Am Surg* 1970; 36: 331.
3. Ching CC, Stahlgren LH. Clinical review of hidradenitis suppurativa: management of cases with severe perianal involvement. *Dis Colon Rectum* 1965; 8: 349.
4. Cocke WM. Hidradenitis suppurativa of the perineum: report of a case. *Dis Colon Rectum* 1967; 10: 384.
5. Conway H, Stark RB, Climo S, Weeter JC, Gascia FA. The surgical treatment of chronic hidradenitis suppurativa. *Surg Gynecol Obstet* 1983; 95: 669.
6. Culp CE. Chronic hidradenitis suppurativa of the anal canal: a surgical skin disease. *Dis Colon Rectum* 1983; 26: 669.
7. Donsky HJ, Mendelson CL. Squamous cell carcinoma as a complication of hidradenitis suppurativa. *Arch Dermatol* 1983; 28: 609.
8. Goligher J. *Surgery of the anus. Rectum and Colon*: 5ª ed. Londres. Bailliere Thindall, 1987.
9. Jackman RJ, MC Quarrie HB. Hidradenitis suppurativa: it's confusion with pilonidal disease and fistula. *Am J Surg* 1949; 77: 349.
10. Letterman L, Shurter M. Surgical treatment of hiperhidrosis, and chronic hidradenitis suppurativa. *J Invest Dermatol* 1974; 63: 174.
11. Masson JK. Surgical treatment for hidradenitis suppurativa. *Surg Clin North Am* 1969; 49: 1043.
12. Morgan WP, Hugnes LE. The distribution, sizes and density of the apocrine glands in hidradenitis suppurativa. *Br J Surg* 1988; 66: 853.
13. Shaughnessy DM, Greminger RR, Masgolis IB et al. Hidradenitis suppurativas: a plea for early operative treatment. *JAMA* 1972; 222: 320.
14. Thorton JP, Abacariam H. Surgical treatment of perianal and perineal hidradenitis suppurativa. *Dis Colon Rectum* 1978; 21: 573.
15. Vickers MA Jr. Operative management of chronic hidradenitis suppurativa of the scrotum and perineum. *J Urol* 1975; 114: 414.

Endereço para correspondência
Dirceu Emerick de Barros
SQN 307 - Bloco "G" - ap. 505
70000 - Brasília - DF