
HIDRADENITE SUPURATIVA PERIANAL - ANÁLISE DO TRATAMENTO DE 14 CASOS

ALEXANDRE MARGUTTI FONOFF, FSBCEP-SP
RONALDO ELIAS CARNUT RÊGO
WILMAR ARTUR KLUG, TSBCP-SP
PERETZ CAPELHUCHNIK, TSBCP-SP

FONOFF AM, RÊGO REC, KLUG WA & CAPELHUCHNIK P - Hidradenite supurativa perianal - Análise do tratamento de 14 casos. *Rev bras Colo-Proct*, 1995; 15(3): 103-106

RESUMO: Entre 1985 e 1994 foram estudados 14 doentes portadores de hidradenite supurativa perianal (HSP) tratados na Área de Colo-Proctologia do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. O sexo masculino foi o mais acometido (12 casos - 85,7%) assim como a raça branca (10 casos - 71,4%). A idade variou de 16 a 63 anos, com média de 39,7 anos. A cirurgia foi o método terapêutico definitivo. As opções variaram desde fistulotomia associada a curetagem do trajeto fistuloso à ressecções extensas com enxerto de pele. A recidiva do processo ocorreu em dois casos (14,3%). A ressecção extensa associada ou não à enxertia de pele foi o método que proporcionou os melhores resultados.

UNITERMOS: hidradenite supurativa perianal; tratamento cirúrgico

A hidradenite supurativa consiste em afecção dermatológica que compromete glândulas sudoríparas apócrinas. Tem caráter recidivante, cicatricial e de evolução freqüente para cronicidade. Exceção feita às formas muito iniciais, causa grande desconforto ao seu portador e com freqüência interfere na sua atividade profissional, social e familiar.

Velpeau (1839) foi o primeiro a descrever um caso e chamou a atenção para uma doença supurativa que afetava basicamente as regiões axilar, perineal e mamária⁽¹⁾. Com as publicações de Verneuil a partir de 1854, a doença se tornou mais conhecida no meio científico^(1,12). Teve o mérito de ter sido o primeiro a reconhecê-la como afecção de glândulas sudoríparas baseando-se apenas em observações clínicas. Brusting⁽⁵⁾ em 1939 propôs o nome "Hidradenitis Suppurativa" e acreditamos que tenha sido a melhor denominação, entre várias, para esta entidade nosológica.

As opções de tratamento variam desde simples cuidados locais associado à antibioticoterapia até ressecções com enxerto de pele^(2, 3, 6, 7).

Baseado nos conhecimentos obtidos na revisão da literatura e nos resultados de nossa casuística, este estudo tem por objetivo propor normatização do tratamento desta afecção.

PACIENTES E MÉTODOS

No período compreendido entre abril de 1985 e novembro de 1994, 14 doentes portadores de hidradenite supurativa perianal (HSP) foram tratados pela Área de Colo-Proctologia do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

O estudo foi retrospectivo nos seis casos e a partir destes, em 1992, iniciamos estudo programado. Foram analisados o tempo de doença, condições de higiene, doenças associadas como o acne, diabetes e obesidade e tratamentos anteriores. Todos os pacientes foram submetidos a exame clínico rotineiro e proctológico antes do tratamento definitivo.

A HSP apresentou maior incidência no sexo masculino (12 casos - 85,7%) e nos indivíduos da raça branca (10 casos - 71,4%). A idade variou entre 16 a 63 anos com média de 39,7. Apenas um (7,1%) de nossos doentes tinha comprometimento axilar. O tempo médio de duração da doença até procura do Serviço foi de cinco anos, variando de um a 20 anos.

Todos os doentes receberam alguma forma de antibioticoterapia via oral, orientação de princípios quanto à higiene e uso local de anti-sépticos no pré-operatório. A tetraciclina foi o antibiótico mais freqüentemente utilizado como adjuvante cirúrgico no período pré e pós-operatório. O tratamento cirúrgico realizado está especificado na Tabela 1.

A área cruenta era tratada com limpeza local e curativo pelo menos duas vezes ao dia e ao término coberta com "rayon" vaselinado nos primeiros dias e depois com gazes umedecidas em soro fisiológico. Uma vez evidenciado tecido de granulação satisfatório e ausência de infecção, o doente recebia alta hospitalar quando a opção era cicatrização por segunda intenção. Permanecia internado quando a opção era por enxertia de pele.

RESULTADOS

Fístulas perianais verdadeiras foram constatadas em seis doentes (42,9%) e fistulizações subcutâneas comunicantes em todos os casos.

O acne foi comprovado em dois doentes (14,3%).

Nenhum doente apresentou obesidade ou diabetes melitus.

Tabela 1. Tratamento cirúrgico e resultados.

Nº de casos (%)	Modalidade terapêutica	Cicatrização	Resultado (%)
5 (35,7%)	Ressecção ampliada	Segunda intenção	5 - Bons (100%)
6 (42,9%)	Ressecção ampliada, fistulotomia e curetagem	- Enxertia tardia	3 - Bons (100%)
		- Segunda intenção	3 - Bons (100%)
2 (14,3%)	Fistulotomia e curetagem	Segunda intenção	1 - Bom (50%) 1 - Mau (50%)
1 (7,1%)	Ressecção não ampliada (Econômica)	Segunda intenção	1 - Mau (100%)
Total 14 (100%)			

Em 11 doentes submetidos à ressecção ampliada não houve recidiva do processo. Nos três enfermos nos quais não se praticou a ressecção ampliada, a recidiva foi de 66% (dois casos).

A recidiva global foi de 14,3% (dois casos). O primeiro, paciente do sexo feminino ocorreu no 45º P.O. Abandonou nosso ambulatório e o seguimento foi interrompido. O segundo foi por nós considerado como recidiva por tratamento inadequado. Foi reinternado e submetido à ressecção extensa com boa evolução e cura.

Em dois doentes na qual foi proposta a enxertia após recuperação domiciliar devido à grande área ressecada, a cicatrização se fez por segunda intenção devido a atraso do retorno ao hospital, mas com aspecto final satisfatório.

O exame histológico confirmou HSP em dois casos (14,3%). Em 11 (78,6%), o resultado foi de processo inflamatório crônico de glândulas sudoríparas. Em um caso (7,1%), o de maior duração da doença (20 anos), o diagnóstico principal foi de carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado de pele.

O período de internação variou de quatro a 60 dias, com média de 19 dias.

O período médio de seguimento foi de 12 meses. A cicatrização se completou em 75 dias em média nos casos em que se optou pela cicatrização por segunda intenção e em 63 dias nos casos em que se praticou a enxertia (Fig. 1a-d).

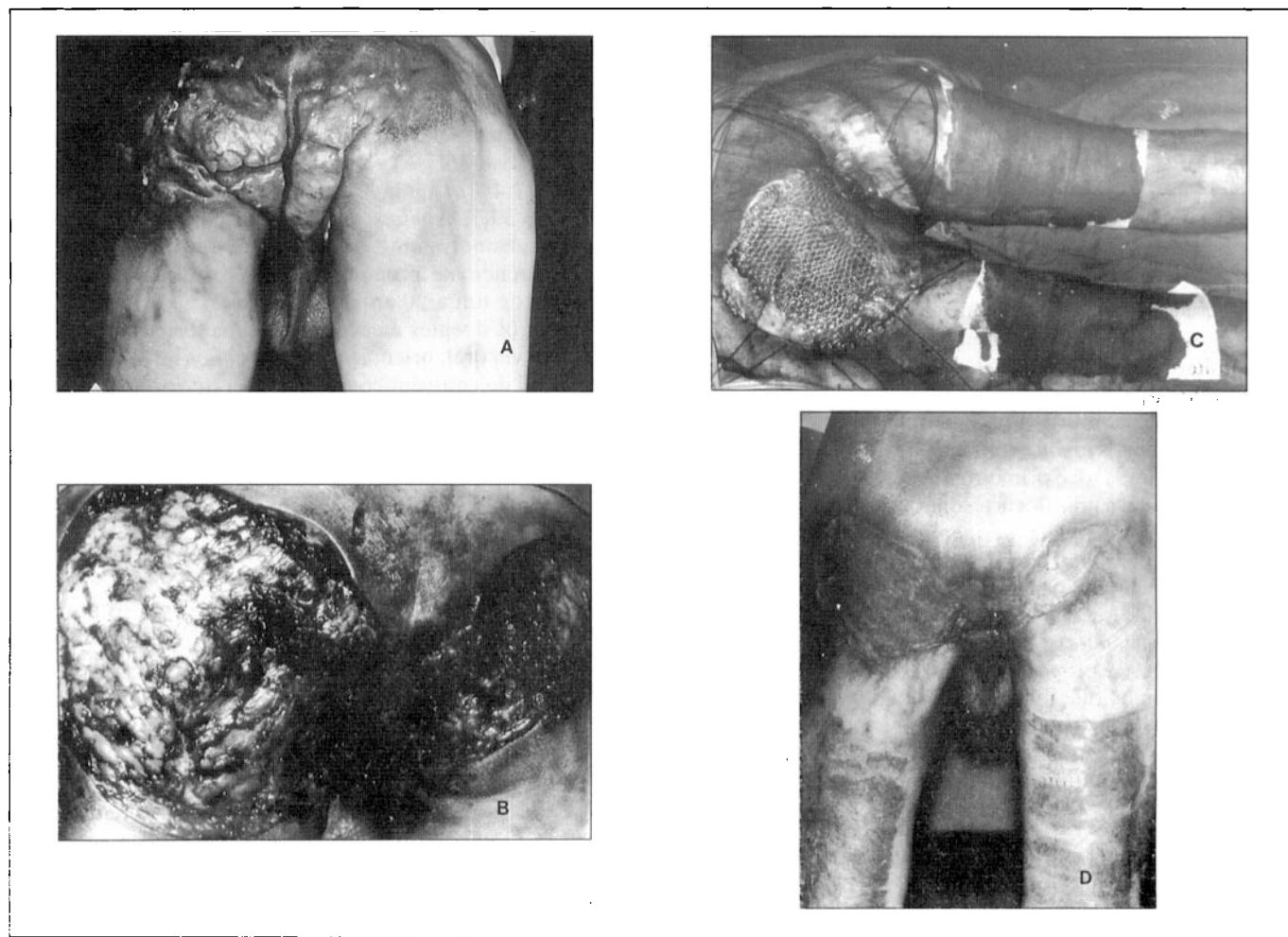


Fig. 1a - Hidradenite supurativa. 1b - Ressecção extensa. 1c - Enxerto de pele. 1d - Aspecto final após 63 dias da operação.

DISCUSSÃO

A hidradenite supurativa constitui doença complexa com importantes reflexos estéticos, sociais e profissionais. Nas formas perianal e glútea existe predileção pelo sexo masculino, assim como pela população jovem e economicamente ativa^(2,3,6,10). Os mesmos aspectos foram verificados no grupo estudado. A maior incidência na raça branca em nossos casos está de acordo com os dados da literatura nacional^(3,6). Na literatura internacional, a grande maioria dos casos publicados aponta nítida predileção da doença pela raça negra nas suas diversas localizações⁽¹⁰⁾. Entre as publicações estudadas, apenas uma se referia exclusivamente à hidradenite supurativa de localização perianal (Wiltz et al.)⁽¹³⁾. Em análise de 43 doentes observou que todos eram brancos e a grande maioria do sexo masculino (93%). Bocchini⁽³⁾ entendeu que a preferência racial publicada pelos diversos autores esteve relacionada à população estudada.

Highet et al.⁽⁷⁾, estudaram 32 portadores de hidradenite supurativa perineal e isolaram o *Streptococcus milleri* em 68,75% dos doentes. Outras bactérias encontradas com uma frequência menor foram *Stafilococcus aureus*, estreptococos anaeróbios e *Bacteroides sp.*

O diagnóstico diferencial deve ser feito com o abscesso perianal, fístulas perianais, doença de Crohn anal, cisto pilonidal, tuberculose da pele, furunculose, linfadenite, linfogranuloma venéreo e outras doenças sexualmente transmissíveis^(9,13). A associação com carcinoma espinocelular nas áreas afetadas é rara. Bochini⁽³⁾ em sua tese de doutorado com revisão sobre o assunto encontrou 14 casos citados na literatura até 1987, além de um caso pessoal. Todos se tratavam de casos de localização perineal e de longa duração de doença, geralmente acima de 19 anos. Em nossa experiência constatamos um caso (7,1%) também de longo tempo de evolução (20 anos).

A umidade constante da região, a proximidade do ânus e a falta de higiene local constituem, na nossa experiência, fatores que dificultam o controle clínico da doença. O tratamento clínico é sugerido nas formas mais brandas ou restritas⁷. A insistência neste método como base terapêutica é quase sempre acompanhada de insucesso⁶. Utilizamos antibioticoterapia à base de tetraciclina como preparo para cirurgia, sendo esta mantida no pós-operatório até a observação da presença de tecido de granulação satisfatório (aproximadamente sete dias).

A cirurgia com ressecção ampla da área acometida deve ser sempre considerada como preferencial de tratamento. O processo geralmente se apresenta de forma difusa pela região, com comprometimento profundo e fistulizações comunicantes, processos crônicos de cicatrização após surtos agudos repetidos de inflamação e supuração. A ampliação da ressecção incluindo pele macroscopicamente sã, associada à cicatrização por segunda intenção ou por enxerto pareceu-nos atitude correta para solução destes casos. Os melhores resultados observados na literatura também se referem aos casos submetidos a ressecção extensa associada a enxertia autógena de pele ou cicatrização secundária^(2-6,9,10,13). Outras

modalidades terapêuticas menos agressivas têm demonstrado piores resultados⁽⁶⁾. Jemec⁽⁸⁾ em estudo de 72 doentes com localizações diversas de hidradenite supurativa submetidos à ressecção e aproximação primária da ferida obteve apenas 22,1% de cura.

Parece-nos correta a opinião de Wiltz et al.⁽¹³⁾, que considera exceção a utilização de colostomia de proteção à ferida. Tal prática ficaria reservada a casos especiais, com comprometimento infeccioso local extenso e/ou necessidade de sacrificar o aparelho esfíncteriano. Estes fatos não ocorreram com nenhum dos nossos doentes.

Entendemos que uma definição quanto à conduta depende, no entanto, de estudos mais detalhados, com um maior número de doentes e comparação entre diversas formas cirúrgicas de tratamento.

Em nosso grupo, o diagnóstico histológico de certeza de HSP foi apenas 14,3%. A explicação para a baixa taxa de confirmação de HSP no exame da peça talvez seja devida ao longo tempo de doença, com substituição do processo agudo supurativo por infiltrado crônico tipo linfoplasmocitário, na maior parte do tecido enviado para estudo. Tal fato não prejudica o diagnóstico. Assim como em tantas outras situações, o tirocínio clínico do profissional habituado à afecção deve ser priorizado no reconhecimento da doença.

Baseados em nossa experiência e revisão da literatura, sugerimos uma normatização de conduta para o tratamento da HSP, a saber:

Comprometimento extenso: Ressecção ampla + Enxertia
Aspecto "limpo" da área cruenta - Enxertia no ato da ressecção

Dúvida quanto ao controle da infecção - Enxertia tardia

Comprometimento intermediário ou menor: Ressecção ampla + Cicatrização por segunda intenção

Comprometimento mínimo: Ressecção menor

Processo localizado, fistuloso e supurativo - Cicatrização por segunda intenção

Processo localizado, supuração mínima ou ausente - Aproximação primária

Colostomia: procedimento de exceção a ser realizado em casos de infecção local extensa (à semelhança da Síndrome de Fournier) ou na necessidade do sacrifício parcial ou total de aparelho esfíncteriano, com conseqüente incontinência fecal.

CONCLUSÕES

Os bons resultados foram observados nos casos em que se praticou ressecção extensa dos tecidos:

Onze casos - 100% de cura.

Os maus resultados foram obtidos nos pacientes submetidos à intervenção menos "agressiva" (ressecção menor e fistulotomia):

Dois casos em três - 66% de recidiva.

FONOFF AM, RÊGO REC, KLUG WA, CAPELHUCHNIK P
- Perianal suppurative hidradenitis. Analysis of treatment of 14 cases.

SUMMARY: The authors studied 14 patients with perianal hidradenitis suppurativa treated at the Coloproctology Service of Department of Surgery of Santa Casa de São Paulo from 1985 to 1994. Ten patients were white (71.4%), twelve were male (85.7%). The mean age was 39,7 years. Eleven patients (78.6%) were treated with wide surgical excisions. This was the most successful treatment (100% of good results). Colostomy was never performed. Based in our experience we are proposing standartized treatment.

KEY WORDS:perianal hidradenitis suppurativa; surgical treatment

REFERÊNCIAS

1. Arnous J, Denis J, Arnous N. Les localisations périanales de la maladie de Verneüil. Arch Fr Mal Appar Dis 1973; 62: 591-596.
2. Banerjee AK. Surgical treatment of hidradenitis suppurativa. Br J Surg 1992; 79: 863-866.
3. 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.
4. Borges AF. Hidradenitis suppurativa: patient satisfaction with healing by secondary intention (letter). Plast Reconstr Surg 1987; 80: 869.
5. Brunsting HA. Hidradenitis suppurativa: abscess of the apocrine sweat glands. Arch Dermatol Syph 1939; 39: 108-120.

6. Golcman B, Tuma Jr. P, Bonamichi GT, de Faria JCM, Golcman R, Ferreira MC. Tratamento cirúrgico da hidradenite supurativa. Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo 46(3): 141-144.
7. Hight AS, Warren RE, Weeks AJ. Bacteriology and antibiotic treatment of perineal suppurative hidradenitis. Arch Dermatol 1988; 124: 1047-1051.
8. Jemec GBE. Effect of localized surgical excisions in hidradenitis suppurativa. J Amer Acad Dermat 1988; 18: 1103-1107.
9. Rosenfeld N, Babar A. Hidradenitis suppurativa of the perineal and gluteal regions, treated by excision and skin grafting. Plast Reconstr Surg 1976; 58: 98-99.
10. Silverberg B, Smoot CE, Landa SJF, Parsons RW. Hidradenitis suppurativa: patient satisfaction with wound healing by secondary intention. Plast Reconstr Surg 1987; 79: 555-559.
11. Velpeau A. Dictionnaire de Médecine, un Répertoire Général des Sciences Médicales sous la Rapport. Théorique et Pratique. 2nd ed. Vol. 2. Paris: Bechet Jeune, 1832-1845. Aiselle, vol. 2, p. 91; Anus, vol. 3, p. 304, Mameles, vol. 19 p. 1 (Apud 12).
12. Verneüil A. Etudes sur les tumeurs de la peau: de quelques maladies des glandes sudoripares. Arch Gen Med 1854; 94: 447-468, 693-705 (Apud 1).
13. Wiltz O, Schoetz Jr. DJ, Murray JJ, Roberts PL, Collier JA, Veidenheimer MC. Perianal hidradenitis suppurativa: The Lahey Clinic Experience. Dis Colon Rectum 1990; 33: 731-734.

Endereço para correspondência:

Alexandre Margutti Fonoff
Rua Dr. Cesáreo Mota Jr., 112 - DC 3
Serviço de Proctologia (Área IV)
Departamento de Cirurgia da FCMSCSP
01277-900 - Vila Buarque - SP