



Tratamento cirúrgico de hidradenite supurativa com retalho fasciocutâneo torácico lateral anterior e posterior

Surgical treatment of hidradenitis suppurativa with anterior and posterior lateral thoracic fasciocutaneous flaps

VALDERI VIEIRA DA SILVA JÚNIOR^{1,2*}
NELSON GURGEL SIMAS DE
OLIVEIRA^{1,2}
FRANCIS RÉGIS SOARES DE SOUSA³

■ RESUMO

Introdução: A hidradenite supurativa (HS) é uma infecção bacteriana crônica, multifatorial e frequentemente recorrente na pele e nos tecidos subcutâneos. No entanto, a resolução completa pode ser conseguida por meio de cirurgia. É descrita uma série de pacientes com complicações de HS, sua evolução, as complicações após a ressecção cirúrgica completa axilar e a rotação de retalho fasciocutâneo torácico lateral, além da análise das áreas acometidas associadas.

Métodos: Entre 2009 e 2014, seis pacientes com idade entre 25,5 anos em média (intervalo: 15-35) foram submetidos à cirurgia para HS. Todos os pacientes apresentaram lesões de longa data axilares crônicas refratárias ao tratamento clínico. **Resultados:** Seis pacientes com HS (dois homens e quatro mulheres) foram submetidos à cirurgia. O período de acompanhamento foi de 16 meses, em média (intervalo: 4 meses - 5 anos). A resolução completa foi alcançada e nenhuma recorrência foi observada. A ressecção foi bilateral em quatro casos e unilateral em dois. Cinco pacientes apresentaram lesão inguinal, das quais três foram operadas no mesmo tempo cirúrgico. Cinco pacientes apresentaram deiscência parcial e descarga serossanguinolenta, seguida de cura completa após cicatrização por segunda intenção. **Conclusão:** A cirurgia é frequentemente o tratamento definitivo mais adequado para a HS. A técnica de retalho fasciocutâneo torácico lateral está associada a altas taxas de sucesso nesta população de doentes.

Descritores: Hidradenite supurativa; Retalhos cirúrgicos; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos.

Instituição: Hospital Geral Dr. César Cals,
Fortaleza, Ceará, Brasil.

Artigo submetido: 10/7/2015.
Artigo aceito: 30/10/2016.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2016RBCP0086

¹ Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, SP, Brasil.

² Hospital Geral Dr. César Cals, Fortaleza, CE, Brasil.

³ Universidade de Fortaleza, Fortaleza, CE, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: Hidradenitis suppurativa (HS) is a chronic, multifactorial, and often recurrent bacterial infection, affecting the skin and subcutaneous tissues. However, complete HS resolution can be achieved through surgical treatment. A series of patients with HS complications is described herein, along with their evolution and complications after complete axillary surgical resection and lateral thoracic fasciocutaneous flap rotation. The evaluation of associated affected areas is also reported. **Methods:** Between 2009 and 2014, 6 patients with an average age of 25.5 years (range: 15 to 35 years) underwent surgery for the treatment of HS. All patients had long-standing, chronic axillary lesions that were refractory to non-surgical treatment. **Results:** Six patients with HS (2 males and 4 females) underwent surgery. The average follow-up period was 16 months (range: 4 months to 5 years). Complete resolution was achieved and no HS recurrence was observed. Bilateral resection was performed in 4 cases, and unilateral resection in 2. Five patients also had inguinal involvement, and 3 had surgery concurrent with the axilla. Five patients had partial dehiscence and serosanguinous discharge, followed by complete scar formation by second intention healing. **Conclusion:** Surgery is often the most appropriate and definitive treatment for HS. The lateral thoracic fasciocutaneous flap technique is associated with high success rates in this patient population.

Keywords: Hidradenitis suppurativa; Surgical flaps; Reconstructive surgical procedures.

INTRODUÇÃO

A hidradenite supurativa (HS) é uma infecção bacteriana crônica da pele e do tecido celular subcutâneo que acomete as glândulas apócrinas e caracteriza-se por ser de difícil tratamento e comumente recorrente¹⁻⁴.

Foi descrita em 1864 pelo cirurgião Verneuil, que associou a sua ocorrência à infecção das glândulas sudoríparas. Posteriormente, em 1922, Shiefferdecker observou que essa doença estava relacionada, mais especificamente, às glândulas apócrinas e nomeou a doença como hoje é conhecida³⁻⁶.

A etiologia não é totalmente compreendida^{1,2}, mas tem sua ocorrência relacionada à diabetes, tabagismo, obesidade e imunodepressão. Inicialmente, ocorre uma obstrução no folículo piloso, mais especificamente no canal da glândula, por um tampão de queratina e uma posterior infecção. As regiões afetadas são ricas nessas glândulas, como a região axilar, inguinal, glútea, mamária, inframamária, umbilical, perianal, perineal, pubiana, torácica, couro cabeludo, retroauricular e pálpebra^{1,4,7,8}.

O tratamento inicial é clínico, sendo o cirúrgico indicado aos casos recidivantes nos quais a resposta ao primeiro se torna ineficaz. É baseado no uso de drogas tópicas e/ou sistêmicas, como antibioticoterapia

e corticoterapia. A falta de exames específicos torna difícil o diagnóstico precoce e, conseqüentemente, seu tratamento.

As intervenções cirúrgicas podem ser a única possibilidade de cura e variam desde uma drenagem de abscesso agudo a uma excisão e retirada maciça de todo o tecido lesionado^{3,9}. A técnica cirúrgica considerada mais apropriada é aquela que leva em consideração a abertura de todos os tratos sinusais. A experiência tem mostrado que cirurgias mais amplas têm melhor resposta, com menores taxas de remissão^{3,4,9,10}.

OBJETIVOS

É descrita uma série de casos de HS que foram tratados com ressecção cirúrgica da área axilar acometida e cobertura com retalho local fasciocutâneo. Foram analisadas a indicação, a evolução, as complicações pós-operatórias e as lesões associadas e operadas no mesmo tempo cirúrgico.

MÉTODOS

De 2009 até 2014, foram operados seis pacientes com HS, sendo dois do sexo masculino e quatro do sexo feminino. Os procedimentos foram feitos pelo

mesmo cirurgião em um hospital público de Fortaleza, CE. Pacientes que tinham resposta clínica não foram incluídos no trabalho e foram seguidos os princípios da declaração de Helsinki. A idade variou de 15 até 35 anos, com média de 25,5 anos.

Todos eles apresentavam lesão axilar crônica de longa data com tratamento clínico frustrado (Figura 1). Em dois casos a lesão acometia apenas uma axila. Em cinco casos, havia acometimento inguinal associado, mas somente três foram ressecados no mesmo tempo da axila. Em dois casos, havia acometimento glúteo associado. Havia lesão mamária e esternal associada em dois casos (Tabela 1). Eram lesões dolorosas císticas e pustulosas, que carregavam um grande trauma psicológico e social, pois tinham odor forte e atrapalhavam o convívio social. Em dois casos, os pacientes eram fumantes.



Figura 1. Hidradenite supurativa axilar crônica de longa data refratária ao tratamento clínico, com fistulas cutâneas, fibrose e lesões ativas.

A programação cirúrgica proposta para todos os casos foi o tratamento cirúrgico de todas as áreas acometidas com rotação de retalho fasciocutâneo torácico lateral para a axila e fechamento primário nas regiões inguinal, glútea e mamária num único tempo cirúrgico.

O retalho para a região axilar era desenhado conforme o tamanho da área resultante da ressecção, sendo do tipo fasciocutâneo. A pele era incisada até a fáscia em toda a borda demarcada, o retalho era confeccionado e rotacionado para o defeito, onde era suturado nas bordas e na região mais profunda para diminuir o espaço morto do defeito abaixo do retalho. Foram posicionados drenos de aspiração contínua a vácuo.

Nos quatro casos femininos foi realizada rotação de retalho fasciocutâneo torácico lateral anterior com fechamento total da lesão para não deformar a região mamária da paciente (Figura 2). Nos masculinos (dois casos), a proposta foi o retalho fasciocutâneo torácico lateral posterior (Figura 3).



Figura 2. Desenho do retalho fasciocutâneo torácico lateral anterior para cobertura de região axilar ressecada.



Figura 3. Desenho do retalho fasciocutâneo torácico lateral posterior para cobertura de região axilar ressecada.

RESULTADOS

Foram operados seis pacientes entre 2009 e 2014, sendo dois do sexo masculino e quatro do sexo feminino. Houve resolução completa do quadro sem recidiva na área operada em todos os casos. Os pacientes foram acompanhados por um período de 4 meses até 5 anos, numa média de 16 meses.

Houve ressecção axilar bilateral em quatro casos. Em dois casos a lesão acometia apenas uma axila. Em cinco casos havia acometimento inguinal associada, mas somente três foram ressecados no mesmo tempo

Tabela 1. Descrição dos casos de hidradenite axilar quanto ao sexo e a associação com lesões em outras regiões.

Casos	Sexo	Axilar direita	Axilar esquerda	Inguinal/ perineal	Glútea	Mamária
Caso 1	Feminino	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Caso 2	Feminino	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
Caso 3	Feminino	Sim	Sim	Sim	Não	Não
Caso 4	Masculino	Não	Sim	Não	Não	Não
Caso 5	Masculino	Sim	Não	Sim	Sim	Não
Caso 6	Feminino	Sim	Sim	Sim	Não	Não

da axila. Em dois casos, havia acometimento glúteo associado. Havia lesão mamária e esternal associada em dois casos (Tabela 1). Dois pacientes eram tabagistas. Num único caso, houve ressecção com retalho unilateral e apenas ressecção de pequenas lesões com sutura primária no lado oposto. Não houve limitação na abdução do braço em nenhum dos casos.

DISCUSSÃO

A HS é um quadro que acomete as glândulas sudoríparas e se caracteriza por processo inflamatório e infeccioso de repetição. Pode acometer várias regiões, como: axila, região inguinal, perineal e glútea. Além disso, pode estar associada ao tabagismo^{2,4,7}. Estudos mais recentes sugerem a mudança do termo para acne inversa justificando que a hidradenite não seria uma inflamação das glândulas sudoríparas apócrinas e sim uma oclusão dos folículos pilosos, como acontece com a acne vulgaris¹¹.

O tratamento cirúrgico da HS é conhecido há bastante tempo e tem se mostrado eficaz quando usado apropriadamente, apesar das consideráveis taxas de recorrência, sobretudo nas lesões mais extensas. Os primeiros casos tratados cirurgicamente remontam à década de 1950 e revisões acerca de procedimentos têm sido descritas desde então⁹.

A técnica mais apropriada depende da extensão e da localização das lesões e leva sempre em consideração a ressecção completa de toda a área lesionada, com margem de segurança e profundidade suficientes para se atingir os tecidos saudáveis e a exérese de todas as áreas de crescimento capilar para que se evite a recorrência da HS.

Nos casos mais simples, essa ressecção se limita a áreas pequenas, sem resultar muitas sequelas. Entretanto, em casos avançados, com cistos, infecção de repetição de longa data, áreas de cicatrizes e tunelizações, deve-se realizar uma ressecção ampla de toda a área acometida, o que não permite um fechamento primário da área. Nos casos apresentados, todos os pacientes tinham grau avançado da doença. Isso pode ter acontecido por descuido ou mesmo pelo difícil acesso ao sistema público de saúde, o que gerou tempo e sofrimento para a evolução da doença.

Nesses casos que geram grandes defeitos após a retirada de toda a área acometida, os enxertos de pele são amplamente utilizados. Eles são normalmente usados com sucesso na reconstrução de amplas áreas comprometidas. Entretanto, podem resultar áreas de retração que limitam os movimentos de elevação do braço, além da cobertura muito fina^{4,9,10,12-15}.

O retalho é uma alternativa bastante utilizada e adequada na maioria dos casos. Eles são procedimentos básicos e utilizados para corrigir a perda de substância cutânea devido a ressecção das lesões, além de propiciar um resultado funcional satisfatório^{3,9,10,13}.

De acordo com a localização da doença, define-se o procedimento mais adequado. No caso de lesões axilares, a reconstrução dessas áreas é complexa e deve levar em conta o tipo de pele, a sua forma e o seu contorno^{5,6,9,15,16}. Os retalhos locais V-Y fasciocutâneos de avanço são utilizados há bastante tempo para o fechamento de grandes feridas operatórias resultantes de amplas ressecções usadas no tratamento da HS.

Em lesões axilares, o retalho V-Y de dupla oposição é uma alternativa descrita. Nos casos de recorrência, foi bem relatado o uso de retalhos fasciocutâneos torácicos laterais ilhados com resultados adequados^{6,8,9,13,15-17}. Nos casos femininos, essa foi uma boa opção pela proximidade da lesão e a cicatriz se localizar no contorno lateral da mama, não deslocando demasiadamente o tecido mamário^{16,18}. Nos homens, optou-se pelo retalho fasciocutâneo toracodorsal pela pouca área doadora torácica lateral anterior e a possibilidade de mobilizar o complexo areolopapilar^{3,19}.

Embora os retalhos musculocutâneos sejam amplamente utilizados em reconstrução e apresentem vantagens reconhecidas, como uma boa vascularização e espessura, eles mostram algumas desvantagens quando comparados aos retalhos cutâneos, visto que esses últimos preservam a musculatura e o déficit funcional e dor pós-operatória são menores².

O planejamento da reconstrução das áreas afetadas é fundamental para o sucesso do tratamento cirúrgico. A seleção do método mais adequado deve ser definida levando-se em consideração fatores como a localização, o tamanho das lesões e das incisões que serão necessárias a sua resolução. Esses fatores têm importante relação com o tempo de internação e a recuperação do paciente e, conseqüentemente, com os custos do tratamento^{9,10,13}.

A ressecção associada da região inguinal foi realizada nos primeiros três casos. Mas observou-se um pós-operatório mais demorado e mais doloroso. Nos dois casos seguintes, a recuperação foi mais rápida e menos queixosa pelo paciente.

O tratamento da HS é complexo e de difícil resolução. Entretanto, apesar da falha no tratamento clínico em alguns casos, a cirurgia proporciona a resolução completa do quadro infeccioso e inflamatório crônico. O retalho fasciocutâneo local se mostrou muito eficiente na reconstrução da axila sem deixar sequelas de perda de substância ou funcional.

COLABORAÇÕES

- VVSJ** Análise e/ou interpretação dos dados; análise estatística; aprovação final do manuscrito; concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- NGSO** Aprovação final do manuscrito; concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos.
- FRSS** Análise e/ou interpretação dos dados; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.

REFERÊNCIAS

- Schmitt JV, Bombonato G, Martin M, Miot HA. Risk factors for hidradenitis suppurativa: a pilot study. *An Bras Dermatol.* 2012;87(6):936-8.
- Andrade MMA, Constantino JRM, Gomes DMBM, Faria FF, Oliveira RG, Ferreira RMRS, et al. Hidradenitis suppurativa: literature review and case report. *J Coloproctol (Rio J.)*. 2012;32(2):196-201.
- Teixeira JCEO, Ribeiro Filho AS, Castro OC. Thoracodorsal fasciocutaneous flap in the treatment of hidradenitis suppurativa: a case report and literature review. *Rev Bras Cir Plást.* 2012;27(1):170-3.
- Charúa-Guindic L, Maldonado-Barrón R, Avendaño-Espinosa O, Navarrete-Cruces T, Osorio-Hernández RM, Jiménez-Bobadilla B. Hidradenitis suppurativa. *Cir Cir.* 2005;74(4):249-55.
- Rehman N, Kannan RY, Hassan S, Hart NB. Thoracodorsal artery perforator (TAP) type I V-Y advancement flap in axillary hidradenitis suppurativa. *Br J Plast Surg.* 2005;58(4):441-4.
- Geh JL, Niranjan NS. Perforator-based fasciocutaneous island flaps for the reconstruction of axillary defects following excision of hidradenitis suppurativa. *Br J Plast Surg.* 2002;55(2):124-8.
- Fernandes NC, Franco CP, Lima CM. Hidradenitis suppurativa: retrospective study of 20 cases. *An Bras Dermatol.* 2013;88(3):480-1.
- Soldin MG, Tulley P, Kaplan H, Hudson DA, Grobbelaar AO. Chronic axillary hidradenitis-the efficacy of wide excision and flap coverage. *Br J Plast Surg.* 2000;53(5):434-6.
- Alharbi Z, Kauczok J, Pallua N. A review of wide surgical excision of hidradenitis suppurativa. *BMC Dermatol.* 2012;12:9.
- Ellis LZ. Hidradenitis suppurativa: surgical and other management techniques. *Dermatol Surg.* 2012;38(4):517-36.
- Sellheyer K, Krahl D. "Hidradenitis suppurativa" is acne inversa! An appeal to (finally) abandon a misnomer. *Int J Dermatol.* 2005;44(7):535-40.
- Wiseman MC. Hidradenitis suppurativa: a review. *Dermatol Ther.* 2004;17(1):50-4.
- Lirón-Ruiz R, Torralba-Martinez JA, Pellicer-Franco E, Morales-Cuenca G, Martín-Lorenzo JG, Miguel-Perelló J, et al. Treatment of long-standing extensive perianal hidradenitis suppurativa using double rotation plasty, V-Y plasty and free grafts. *Int J Colorectal Dis.* 2004;19(1):73-8.
- van Rappard DC, Mooij JE, Mekkes JR. Mild to moderate hidradenitis suppurativa treated with local excision and primary closure. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2012;26(7):898-902.
- Hynes PJ, Earley MJ, Lawlor D. Split-thickness skin grafts and negative-pressure dressings in the treatment of axillary hidradenitis suppurativa. *Br J Plast Surg.* 2002;55(6):507-9.
- Schwabegger AH, Herczeg E, Piza H. The lateral thoracic fasciocutaneous island flap for treatment of recurrent hidradenitis axillaris suppurativa and other axillary skin defects. *Br J Plast Surg.* 2000;53(8):676-8.
- Busnardo FF, Coltro PS, Olivan MV, Busnardo AP, Ferreira MC. The thoracodorsal artery perforator flap in the treatment of axillary hidradenitis suppurativa: effect on preservation of arm abduction. *Plast Reconstr Surg.* 2011;128(4):949-53.
- Mello DF, Helene Junior A. Retalho fasciocutâneo torácico lateral para reconstrução de defeitos axilares após ressecção de hidradenite supurativa: série de 10 casos. *Rev Bras Cir Plást.* 2016;31(2):186-91.
- Menderes A, Sunay O, Vayvada H, Yilmaz M. Surgical management of hidradenitis suppurativa. *Int J Med Sci.* 2010;7(4):240-7.

*Autor correspondente:

Valderi Vieira da Silva Júnior

Rua Barão de Aracati, 1304 - Aldeota - Fortaleza, CE, Brasil

CEP 60115-081

E-mail: valderijr@hotmail.com