

Hidrosadenite Supurativa: Tratamento Combinado com Matriz Dérmica, Enxerto de Pele Parcial e Vacuoterapia, um Caso Clínico



Hidradenitis Suppurativa: Combined Treatment with Dermal Template, Skin Graft and Negative Pressure Wound Therapy, a Case Study

Luís Mata RIBEIRO¹, Ana Silva GUERRA^{1,2}

Acta Med Port 2018 Jan;31(1):59-62 • <https://doi.org/10.20344/amp.8656>

RESUMO

A hidrosadenite supurativa é uma doença inflamatória crónica com grande impacto a nível físico e psicológico. Apesar de tratamentos conservadores serem utilizados em casos de doença ligeira, nos casos mais graves preconiza-se a excisão alargada da área afetada e posterior reconstrução. O objetivo deste trabalho é descrever o nosso procedimento reconstrutivo em dois passos para o tratamento deste tipo de lesões. Apresentamos o caso clínico de uma doente com hidrosadenite axilar bilateral grave. Num primeiro tempo cirúrgico realizámos a excisão alargada das lesões e cobrimos o defeito com uma matriz de regeneração dérmica sob vacuoterapia. Num segundo tempo cirúrgico realizou-se a cobertura com enxerto de pele parcial sob o qual se aplicou, novamente, vacuoterapia. Os enxertos ficaram completamente integrados. O aspeto estético final é aceitável e não foram observadas limitações funcionais. Não foi detetada nenhuma recorrência (*follow-up* de nove meses).

Palavras-chave: Hidrosadenite Supurativa; Transplante de Pele; Tratamento de Ferimentos com Pressão Negativa

ABSTRACT

Hidrosadenitis suppurativa is a chronic inflammatory disease with great physical and psychological impact. Although conservative treatments may be effective in mild forms of the disease, extensive surgical resection and reconstruction are necessary in more severe forms of the disease. The purpose of this paper is to describe our two-stage reconstructive procedure regarding this kind of disease. We present a clinical case of a patient with severe, bilateral axillary hidrosadenitis. In the first surgical step we excised the lesions and applied the artificial dermis secured with negative pressure wound therapy. In the second step we used a split thickness skin graft to close the wound and again applied negative pressure wound therapy. The graft take was very good, without complications. The cosmetic outcome is acceptable and shoulder mobility was not compromised. No recurrence was detected (nine months follow up).

Keywords: Hidradenitis Suppurativa; Negative-Pressure Wound Therapy; Skin Transplantation

INTRODUÇÃO

A hidrosadenite supurativa é uma doença inflamatória crónica da pele caracterizada por abscessos recorrentes, trajectos fistulosos e cicatrizações anómalas.¹ A doença afeta a pele que contém glândulas apócrinas, mais frequentemente envolvendo as regiões axilares e a região ano-genital.²

A fisiopatologia da doença ainda não foi completamente esclarecida, mas pensa-se que a oclusão do folículo piloso, seguida de dilatação e subsequente rutura da unidade pilosebácea seja importante.¹ Algumas potenciais influências incluem a suscetibilidade genética, o tabagismo e a obesidade, alterações endócrinas e fatores microbiológicos.³

O diagnóstico da doença é clínico e a gravidade é frequentemente classificada de acordo com os estádios de Hurley.⁴

O tratamento pode ser dividido, genericamente, em médico ou cirúrgico. O tratamento médico inclui terapias tópicas e/ou sistémicas com antibióticos, corticóides e agentes biológicos.⁵ No entanto, a excisão cirúrgica das lesões com margens livres adequadas é o tratamento *gold-*

-standard para prevenir recorrências.⁶ Existem várias opções reconstrutivas, não consensuais, desde o encerramento primário até à cobertura com retalhos locais/livres.

O objetivo deste trabalho é descrever o nosso procedimento reconstrutivo em dois passos para o tratamento deste tipo de lesões.

CASO CLÍNICO

Apresentamos o caso clínico de uma doente do sexo feminino, 21 anos, raça caucasiana, com uma história prévia de cinco anos de sintomatologia compatível com hidrosadenite supurativa (abscessos recorrentes com drenagem). A doente tinha sido seguida em consulta de Dermatologia e realizado terapêutica com antibióticos (tetraciclina e clindamicina), corticóides e isotretinoína, sem resultados significativos. Não realizou qualquer intervenção cirúrgica prévia.

À data da primeira observação a doente encontrava-se no estadio III de Hurley a nível axilar bilateralmente (Fig. 1). A doente não é fumadora e é obesa. Sem outros antecedentes pessoais ou familiares relevantes.

1. Serviço de Cirurgia Plástica, Reconstrutiva e Estética. Hospital São José. Centro Hospitalar Lisboa Central. Lisboa. Portugal.

2. Serviço de Cirurgia Plástica, Reconstrutiva e Estética. Hospital CUF Descobertas. Lisboa. Portugal.

✉ Autor correspondente: Luís Mata Ribeiro. Luis1989ribeiro@gmail.com

Recebido: 08 de julho de 2017 - Aceite: 17 de agosto de 2017 | Copyright © Ordem dos Médicos 2018





Figura 1 – Pré-operatório: (A) axila direita, (B) axila esquerda

A nossa abordagem para o tratamento desta doente foi a excisão alargada das áreas afectadas e reconstrução em dois tempos cirúrgicos distintos.

No primeiro tempo cirúrgico efetuámos a excisão com margens livres das lesões, após infiltração dos trajectos fistulosos com azul-de-metileno (Fig. 2). Aplicámos uma matriz dérmica bilaminar para cobertura do defeito e cobrimos com uma camada única de gaze parafinada. De seguida aplicou-se um penso de pressão negativa por cima da matriz, em modo de aspiração contínua a 75 mmHg (Fig. 3). A doente teve alta ao segundo dia pós-operatório. O penso foi substituído a cada três dias.

No segundo tempo cirúrgico, 24 dias depois da primeira cirurgia, procedemos à remoção da camada de silicone (a mais superficial) da matriz dérmica. Depois lavámos o leito da ferida com soro fisiológico e hipoclorito de sódio (0,5%). De seguida, aplicámos nesta área um enxerto de pele parcial fina em rede 1:3, colhido da face anterior da coxa direita com dermatomo eléctrico. No final foi novamente aplicada vacuoterapia.

O primeiro penso pós-operatório foi realizado ao quinto dia com remoção do sistema de vácuo. A doente manteve-se a realizar pensos em dias alternados durante aproximadamente três semanas, até epitelização completa de ambas as regiões axilares (Fig. 4). Realizou depois um programa de reabilitação motora que concluiu sem limitações na amplitude de movimentos do ombro. Fornecemos à doente um gel de silicone e material de pressoterapia como profilaxia da cicatrização hipertrófica.

A doente mostrou-se muito satisfeita com o resultado final, quer do ponto de vista funcional quer do ponto de vista estético. Não teve qualquer recorrência da doença num *follow-up* de nove meses.

DISCUSSÃO

As terapêuticas medicamentosas tópicas e orais e as excisões limitadas das lesões cutâneas podem ser úteis no estadio I e II da classificação de Hurley, mas no estadio III a excisão cirúrgica com margens alargadas é preconizada.⁷ Procedimentos cirúrgicos *minor*, como incisão e drenagem ou excisão limitada com encerramento primário têm uma taxa de recorrência inaceitavelmente alta.⁸ De assinalar também que as mulheres apresentam taxas de recorrência significativamente superiores aos homens. Pensa-se que a fisiopatologia da hidrosadenite nas mulheres seja mais sujeita à influência dos níveis circulantes das hormonas sexuais, resultando num padrão mais flutuante e no curso crónico da doença.⁹

As glândulas apócrinas axilares estão localizadas não apenas na área contendo folículos pilosos mas também nos dois centímetros de pele adjacente¹⁰ pelo que uma excisão alargada das lesões se torna necessária.

Um enxerto de pele parcial é habitualmente utilizado para cobrir os defeitos criados pela excisão alargada mas este tipo de enxerto aplicado diretamente sobre o plano fascial ou com pouco tecido celular subcutâneo tem várias desvantagens. Leva à criação de áreas deprimidas com menor flexibilidade,¹¹ à redução da amplitude de movimentos do ombro, à cicatrização hipertrófica, a uma recuperação mais prolongada e a um aumento do número de procedimentos cirúrgicos.⁶

Como alternativa aos enxertos de pele na axila surgiram os retalhos locais (braquial medial, braquial posterior, para-escapular, entre outros). No entanto, estes retalhos não cobrem adequadamente defeitos muito grandes. Para além disso todos eles deixam uma grande cicatriz, inestética⁹ e ficam muito salientes na axila.¹² A considerar também é a superior taxa de recorrência associada à reconstrução com retalhos relativamente ao enxerto de pele.^{10,13}



Figura 2 – Marcações da área a excisar e defeito tegumentar criado. (A e B) axila esquerda; (C e D) axila direita.



Figura 3 – Matriz dérmica fixada com pontos e agrafos (A); Aplicação de sistema de vácuo (B).

A utilização da matriz dérmica oferece várias vantagens. Permite aumentar a área a ser excisada, podendo a matriz ser formatada para cobrir qualquer defeito. Ela permite também reduzir a dor no pós-operatório e tornar o leito da ferida mais saudável e com maior capacidade para receber o enxerto de pele. Obtém-se um melhor resultado cosmético, com maior maleabilidade e sem cicatriza-

ção hipertrófica.¹

A vacuoterapia é útil após aplicação da matriz dérmica na medida em que aumenta a taxa de sucesso de integração da mesma e diminui a taxa de infecção.¹ No pós-operatório da segunda intervenção o vácuo permite fixar melhor o enxerto, diminuir a contagem bacteriana e o fluido intersticial e aumentar a taxa de sucesso da pega do enxerto.¹⁴



Figura 4 – Pós-Operatório: duas semanas (A e B)

CONCLUSÃO

A nossa abordagem cirúrgica, em duas etapas, parece ser muito eficaz. Esta técnica assegura uma cobertura estável, esteticamente aceitável e funcionalmente satisfatória, com baixa morbidade e sem recorrência.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação de dados. Foi

devidamente obtido o consentimento informado do doente.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não terem qualquer conflito de interesse relativamente ao presente artigo.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Os autores declaram não ter recebido subsídios ou bolsas para a elaboração do artigo.

REFERÊNCIAS

- Gonzaga T, Endorf F, Mohr W, Arenholz D. Novel surgical approach for axillary hidradenitis suppurativa using a bilayer dermal regeneration template: a retrospective case study. *J Burn Care Res.* 2013;34:51-7.
- Cannistrà C, Finocchi V, Trivisonno A, Tambasco D. New Perspectives in the treatment of hidradenitis suppurativa: Surgery and brewer's yeast-exclusion diet. *Surgery.* 2013;154:1126-30.
- Ingram J, Piguat V. Phenotypic heterogeneity in hidradenitis suppurativa (acne inversa): classification is an essential step toward personalized therapy. *J Invest Dermatol.* 2013;133:1453-6.
- Hurley H. Axillary hyperhidrosis, apocrine bromhidrosis, hidradenitis suppurativa, and familial benign pemphigus: surgical approach. New York: Marcel Dekker; 1989.
- Collier F, Smith R, Morton C. Diagnosis and management of hidradenitis suppurativa. *BMJ.* 2013;346.
- Wormald J, Balzano A, Clibbon J, Figus A. Surgical treatment of severe hidradenitis suppurativa of the axilla: Thoracodorsal artery perforator (TDAP) flap versus split skin graft. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2014; 67:1118-24.
- Walls B, Mohammad S, Campbell J, Archer L, Beale J. Negative pressure dressings for severe hidradenitis suppurativa (acne inversa): a case report. *J Wound Care.* 2010;19:457-60.
- Soldin M, Tulley P, Kaplan H, Hudson D, Grobbelaar A. Chronic axillary hidradenitis – the efficacy of wide excision and flap coverage. *Br J Plast Surg.* 2000;53:434-6.
- Blok J, Boersma M, Terra J, Spoo J, Leeman F, Van den Heuvel E, et al. Surgery under general anaesthesia in severe hidradenitis suppurativa: a study of 363 primary operations in 113 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015;29:1590-7.
- Banerjee A. Surgical treatment of hidradenitis suppurativa. *Br J Surg.* 1992;79:863-6.
- Yamashita Y, Hashimoto I, Matsuo S, Abe Y, Ishida S, Nakanishi H. Two-stage surgery for hidradenitis suppurativa: staged artificial dermis and skin grafting. *Dermatol Surg.* 2014;40:110-5.
- Hynes P, Earley M, Lawlor D. Split-thickness skin grafts and negative-pressure dressings in the treatment of hidradenitis suppurativa. *Br J Plast Surg.* 2002;55:507-9.
- Mehdizadeh A, Hazen P, Bechara F, Zwingerman N, Moazenzadeh M, Bashash M, et al. Recurrence of hidradenitis suppurativa after surgical management: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol.* 2015;73:S70-6.
- Elwood E, Bolitho D. Negative-pressure dressings in the treatment of hidradenitis suppurativa. *Ann Plast Surg.* 1998;40:453-7.