

**Excisão cirúrgica ampla de hidradenite supurativa****Extensa e de longa duração: um relato de caso**

DOI:10.34117/bjdv6n8-629

Recebimento dos originais:08/07/2020

Aceitação para publicação:27/08/2020

**Fernando Alves de Araújo Neto**

Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Instituição: Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Endereço: R. Carlos Chagas, s/n - Campina Grande - PB, Brasil

E-mail: fernando.alves.neto@hotmail.com

**Marina Cesarino de Souza Machado**

Médica Residente pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Instituição: Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Endereço: R. Carlos Chagas, s/n - Campina Grande - PB, Brasil

E-mail: marinacesarino@hotmail.com

**Artur Diógenes Freitas**

Médico Residente pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Endereço: Av. Nilo Peçanha, 620 - Natal - RN, Brasil

E-mail: tuca\_diogenes@hotmail.com

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** A Hidradenite supurativa (HS) é uma doença inflamatória crônica da pele caracterizada por episódios recorrentes de inflamação glândulas apócrinas e dos folículos pilosebáceos. Estima-se que aproximadamente 1 - 4% da população mundial seja afetada pela doença, enquanto no Brasil a prevalência é de 0,41%, sem diferença entre as regiões do país. O diagnóstico da HS é essencialmente clínico e o tratamento envolve diferentes terapias, podendo ser por intervenção clínica ou cirúrgica, a depender da gravidade da doença. **OBJETIVOS:** Com isso, este trabalho visa relatar a evolução pré/intra e pós-operatória de um paciente portador de hidradenite supurativa em região perianal, inguinal e axilar acompanhado e submetido a procedimento cirúrgico no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC). **METODOLOGIA:** Os dados para a realização deste relato foram obtidos a partir do prontuário do paciente, disponível no arquivo do hospital, respeitando as normas éticas referentes à coleta de dados para fins científicos da instituição. **RELATO DE CASO:** constata-se que a hidradenite supurativa é uma doença desafiadora tanto em seu diagnóstico quanto em seu tratamento. As lesões no paciente eram múltiplas, extensas, purulentas, com formação de trajetos fistulosos e lesões fibróticas, o que classifica a hidradenite supurativa nesse caso em estágio Hurley III, sendo necessário para tal o tratamento cirúrgico. **DISCUSSÃO:** Atualmente, a excisão local em bloco ou ampla é considerada o tratamento mais eficaz para melhora das áreas afetadas e reduzir as recorrências nos pacientes em estágio Hurley III da doença. **CONCLUSÃO:** Assim, com base no que foi exposto, evidencia-se, portanto, a necessidade na realização de novas pesquisa acerca dessa patologia bem como disseminação do conhecimento desta na prática médica.

**palavras-chave:** Hidradenite supurativa, glândulas apócrinas, cirurgia.

**ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Hidradenita suppurativa (HS) is a chronic inflammatory disease of the skin characterized by recurrent episodes of inflammation of the apocrine glands and pilosebaceous follicles. It is estimated that approximately 1 - 4% of the world population is affected by the disease, while in Brazil the prevalence is 0.41%, with no difference between the regions of the country. The diagnosis of HS is essentially clinical and treatment involves different therapies, which can be by clinical or surgical intervention, depending on the severity of the disease. **OBJECTIVES:** Thus, this work aims to report the pre / intra and postoperative evolution of a patient with suppurative hidradenite in the perianal, inguinal and axillary region accompanied and submitted to surgical procedure at the General Surgery Service of the Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC). **METHODOLOGY:** The data for the realization of this report were obtained from the patient's medical record, available in the hospital's file, respecting the ethical norms regarding data collection for scientific purposes of the institution. **CASE REPORT:** it appears that a suppurative hidradenita is a challenging disease both in its diagnosis and in its treatment. The lesions in the patient are multiple, extensive, purulent, with formation of fistulous pathways and fibrotic lesions, which classifies a suppurative hidradenita in this case in stage Hurley III, being necessary for this the surgical treatment. **DISCUSSION:** Currently, a local block or wide excision is considered the most effective treatment for improving the affected areas and reducing recurrences in patients in the Hurley III stage of the disease. **CONCLUSION:** Thus, based on what was exposed, it is evident, therefore, the need to carry out further research on this pathology as well as the dissemination of knowledge about this medical practice.

**Keywords:** Hidradenita suppurativa, apocrine glands, surgery.

**1 INTRODUÇÃO**

Hidradenite supurativa (HS) é uma doença inflamatória crônica da pele caracterizada por episódios recorrentes de inflamação glândulas apócrinas e dos folículos pilossebáceos, surgindo nódulos e abscessos dolorosos que podem drenar e levar a formação de fístulas, assim como lesões cicatriciais nos casos extensos. A doença se localiza principalmente nas regiões axilar, inguinal, genital e glútea (YU; COOK, 1990).

Estima-se que aproximadamente 1 - 4% da população mundial seja afetada pela doença, enquanto no Brasil a prevalência é de 0,41%, sem diferença entre as regiões do país. A primeira manifestação da doença ocorre após a puberdade, geralmente em torno da segunda ou terceira década de vida, sendo incomum em crianças. A HS é cerca de três vezes mais frequente em mulheres do que em homens, no entanto os homens apresentam quadros clínicos mais graves (MAGALHÃES et al., 2019).

A fisiopatologia da HS não está completamente elucidada. Acredita-se que o processo se inicie com uma hiperqueratose e oclusão folicular, levando à dilatação da unidade pilossebácea e infiltrado linfocítico perifolicular. Esses eventos levam à uma subsequente perda da glândula sebácea e liberação do seu conteúdo para a derme, o que resulta num processo inflamatório local. A partir daí, há um aumento de citocinas (TNF- $\alpha$ , IL-6, IL-10, IL-12, IL-23 e IL-17) acompanhado

do influxo de neutrófilos, monócitos e mastócitos, perpetuando o quadro inflamatório. As lesões iniciais apresentam flora bacteriana normal para a região da pele afetada, sugerindo que a infecção bacteriana é secundária ao processo inflamatório (SAUNTE et al., 2017).

Apesar de ter etiologia desconhecida, 40% dos pacientes com HS apresentam história familiar positiva para a doença e sendo assim, acredita-se que as causas genéticas sejam um fator intrínseco no seu desenvolvimento. Desequilíbrios no sistema imunológico e fatores ambientais como obesidade e tabagismo também contribuem para o curso da doença. A HS também está fortemente associada à outras comorbidades, como síndrome metabólica, doenças inflamatórias intestinais, espondiloartrites, depressão e ansiedade (WOLLINA et al., 2017).

O diagnóstico da HS é essencialmente clínico, e pode ser concluído quando há o aparecimento de lesões características nos locais típicos associado à cronicidade e recorrência das lesões (dois ou mais episódios em seis meses). Exames complementares como biópsia de pele e cultura da lesão são indicados em caso de dúvida diagnóstica, enquanto exames de imagem como ultrassonografia e ressonância nuclear magnética são úteis para melhor caracterização das lesões e para o planejamento cirúrgico (SAUNTE et al., 2017).

A HS pode ser classificada clinicamente de diversas formas quanto a sua gravidade. A mais utilizada é a classificação de Hurley, que é determinada pelo número de nódulos, abscessos e fístulas, além da quantidade de áreas afetadas. Essa classificação possibilita uma avaliação intuitiva e rápida da doença, porém é limitada pois não reflete de forma acurada o estágio inflamatório e não permite avaliar a evolução do tratamento (SAUNTE et al., 2017).

## 2 ESTÁGIOS DE HURLEY

**Tabela 1** – Estágios de Hurley e suas descrições

ESTÁGIO	DESCRIÇÃO
Estágio I	Abscesso único, ou múltiplos, porém sem fístulas ou cicatrizes
Estágio II	Abscesso recorrente único, ou múltiplos, separados, com formação de fístulas e cicatrizes
Estágio III	Múltiplas fístulas interconectados e abscessos envolvendo ao menos uma área anatômica completa

**FONTE:** MAGALHÃES, 2019

O tratamento da HS envolve diferentes terapias a depender da gravidade da doença. Quadros clínicos leves e moderados conseguem ser controlados com antibioticoterapia tópica (clindamicina 1%) e sistêmica (rifampicina, clindamicina) em uso prolongado por até 12 semanas. Já os quadros mais severos, em que não há resposta ao uso de antibióticos, devem ser tratados com medicações imunobiológicas (adalidumab, infliximab) ou encaminhados para realização de tratamento cirúrgico (MAGALHÃES et al., 2019).

Uma vez que o tratamento clínico oferece pouca chance de cura para os casos graves de HS, o tratamento cirúrgico se apresenta como a opção terapêutica com maior potencial de melhora para os pacientes em estágio Hurley III da doença (BÜYÜKAŞIK et al., 2011).

Várias técnicas cirúrgicas podem ser empregadas no tratamento da HS. A drenagem de nódulos e abscessos pode ser realizada para o alívio da dor, porém representa uma melhora a curto prazo, pois as lesões tendem a recidivar. As técnicas de *deroofing* e *skin-tissue-saving excision with electrosurgical peeling (STEEP)* são consideradas menos invasivas e podem ser empregadas em lesões moderadas, enquanto a excisão ampla deve ser reservada para os casos extensos (JANSE et al., 2016).

De acordo com a literatura atual, os pacientes com quadros extensos e crônicos de HS devem ser submetidos ao tratamento cirúrgico em combinação com terapia medicamentosa adjuvante e acompanhamento ambulatorial com médico dermatologista, assim como adoção de medidas comportamentais (perda de peso, cessação do tabagismo, redução do traumatismo, higienização apropriada das lesões e realização de curativos) (ZOUBOULIS et al., 2019).

### **3 OBJETIVOS**

Este trabalho visa relatar a evolução pré/intra e pós-operatória de um paciente portador de hidradenite supurativa em região perianal, inguinal e axilar acompanhado e submetido a procedimento cirúrgico no Serviço de Residência Médica de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande (HUAC/UFCG).

### **4 METODOLOGIA**

Os dados para a realização deste relato foram obtidos a partir do prontuário do indivíduo disponível no setor de armazenamento de prontuários do hospital, respeitando as normas éticas referentes à coleta de dados para fins científicos da instituição.

### **5 RELATO DE CASO**

M. R. P. N. F., 61 anos, sexo masculino, natural de São Paulo, procedente de Ingá, é admitido no serviço de cirurgia geral do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) por apresentar múltiplos abscessos, lesões fistulosas e dor intensa na região inguinal, perianal/glútea e axilar. As primeiras lesões surgiram nas axilas há aproximadamente quarenta anos, e progrediram para a região inguinal e perianal há dez anos.

Ao exame físico, as lesões apresentavam morfologias distintas nas diferentes partes do corpo. Na axila direita, encontrava-se presença de poucos nódulos inflamatórios com sinais

flogísticos e sem saída de secreção. Na região inguinal, as lesões apresentavam alguns nódulos inflamatórios com secreção serosa, além de lesões cicatriciais fibróticas e com retrações. Já na região perianal/glútea, havia presença de abscessos e lesões fistulosas com drenagem de secreção purulenta e de odor fétido, principalmente em glúteo esquerdo, assim como lesões fibróticas.

O paciente referiu tratamento cirúrgico prévio das lesões axilares há trinta anos, porém com recidiva da doença poucos anos após, além de diversas internações hospitalares para realização de antibioticoterapia endovenosa, sem um diagnóstico definitivo. Após o tratamento medicamentoso havia melhora do quadro, porém as lesões progrediam devido à falta de um tratamento à longo prazo.

**Figuras 1 e 2** – Aspecto pré-operatório das lesões de hidradenite supurativa em região perianal e inguinal



Em sua última hospitalização no Hospital de Trauma de Campina Grande no dia 23/08/2019, onde permaneceu por 28 dias, apresentava múltiplas lesões dolorosas com secreção serossanguinolenta/fecaloide em região glútea/sacra. Nessa ocasião, foi realizada antibioticoterapia com ceftriaxona, oxacilina e clindamicina durante todo o período de internação.

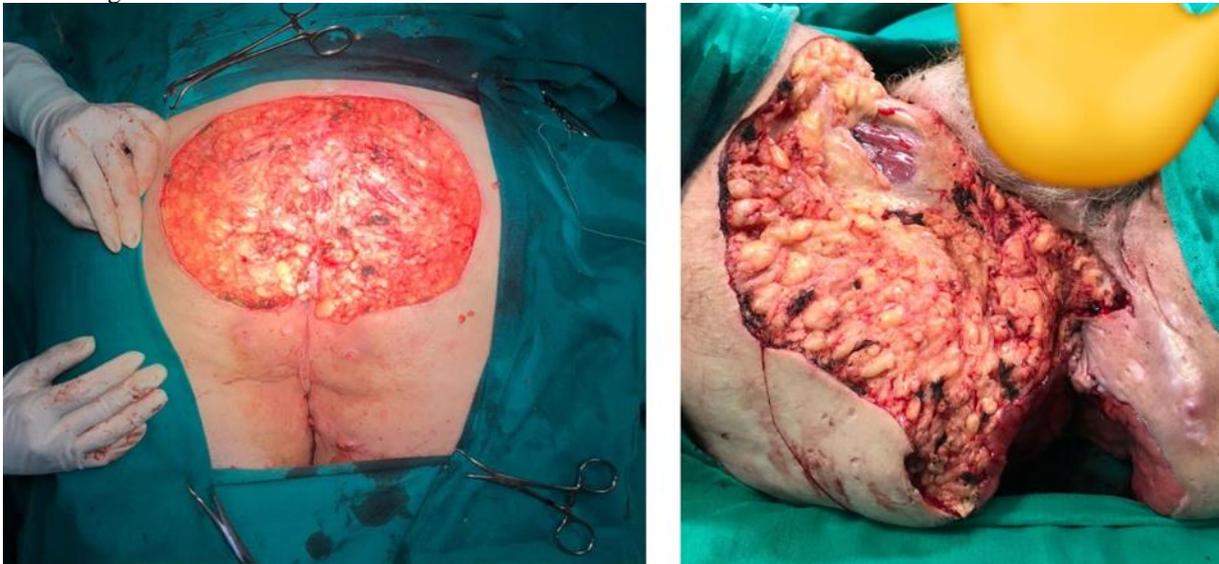
Durante a internação, também foi realizada uma ressonância nuclear magnética de pelve, que evidenciou coleções e abscessos em fossas isquioanais, sulco interglúteo (4,2 x 1,3 cm) e glúteo esquerdo (5,1 x 3,8 cm), além de trajeto fistuloso complexo transglútero. A impressão diagnóstica foi de fístula perianal tipo IV na classificação de St. James, abscesso em glúteo esquerdo e cisto pilonidal.

Como antecedentes, o paciente apresenta história pessoal de tabagismo (50 maços-ano) com interrupção há um ano e três meses, e episódio de trombose venosa profunda em perna esquerda há um ano. Além disso, foi diagnosticado com depressão e ansiedade há quatro anos e está em uso de

risperidona e ácido valpróico, realizando acompanhamento psiquiátrico no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Nega história familiar de furunculose/abscessos ou quadros semelhantes.

A análise completa do quadro clínico permitiu o diagnóstico de hidradenite supurativa e o paciente foi internado no HUAC para realização de tratamento cirúrgico, que foi executado em dois tempos. No primeiro tempo realizou-se a excisão cirúrgica em bloco das lesões na região glútea/perianal, com preservação dos esfíncteres externo e interno do ânus, enquanto no segundo tempo realizou-se a disseção da pele até o tecido celular subcutâneo nas lesões em região inguinal. O exame anatomopatológico de ambas as intervenções cirúrgicas se mostrou consistente com o diagnóstico de hidradenite supurativa.

**Figuras 3 e 4** – Aspecto intra-operatório (pós-operatório imediato) das lesões de hidradenite supurativa em região perianal e inguinal.



A cicatrização das feridas operatórias foi feita por segunda intenção e os curativos eram realizados de acordo com as recomendações da Comissão de Curativos do HUAC. Inicialmente as trocas ocorriam a cada 48h com a utilização de prata nanocristalina, sendo posteriormente realizadas diariamente apenas com soluções antissépticas e hidrogel. Um parecer da cirurgia plástica sugeriu a realização de sessões de oxigenoterapia hiperbárica para acelerar o processo de cicatrização das feridas, porém o procedimento não é disponibilizado para realização no serviço.

O regime de antibioticoterapia foi instituído no período pré-operatório e se manteve até o dia de alta hospitalar. Inicialmente, utilizou-se ciprofloxacino e metronidazol endovenoso por 14 dias. Após esse período, um hemograma mostrou anemia e leucocitose com desvio à esquerda, sem presença de febre. De acordo com orientações da Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH), foi solicitado hemocultura e urocultura (ambas negativas) e cultura da lesão em axila

esquerda, que evidenciou colonização por *Staphylococcus aureus*, o que ocasionou novo esquema de antibioticoterapia, desta vez com cefepime e teicoplanina endovenoso. Esse esquema se manteve por 8 dias, e após isso foi substituído para cefalexina via oral, que persistiu por mais 7 dias.

**Figura 5** – Aspecto pós-operatório das lesões de hidradenite supurativa em região inguinal (8º dia pós-operatório)



**Figuras 6, 7 e 8** – Aspecto pós-operatório das lesões de hidradenite supurativa em região perianal (8º, 16º e 26º dia pós-operatório)



Durante o período de internação, o paciente evoluiu com episódios de anemia moderada à grave, chegando a apresentar hemoglobina de 5,4 g/dl. Esse fato levou à realização de hemotransfusão (600 ml de concentrado de hemácias), o que elevou a hemoglobina para 10 g/dl no dia seguinte. O rastreio de outras comorbidades, como dislipidemia, diabetes mellitus e imunodeficiências não evidenciou nenhuma alteração.

Após o controle do foco infeccioso nas lesões, o paciente recebeu alta hospitalar, com orientações para procurar auxílio em sua Unidade Básica de Saúde para a realização dos curativos das feridas operatórias. Além disso, o paciente foi orientado a retornar para reavaliação no ambulatório de cirurgia geral, e também orientado a procurar o serviço de dermatologia do HUAC, para iniciar um tratamento clínico sistêmico adjuvante.

**6 DISCUSSÃO**

A HS é uma doença desafiadora tanto em seu diagnóstico quanto em seu tratamento. O presente relato de caso chama atenção pelo longo período de evolução da doença entre o surgimento da primeira lesão e o seu diagnóstico, que demorou aproximadamente 40 anos. Estudos mostram que o tempo entre a primeira manifestação da doença e o seu diagnóstico, em média, é de sete anos, o que se deve parcialmente ao conhecimento insuficiente da doença (SAUNTE et al., 2015).

As lesões no paciente eram múltiplas, extensas, purulentas, com formação de trajetos fistulosos e lesões fibróticas, o que classifica a HS nesse caso em estágio Hurley III. Há incerteza quanto às estimativas da distribuição da gravidade da HS. A doença nos estágios de Hurley I e II foi relatada como a mais comum entre os indivíduos diagnosticados com HS, afetando entre 24-68% e 28%-54% dos pacientes com HS, respectivamente, dependendo do estudo. O estágio III é menos comum, ocorrendo em 2 a 29% dos pacientes com HS (CALAO et al., 2018).

O tratamento cirúrgico ideal para HS é controverso. Em casos agudos, pequenos procedimentos cirúrgicos, como incisão e drenagem local, são realizados, mas a recorrência é frequente com esses métodos. Depois que a doença aguda regride, pode ser feita uma excisão local limitada ou ampla do local afetado. O risco de recorrência é maior com excisão local do que com excisão ampla (BÜYÜKAŞIK et al., 2011).

Parks e Parks recomendam que a excisão ampla seja realizada removendo todas as glândulas apócrinas da pele com pelos até a fáscia profunda subadjacente, sendo esse o melhor método para impedir recorrência. Uma margem de 1 a 2 cm é frequentemente essencial para garantir a cura. Além disso, as excisões cirúrgicas das doenças perianais podem ser desafiadoras e a preservação do esfíncter anal é importante (POSCH et al., 2017).

A maioria dos pacientes apresenta boa tolerância à cirurgia, porém esse tratamento pode oferecer complicações, longos períodos de internação hospitalar além recorrência. Estudos mostraram recorrência pós-operatória em 54,2% dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico, a maioria delas detectadas em uma margem menor que 1cm do local da excisão. Entretanto, essa taxa cai para 18,9% quando se leva em conta os pacientes submetidos à excisão cirúrgica ampla das lesões (WALTER et al., 2018).

O tratamento cirúrgico foi indicado de forma correta para o caso, uma vez que o paciente apresentava lesões crônicas com saída de secreção serossanguinolenta, além de uma resposta parcial aos tratamentos clínicos prévios. Atualmente, a excisão em bloco ou ampla é considerada o tratamento mais eficaz para melhora das áreas afetadas e reduzir as recorrências nos pacientes em estágio Hurley III da doença (SAUNTE et al., 2017).

A reconstrução após excisão ampla e radical é importante para manter a função, reduzir retrações e fornecer bons resultados estéticos. A cicatrização por segunda intenção requer um longo processo de recuperação pós-operatória (7 a 30 semanas), e o cuidado meticuloso das feridas é essencial. Com um bom tratamento de feridas, esse método está associado a baixas taxas de recorrência (ELLIS, 2012). Posch demonstrou que a excisão ampla seguida de cicatrização por intenção secundária produziu resultados estéticos e funcionais satisfatórios e alcançou a cura local, além de melhorar a qualidade de vida na grande maioria dos pacientes (POSCH et al., 2017). Um estudo realizado em São Paulo com 38 pacientes portadores de HS em região glútea e perineal revelou um tempo médio de 10 semanas para cicatrização completa das lesões de pacientes submetidos à excisão ampla com cicatrização por segunda intenção (BOCCHINI et al., 2003).

Embora os antibióticos sistêmicos tenham sido utilizados no tratamento da HS, evidências de qualidade que apoiam essa prática são restritas. A terapia utilizada mais comumente é a combinação de rifampicina e clindamicina por via oral, com duração de 10 semanas. Um estudo prospectivo em que essa combinação foi administrada por 12 semanas com seguimento de um ano mostrou uma resposta clínica inicial em 19 de 26 pacientes (73%) imediatamente após o tratamento, diminuindo para 7 de 17 pacientes (41%) em um ano (GENER et al., 2009).

As evidências que apoiam o uso de antibioticoterapia endovenosa também não são suficientes. Um relato de quatro casos revelou resposta clínica completa após o uso de ertapenem por via endovenosa, porém o relato estudou pacientes com doença em estágio Hurley II. Além disso, ainda precisa ser determinado o momento exato e o tempo de uso desses antibióticos (NASSIF et al., 2012).

O paciente do presente relato realizou antibioticoterapia endovenosa e oral, que incluiu metronidazol, ciprofloxacino, cefepime, teicoplanina e cefalexina durante o curso de sua internação. Apesar de não haver evidências que corroborem o uso de nenhum desses antibióticos, o paciente apresentou melhora na supuração das lesões, o que foi observado ao longo da internação no momento da troca dos curativos.

Apesar de não ter sido executada, a realização de oxigenoterapia hiperbárica se mostraria benéfica como um tratamento adjuvante. Um estudo prospectivo randomizado que comparou terapia sistêmica isolada com a oxigenoterapia hiperbárica adjuvante em pacientes com HS evidenciou uma melhora clínica mais significativa nos grupos em que os tratamentos eram utilizados em associação. A oxigenoterapia hiperbárica também proporciona um efeito positivo no fechamento, superfície da ferida, perfusão vascular e angiogênese (DE SMET et al., 2017).

Na HS os fatores de risco são determinantes para o desenvolvimento da doença, assim como um pior prognóstico, sendo necessário questionar a presença desses fatores durante o exame clínico.

Nesse caso, o paciente apresentava alguns desses fatores, como tabagismo e obesidade. O tabagismo foi identificado em 70 – 93% dos pacientes portadores da doença, dependendo do estudo. Além disso, o rastreio de comorbidades é uma recomendação formal após o diagnóstico de hidradenite, pois a intervenção nelas pode influenciar na evolução da doença (WOLLINA et al., 2017).

É imperativo reforçar a importância do tratamento clínico para o controle otimizado da hidradenite supurativa, uma vez que o paciente ainda apresentava lesões em região axilar que não foram tratadas cirurgicamente. Ensaio clínico randomizados recentes revelaram o uso de medicações imunobiológicas promissoras no tratamento da doença. Os estudos PIONEER I e PIONEER II demonstraram a eficácia do Adalimumab no tratamento da HS, sendo superior ao placebo. Atualmente, o Adalimumab o único medicamento indicado e aprovado pela European Medicine Agency e pelo Food and Drug Administration para o tratamento da HS (KIMBALL et al., 2016).

## 7 CONCLUSÃO

A hidradenite supurativa é uma doença crônica que demanda mais investimento clínico e debates acerca de sua etiologia, bem como do tratamento mais adequado desta afecção. Por isso, há de se efetivar a conduta de modo individualizado, com abordagem precoce e multidisciplinar.

Assim, neste estudo de caso, pode-se observar achados de hidradenite supurativa recorrente com enfoque no tratamento cirúrgico dessa patologia com acometimento perianal. Com base no estudo, viu-se que a terapêutica deve ser individualizada de acordo com a extensão, gravidade e o grau de interferência na qualidade de vida de cada paciente.

Ainda na terapêutica, constatou-se que, embora a antibioticoterapia não seja uma conduta padrão na clínica médica da hidradenite, no caso exposto essa intervenção se mostrou benéfica. Além disso, optou-se pela conduta cirúrgica, a qual é considerada pela literatura como prática definitiva no tratamento da hidradenite supurativa.

Com base no que foi exposto, evidencia-se, portanto, a necessidade na realização de novas pesquisa acerca dessa patologia bem como disseminação do conhecimento desta na prática médica. Pois, embora fisiopatologia não definida, ao ter o conhecimento adequado acerca da hidradenite supurativa, o profissional médico irá se atentar a achados que levará a uma clínica mandatória com indicação de intervenção, sendo esta quanto mais precoce, maior a efetivação e benefícios ao paciente.

**REFERÊNCIAS**

- BOCCHINI, Sylvio F. et al. Gluteal and Perianal Hidradenitis Suppurativa. **Diseases Of The Colon & Rectum**, v. 46, n. 7, p.944-949, jul. 2003.
- BÜYÜKAŞIK, Oktay et al. Surgical Approach to Extensive Hidradenitis Suppurativa. **Dermatologic Surgery**, v. 37, n. 6, p.835-842, jun. 2011.
- C.-W. YU, Carmen; COOK, M.g.. Hidradenitis suppurativa: a disease of follicular epithelium, rather than apocrine glands. **British Journal Of Dermatology**, v. 122, n. 6, p.763-769, jun. 1990.
- CALAO, Miriam et al. Hidradenitis Suppurativa (HS) prevalence, demographics and management pathways in Australia: A population-based cross-sectional study. **Plos One**, v. 13, n. 7, 24 jul. 2018.
- GENER, G. et al. Combination Therapy with Clindamycin and Rifampicin for Hidradenitis Suppurativa: A Series of 116 Consecutive Patients. **Dermatology**, v. 219, n. 2, p.148-154, 2009.
- ELLIS, Lixia Z. Hidradenitis Suppurativa: Surgical and Other Management Techniques. **Dermatologic Surgery**, v. 38, n. 4, p.517-536, abr. 2012.
- JANSE, Ineke et al. Surgical Procedures in Hidradenitis Suppurativa. **Dermatologic Clinics**, v. 34, n. 1, p.97-109, jan. 2016.
- KIMBALL, Alexa B. et al. Two Phase 3 Trials of Adalimumab for Hidradenitis Suppurativa. **New England Journal Of Medicine**, v. 375, n. 5, p.422-434, 4 ago. 2016.
- MAGALHÃES, Renata Ferreira et al. Consensus on the treatment of hidradenitis suppurativa - Brazilian Society of Dermatology. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 94, n. 21, p.7-19, abr. 2019.
- POSCH, Christian et al. The role of wide local excision for the treatment of severe hidradenitis suppurativa (Hurley grade III): Retrospective analysis of 74 patients. **Journal Of The American Academy Of Dermatology**, v. 77, n. 1, p.123-128, jul. 2017.
- SAUNTE, D.m. et al. Diagnostic delay in hidradenitis suppurativa is a global problem. **British Journal Of Dermatology**, v. 173, n. 6, p.1546-1549, 3 nov. 2015.
- SAUNTE, Ditte Marie Lindhardt; JEMEC, Gregor Borut Ernst. Hidradenitis Suppurativa. **Jama**, v. 318, n. 20, p.11-11, 28 nov. 2017.
- SMET, Gijs H.j. de et al. Oxygen therapies and their effects on wound healing. **Wound Repair And Regeneration**, v. 25, n. 4, p.591-608, ago. 2017.
- WALTER, Anne-Christine et al. Hidradenitis Suppurativa After Radical Surgery—Long-Term Follow-up for Recurrences and Associated Factors. **Dermatologic Surgery**, v. 44, n. 10, p.1323-1331, out. 2018.
- WOLLINA, Uwe et al. Comorbidities, treatment, and outcome in severe anogenital inverse acne (hidradenitis suppurativa): a 15-year single center report. **International Journal Of Dermatology**, v. 56, n. 1, p.109-115, 6 ago. 2016.

ZOUBOULIS, C.c. et al. Hidradenitis suppurativa/acne inversa: a practical framework for treatment optimization - systematic review and recommendations from the HS ALLIANCE working group. **Journal Of The European Academy Of Dermatology And Venereology**, v. 33, n. 1, p.19-31, 23 out. 2018.