



XXXI Congresso de
Iniciação Científica
Unicamp



Hidradenite supurativa e resposta a imunobiológicos - experiência do HC Unicamp - Dermatologia da UNICAMP

Palavras-chave: hidradenite supurativa, imunobiológicos, estadiamento, tratamento.

Aluna: Thais dos Santos Martins - RA 206065 Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Renata Ferreira Magalhães - Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Unicamp.

INTRODUÇÃO

A hidradenite supurativa (HS) é uma doença dermatológica inflamatória crônica caracterizada por nódulos inflamatórios, abscessos e fístulas nas regiões de dobras, principalmente como região axilar, inguinal e glútea, com dor e saída de secreção purulenta. A etiologia envolve a hiperqueratose e oclusão do folículo pilosebáceo, que leva a um rompimento e extrusão do conteúdo folicular, com alterações inflamatórias da imunidade inata e adquirida, além da presença de bactérias da flora e participação de hormônios. (1, 2, 4, 9).

A HS pode ser classificada por meio da escala de Hurley em três grupos de acordo com a gravidade da doença. O estágio I é o mais leve e classificado quando há nódulos sem fístulas ou cicatrizes; estágio II trata-se de um quadro moderado com a presença de fístulas superficiais e isoladas; e estágio III é grave, muitas fístulas interconectadas e abscessos atingindo uma ou mais áreas anatômicas inteiras. A padronização do tratamento da hidradenite é dificultada pela sua etiologia multifatorial (3-5,10,11), no entanto, diversas opções terapêuticas vêm sendo utilizadas ao longo dos anos (6,7,12).

Além das medidas não medicamentosas como uma correta higienização, cessação do tabagismo e perda de peso, pode-se usar antibióticos tópicos e sistêmicos, retinóides,

laserterapia, tratamento cirúrgico e imunobiológicos como o anti-fator de necrose tumoral (anti-TNF) (4,8,9,13).

O objetivo do trabalho foi analisar o perfil do paciente com HS antes e depois do tratamento proposto e o resultado do tratamento em termos de eficácia e segurança.

Metodologia

Ética

Não houve nenhuma intervenção para os pacientes em tratamento no ambulatório do HC-UNICAMP e durante todas as etapas da pesquisa a identidade dos pacientes foi e será preservada.

População e local da pesquisa

Foi solicitado uma listagem dos pacientes do ambulatório de hidradenite supurativa ao setor de informática do HC-UNICAMP, através da pesquisa de CID L73.2 e códigos dos ambulatórios durante o período de 2012, quando foi criado o ambulatório, até o final de 2022. A pesquisa foi baseada em levantamento de dados, revisão dos prontuários dos pacientes diagnosticados com hidradenite supurativa e atendidos no ambulatório de HS do ambulatório de Dermatologia do HC Unicamp nesse período.

Aquisição de dados e análise estatística

A pesquisa foi realizada com base no levantamento de prontuários dos casos de hidradenite supurativa atendidos no ambulatório de dermatologia do HC-UNICAMP desde o início de 2012 até o final de 2022. Os dados estudados foram: idade, idade de início dos sintomas, sexo, índice de massa corporal (IMC), tratamentos, comorbidades, entre outros. Os dados foram agrupados em uma tabela e avaliados estatisticamente por meio das proporções, porcentagens, médias e medianas.

Resultados e Discussões

No estudo foram avaliados 123 prontuários, dentre eles 117 se encaixavam no diagnóstico de hidradenite supurativa e tinham ao menos 2 consultas realizadas. Dos 117 pacientes, 43 eram homens (36,45%) e 75 mulheres (63,55%). Segundo classificação de Hurley, 23 eram Hurley 1, representando 19,66%; 35 eram Hurley 2 (29,91%) e 59 eram Hurley 3 (50,43%).

As idades dos pacientes tomando como base o ano de 2022 variavam entre 13 e 69 anos, com uma média de 35,6 anos. Já a idade de surgimento da HS apresentava uma variação entre os 6 e 49 anos, tendo a média da idade de surgimento aos 21 anos.

Em relação às áreas acometidas pela HS, cabe ressaltar que as mais comuns foram: axilas 76,92%; região inguinal 71,79%; região interglútea 30,77%; região mamária 16,24%; região abdominal 5,99%; região dorsal 7,69%, região facial 5,98% e região de coxa 7,69%.

Dos 117 pacientes avaliados, foi analisado e questionado o uso de tabaco para 68 pacientes. Dentre eles, 37,76% eram tabagistas (25 pacientes). Em relação ao IMC, para classificar um paciente como obeso é necessário um IMC acima de 30kg/ m², dentro do estudo, dentro dos 99 IMCS avaliados, 75 (75,75%) representavam um valor indicativo de obesidade.

Dentre as outras comorbidades avaliadas, em ordem de acometimento tem-se: diabetes mellitus tipo 2: 16,24%; hipertensão arterial sistêmica: 15,38%; hipotireoidismo: 11,11%; cisto

pilonidal: 11,11%; tríade da oclusão folicular: 10,26%; acometimento articular: 9,47%; acometimento intestinal: 6,84%, sendo 3,41% com o diagnóstico de doença de crohn; pioderma gangrenoso: 6% e trissomia do cromossomo 21: 5,13%;

Em relação aos tratamentos, foi avaliado o uso de imunobiológicos, antibiótico sistêmico, corticoide sistêmico, tratamentos tópicos, retinóides, realização de drenagem, laserterapia e abordagem cirúrgica. Abaixo, na tabela 1, é colocado na primeira coluna a classe e o tipo de tratamento realizado. Na segunda coluna, há uma porcentagem, em relação aos 117 pacientes da pesquisa, que utilizaram o tratamento proposto na coluna 1.

Tratamento	% de pacientes com o tratamento N=117
1)Imunobiológico a)Infliximabe b)Adalimumabe c)Secuquinumabe d)Tocilizumabe e)Certolizumabe	a)8,54% b)19,66% c)1,70% d)1,70% e)1,70%
2) Antibióticos a)Cefalexina b)Dapsona c)Sulfametoxazol + trimetoprima d)Tetraciclina e)Clindamicina f) Doxiciclina	a)10,25% b)12,82% c) 70,08 % d)4,27% e)1,70% f) 30,76%
3) Corticoide sistêmico a) Prednisona	a)35,04%
4) Tópicos a)Adapaleno b)Resorcinol 15% c)Peróxido de benzoíla d) Epiduo e) Effaclar f)ATA 30% ** g)ATA 50% ** h)ATA 70% **	a)4,27% b) 47% c)27,35% d)8,55% e)4,27% f)7,70% g)4,27% h) 1,71%
5)Retinoides a)Isotretinoína	a)23,07%
6a) Laserterapia b)Infiltração com Triancil	a) 21,36% b)41,02%

7a) Drenagem	a) 7,69%
8a) Exérese	a) 35,90 %

** ATA:ácido tricloroacético.

Conclusão:

Foi possível delinear um perfil dos pacientes com HS atendidos no HC Unicamp durante os 10 anos de atividade do ambulatório de HS. Os pacientes iniciaram os primeiros sintomas muito jovens, em torno de 20 anos, e mais da metade apresenta estágio avançado da doença. As comorbidades que mais relacionadas foram: obesidade, hipotireoidismo, diabetes mellitus tipo 2, acometimento articular, hipertensão arterial sistêmica, cisto pilonidal e tríade da oclusão folicular. As regiões mais acometidas no grupo de pacientes estudado foram: axilar seguido pela inguinal e glútea, sendo as áreas atípicas e os casos sindrômicos raros.

Em relação ao uso de tópicos, o uso de resorcinol 15% foi o mais utilizado independentemente da classificação de Hurley. Observou-se que para o controle das lesões de menor grau, Hurley 1, os tópicos muitas vezes são os mais utilizados em conjunto, na maioria dos casos, com algum antibiótico sistêmico e uso de corticoterapia nos casos agudos.

Em relação ao tratamento, antibióticos, como sulfametoxazol-trimetropina (70%) e a doxiciclina (mais de 30%) foram os mais utilizados, principalmente nos casos de grau moderado-grave. A excisão cirúrgica foi realizada em mais de um terço dos casos, sempre em associação com terapias sistêmicas, inclusive imunobiológicos.

Por fim, sobre o tratamento com imunobiológicos, destaca-se o adalimumabe que foi utilizado no tratamento de quase 20% dos 117 pacientes estudados, sendo o uso restrito para os casos moderados e graves (Hurley 2 e 3). Não houve eventos adversos inesperados relacionados com essa medicação. É importante salientar que este tratamento é o único aprovado para HS no Brasil e disponível no SUS. Os demais utilizados foram devido a outras comorbidades, como artrite e sacroileíte ou doença inflamatória intestinal. Os imunobiológicos foram utilizados principalmente para os casos mais graves de HS e mostraram-se uma terapia eficaz e segura, cada vez mais utilizada.

REFERÊNCIAS

1. Da A, Silva CE. Ministério da saúde secretaria de atenção especializada à saúde

- secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos. *Revista Virtual Direito Brasil*. 2020;5:200–200.
2. Tricarico PM, Boniotto M, Genovese G, Zouboulis CC, Marzano AV, Crovella S. An integrated approach to unravel hidradenitis suppurativa etiopathogenesis. *Front Immunol*. 2019;10:1–13.
 3. Lee EY, Alhusayen R, Lansang P, Shear N, Yeung J. What is hidradenitis suppurativa? *Can Fam Physician*. 2017;63(2):114–20.
 4. Vinkel C, Thomsen SF. Hidradenitis Suppurativa: Causes, Features, and Current Treatments. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2018;11(10):17–23.
 5. Urmal I, Ortins-Pina A, Correia M, Silva JM. Hidradenite Supurativa: Compreender para Tratar. *Gaz Médica*. 2017;3:180–5.
 6. Costa-Silva M, Azevedo F, Lisboa C. Avanços na Hidradenite Supurativa : Da Etiopatogenia ao Tratamento. *Revista SPDV*. 2018; 76(1): 9-24.
 7. Schmitt JV, Bombonato G, Martin M, Miot HA. Risk factors for hidradenitis suppurativa: a pilot study. *An Bras Dermatol*. 2012;87(6):936–8.
 8. Pink AE, Simpson MA, Desai N, Trembath RC, Barker JNW. γ -secretase mutations in hidradenitis suppurativa: New insights into disease pathogenesis. *J Invest Dermatol*. 2013;133(3):601–7.
 9. Fernandes NC, Lima CMO, Franco CPA. Hidradenite supurativa: Estudo retrospectivo de 20 casos. *An Bras Dermatol*. 2013;88(3):480–1.
 10. Soiza RL, Donaldson AIC, Myint PK. Hidradenitis suppurativa: infection, autoimmunity, or both? *Ther Adv Vaccines*. 2018;9(6):259–61.
 11. Wiperman J, Bragg DA, Litzner B. Hidradenitis suppurativa: Rapid evidence review. *Am Fam Physician*. 2019;100(9):562–9.
 12. Salgado-Boquete L, Romaní J, Carrión L, Marín-Jiménez I. Epidemiología de la hidradenitis suppurativa y de la enfermedad inflamatoria intestinal: ¿son enfermedades que se asocian? *Actas Dermosifiliogr*. 2016;107:8–12.
 13. Gracia Cazaña T, Berdel Díaz LV, Martín Sánchez JI, Querol Nasarre I, Gilaberte Y. Revisión sistemática de las terapias con luz en el tratamiento de la hidradenitis suppurativa. *Actas Dermosifiliogr*. 2020;111(2):89–106.