

Síndrome da Oclusão Folicular

Follicular Occlusion Syndrome: A case report

Resumo

Introdução

A hidradenite supurativa (HS) é uma doença inflamatória imunomediada, debilitante, cuja prevalência estimada é de 0,41% na população brasileira. Resulta da oclusão crônica do folículo pilosebáceo nas áreas de glândulas apócrinas e manifesta-se através de nódulos, abscessos, fibrose e trajetos fistulosos.

Objetivos

A ideia central deste trabalho foi relatar o caso de um paciente com manifestações clínicas atípicas, de padrão folicular, em que através da história e de um exame físico detalhado, foi diagnosticado com HS.

Materiais / Sujeitos e Métodos

Foi realizada uma análise retrospectiva baseada no prontuário do paciente atendido em Julho a Novembro 2020 no ambulatório do serviço de Dermatologia Clínica da Associação Pele Saudável - Faculdades BWS.

Resultados

Alguns diagnósticos foram fechados como a foliculite dissecante e a acne inflamatória moderada. Entretanto uma doença sindrômica se tornou evidente: a HS. A terapêutica instituída foi através de terapia medicamentosa com Acitretina e infiltrações com corticoide.

Conclusões

A compreensão da HS e de suas características clínicas permitiram adequada conclusão diagnóstica e pode influenciar diretamente na decisão de tratamento sistêmico, evitando subdiagnósticos e suas complicações.

Abstract

Suppurative hidradenitis (HS) is a debilitating, immune-mediated inflammatory disease with universal distribution, whose estimated prevalence is 0.41% in the Brazilian population. It results from the chronic occlusion of the pilosebaceous follicle in the areas of apocrine glands and manifests itself through nodules, abscesses, fibrosis and fistulous pathways. This work reports the case of a patient with folliculitis dissecans, who through history and a detailed physical examination, found other follicular appearances, diagnosed with Follicular Suppurative Hidradenitis. The systemic treatment of choice was Acitretin 25mg / day and local infiltration with Triamcinolone Hexacetonide in the concentration 20mg / ml in a hypertrophic scalp plate. It was concluded that HS should be understood, in addition to the degree of severity, but also according to its clinical characteristics, which can influence the choice of treatment. Only anamnesis and careful dermatological examination can prevent the underdiagnosis of the disease and its complications.

Autora/Orientador



Caroline Barone Vila Real Costa
Pós-graduanda em Dermatologia
Faculdades BWS
Brasil



Byron José Figueiredo Brandão
Professor - Dermatologia
Faculdades BWS
Brasil

Palavras-chave

Hidradenite Supurativa. Oclusão Folicular. Foliculite Dissecante. Inflamação.

Keywords

Hidradenitis Suppurativa. Follicular Occlusion. Folliculitis dissecans. Inflammation.

Trabalho submetido: 15/04/21. Publicação aprovada: 22/04/21. Financiamento: nenhum. Conflito de interesses: nenhum.

INTRODUÇÃO

A hidradenite supurativa (HS) é uma doença inflamatória imunomediada, debilitante, também conhecida como acne inversa ou também como doença de Verneuil, tem distribuição universal, cuja prevalência estimada é de 0,41% na população brasileira ⁽¹⁾. As manifestações surgem com maior predominância após a puberdade, em meados da segunda década de vida e atingem a fase ativa até a quarta década de vida ⁽²⁾.

Resulta da oclusão crônica do folículo pilossebáceo nas áreas de glândulas apócrinas e manifesta-se através de nódulos, abscessos, fibrose e trajetos fistulosos ⁽³⁾. Os mecanismos e a fisiopatologia ainda não são totalmente explicados, porém o que se sabe é que há um evento desencadeante para a oclusão folicular. Esta afecção tem forte impacto na qualidade de vida dos indivíduos afetados, pois além de serem dolorosos, tem repercussão estética ⁽²⁾.

Como fatores para seu surgimento temos questões genéticas, além de questões hormonais, o tabagismo e a obesidade mesmo embora a fisiopatologia da doença não tenha sido totalmente esclarecida, temos como fatores em comum estas questões para o surgimento de tal manifestação cutânea ⁽²⁾.

É sabido que a doença é classificada segundo os índices de gravidade, através da classificação de Hurley, entretanto o tratamento pode ser definido também através do reconhecimento da lesão elementar e sua classificação clínica ⁽⁴⁾. Canoile-Poitrine por exemplo classifica os casos nos tipos axilar-mamário, folicular e glúteo ⁽⁵⁾. Já Van der Zee *et al.*, agrupou os subtipos em foliculite regular, conglobata, cicatricial, furúnculo friccional, sindrômico e ectópico ⁽⁶⁾.

Como tratamento temos uma abordagem terapêutica mais direcionada a prevenção de novas lesões para a contenção da doença e a sua não progressão, mas também deve-se ter como terapêutica a eliminação de lesões já existentes. Incluindo ações não-farmacológicas, que são um adoção de um estilo de vida mais saudável, e tratamentos farmacológicos como agentes tópicos, retinóides, anti-inflamatórios, antibióticos, agentes biológicos e até mesmo uma intervenção cirúrgica para obtenção de resultados ⁽³⁾.

Este trabalho tem por objetivo relatar um caso de Hidradenite Supurativa, com manifestações clínicas foliculares e seu respectivo tratamento. Inicialmente diagnosticado com foliculite dissecante e acne inflamatória moderada, entretanto, através da história e de um exame físico detalhado, o diagnóstico foi fechado e a terapêutica implementada.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 40 anos, fototipo IV, sem comorbidades ou doenças crônicas, IMC 25,69; negou tabagismo e etilismo social. Relatou como cirurgias prévias drenagem de abscessos na pele em axila direita e no pescoço. Em sua primeira consulta clínica em Julho/2020, queixoso de “pelos encravados no couro cabeludo e espinhas” há 3 anos. Negou tratamentos prévios ou investigação diagnóstica. À ectoscopia do couro cabeludo, presença de placa hipertrófica, linear, de coloração rosada e de aproximadamente 9cm x 2cm em região occipital. Na periferia da lesão, politriquia e pápulas eritematosas. Foi realizado exame físico detalhado que evidenciou no tórax e abdome, inúmeras pápulas eritemato acastanhadas e pústulas difusamente distribuídas anterior e posteriormente. Macrocomedões e presença de duas placas lineares, normocrômicas, pouco hipertróficas, em axila direita. Uma placa linear hipertrófica em região cervical anterior. Não observados nódulos ou abscessos.

Figura 1 - Placa hipertrófica, linear, de coloração rosada, cicatricial, de aproximadamente 9cm x 2cm em região occipital. Na periferia da lesão, politriquia e pápulas eritematosas.



Fonte: original da autora.

Figura 2 - Macrocomedões e presença de cicatrizes: duas placas lineares, normocrômicas, pouco hipertróficas, em axila direita.



Figura 3 - Inúmeras pápulas eritemato acastanhadas e pústulas difusamente distribuídas em tronco.



Fonte: original da autora.

Como conduta, foi solicitado exame ultrassonográfico de região axilar direita para melhor caracterizar o quadro. Pelo padrão clínico folicular, o tratamento sistêmico escolhido foi Acitretina 25mg/dia. Exames laboratoriais foram solicitados para programação de introdução da droga. O paciente foi submetido a uma sessão de infiltração local com Hexacetonido de Triancinolona na concentração 20mg/ml em placa hipertrófica do couro cabeludo e acompanhamento no ambulatório de pequenos procedimentos para futuras infiltrações.

Após 30 dias, em consulta de retorno, o paciente trouxe os exames séricos, sem anormalidades. Até o presente estudo, o paciente mantém-se em acompanhamento ambulatorial no serviço e com o início da terapêutica, após 60 dias de introdução do retinóide, foi notado melhora do padrão folicular de maneira geral, estabilização da doença e ausência de novas lesões.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O diagnóstico essencialmente clínico deste paciente foi traçado baseado nos critérios modificados de Dessau, levando em conta as lesões em áreas típicas que

foram bem definidas e a cronicidade dos eventos foliculares ⁽⁷⁾. Embora a classificação consagrada seja a classificação de Hurley, que estratifica a doença quando a sua gravidade em 3 estágios. Estágio I configura-se quando há presença de abscesso único ou múltiplo, sem fistulas para drenagem ou formação de cicatrizes. O estágio II é caracterizado por abscessos recorrentes, podendo ser únicos ou até mesmo múltiplos, com fistulas para drenagem tendo cicatrizes e lesões bem espaçadas. Já no estágio III o acometimento é difuso podendo ter múltiplas fistulas interconectadas ou ainda abscessos em toda uma região ⁽⁸⁾.

A solicitação de estudo de imagem com ultrassonografia foi levantada para melhor caracterização das lesões axilares, no presente caso. Os exames de imagem tem um papel importante, na avaliação, caracterização e também na graduação da lesão, para que assim possa se traçar um planejamento terapêutico, principalmente nos casos operatórios, reduzindo as recorrências naquele sítio ⁽⁷⁾.

Alguns diagnósticos foram fechados ao examinar o paciente, como a foliculite dissecante e a acne inflamatória moderada. Deste modo, é possível considerar que se a visão clínica se restringisse a estes diagnósticos, possivelmente o paciente seria subdiagnosticado e subtratado. Associado à história patológica pregressa de abscessos cutâneos em sítios típicos drenados previamente, uma doença maior se tornou evidente: Hidradenite Supurativa de padrão folicular.

Não existe uma cura para a HS, sendo seu tratamento de difícil manejo clínico com taxas de respostas relativamente baixas e recidivas frequentes, devendo o médico traçar um plano individualizado para o paciente a fim de maior controle da doença e sua sintomatologia associada. Pretende-se como plano terapêutico a inversão do curso progressivo da doença, controlando a inflamação crônica e ainda tentar chegar a um estado de remissão ou ainda de pelo menos não progressão ⁽⁹⁾.

Os tratamentos podem ser medidas locais, como o tratamento tópico e cirúrgico e também tratamentos sistêmicos, onde os fármacos são aderidos principalmente nos estados II e III da escala de Hurley, como no caso de anti-inflamatórios, antibióticos, terapias hormonais, dentre outros ⁽⁷⁾. No caso relatado acima, objetivando o controle da inflamação e para evitar a progressão para estágios

cicatriciais avançados como fibrose e áreas mais extensas acometidas, a terapêutica sistêmica foi iniciada e a medicação de escolha foi Acitretina⁽⁸⁾.

A acitretina é um metabólito ativo do etretinato que possui igual efetividade, mas que apresenta melhor perfil farmacocinético, pois apresenta uma semi-vida menor que o etretinato sendo então mais escolhido como forma de tratamento. Este tipo de fármaco é bastante utilizado no tratamento de distúrbios de caráter crônico que estão relacionados com algum tipo de hiperqueratinização, como no caso da HS. A acitretina age influenciando o ciclo celular da pele, normalizando a diferenciação e ocasionando uma redução da taxa de proliferação dos queratinócitos⁽¹⁰⁾.

Este fármaco é um retinóide sintético de segunda geração, que tem nome comercial neotigason, que se liga aos receptores nucleares alterando a expressão de genes, tendo efeitos imunomoduladores e anti-inflamatórios atuando e ajudando na HS. Sua administração oral, tem variações de absorção cerca de 36 a 95%, sendo sua biodisponibilidade significativa com a ingestão de alimentos. Este medicamento está na classe de medicamentos de alto custo do Ministério da Saúde, podendo o indivíduo que o necessita se matricular na secretaria de saúde para garantir seu abastecimento⁽⁸⁾.

Após o primeiro mês em uso de Acitretina, o paciente já apresentava alguma resposta, que se deu de maneira ainda mais satisfatória em 60 dias de tratamento, com redução das lesões papulares difusamente e dos macrocomedões axilares. Observou-se ainda diminuição na espessura da placa em couro cabeludo após 3 sessões de infiltração com corticoide.

CONCLUSÕES

A HS deve ser compreendida além dos índices de avaliação de gravidade, mas também de acordo com suas características clínicas, que podem influenciar na escolha do tratamento e fazer toda a diferença no manejo da doença. Outros dois diagnósticos foram traçados, mas foi compreendido que o padrão de oclusão folicular correspondia a um quadro de HS. Isso se deu através da anamnese e do exame dermatológico

critérios, permitindo a conclusão diagnóstica, evitando o subdiagnóstico e suas complicações. No caso relatado, alcançamos a precisão no reconhecimento da doença e na abordagem terapêutica multimodal através da terapia medicamentosa com retinóide oral e procedimentos infiltrativos com corticoide injetável.

A precisão diagnóstica é de suma importância no contexto da doença a fim de obter uma terapêutica correspondente a afecção em si, maximizando os resultados, que além de clínicos tem efeitos estéticos importantes. Estes devem ser considerados já que há grande impacto das lesões na qualidade de vida de seus portadores, devendo o dermatologista e sua equipe estarem atentos ao indivíduo em sua totalidade.

REFERÊNCIAS

1. Ianhez M, Schmitt JV, Miot HA. Prevalência de hidradenite supurativa no Brasil: um levantamento populacional. *Int J Dermatol*. [Internet]. 2018;57:618-20. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29517130/>
2. Urmal I, Ortis-Pina A, Correia M, Silva JM. Hidradenite Supurativa: Compreender para tratar. *Gazeta Médica*. [Internet]. 2016;4(3):180-185. Disponível em: <http://www.gazetamedica.pt/index.php/gazeta/article/download/46/79>
3. Dufour DN, Emtestam L, Jemec GB. Hidradenite supurativa: uma doença inflamatória da pele comum e pesada, mas pouco reconhecida. *Postgrad Med J*. [Internet]. 2014;90(1062):216–21. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24567417/>
4. Magalhães RF, Rivitti-Machado MC, Duarte GV, Souto R, Nunes DH, Chaves M, et al. Consenso sobre o tratamento da hidradenite supurativa - Sociedade Brasileira de Dermatologia. *Na Bras Dermatol*. [Internet]. 2019;94(2 Suppl 1):S7-19. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abd/v94n2s1/0365-0596-abd-94-02-s1-0007.pdf>
5. Canoui-Poitrine F, Le Thuaut A, Revuz JE, Viallette C, Gabison G, Poli F, et al. Identificação de três fenótipos de hidradenite supurativa: análise de classes latentes a partir de um estudo transversal. *J Invest Dermatol*. [Internet]. 2013;133:1506-11. Disponível em: [https://www.jidonline.org/article/S0022-202X\(15\)36267-9/pdf](https://www.jidonline.org/article/S0022-202X(15)36267-9/pdf)
6. Van der Zee HH, Jemec GB. Novos insights sobre o diagnóstico de hidrenite supurativa: apresentações clínicas e fenótipos. *J Am Acad Derma-tol*. [Internet]. 2015; 73(suppl1):S23-6. Disponível em: [https://www.jaad.org/article/S0190-9622\(15\)01995-7/fulltext](https://www.jaad.org/article/S0190-9622(15)01995-7/fulltext) - DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2015.07.047>
7. Lipsker D, Severac F, Freysz M, Sauleau E, Boer J, Emtestam L, et al. O ABC da hidradenite supurativa: um glossário validado sobre como nomear lesões. *Dermatologia*. [Internet]. 2016;232:137-42. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/Abstract/443878>
8. Lopes AA, Moraes GN, Dias BMML, Souza GD, Souza LQ. Avaliação pré-operatória por imagem da hidradenite superlativa. *Rev. Bras. Cir. Plást.* [Internet]. 2019;34(2):264-267. Disponível em: <http://rbcp.org.br/details/2536/pt-BR/avaliacao-pre-operatoria-por-imagem-da-hidradenite-supurativa>
9. Gonçalves ARA. Tratamento Farmacológico da Hidradenite Supurativa. [Dissertação] [Internet]. Coimbra[Portugal]: Faculdade de Medicina de Coimbra; 2018. Disponível em: <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/82768/1/Trabalho%20Final%20MIM%20-%20Hidradenite%20Supurativa%20%5bAR%20%26%20MG%5d4.3.pdf>
10. Zouboulis CC, Desai N, Emtestam L, Hunger RE, Ioannides D, Juhász I, et al. European S1 Guideline for Treatment of HidradenitisSuppurativa/Acne Inversa. *J EADV*. [Internet]. 2015;29(4):619-644. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25640693/>