

Ressecção cirúrgica e reconstrução dos defeitos na hidradenite supurativa grave: indicações, enxertos, retalhos e desfechos

Surgical excision and reconstruction of defects in severe hidradenitis suppurativa: indications, grafts, flaps and outcomes

Resección quirúrgica y reconstrucción de defectos en la hidradenitis supurativa grave: indicaciones, injertos, colgajos y resultados

DOI: 10.5281/zenodo.23783827

Recebido: 28 out 2026

Aprovado: 29 out 2026

Edwardo Arcanjo Silva

Formação acadêmica: Médico.

Instituição de formação: Universidad de Buenos Aires (UBA),
Facultad de Medicina.

Endereço: Brasília – Distrito Federal, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-4700-6387>

E-mail: edwardoarcujo@gmail.com

Cláudio Borges Alves

Formação acadêmica: Médico.

Instituição de formação: Escola Superior de Ciências da Saúde
(ESCS), Universidade do Distrito Federal (UnDF).

Endereço: Brasília – Distrito Federal, Brasil.

E-mail: claudioborgesalves@gmail.com

Lucas Homan Sousa do Nascimento

Formação acadêmica: Médico.

Instituição de formação: Universidad de Buenos Aires (UBA),
Facultad de Medicina.

Endereço: Goiânia – Goiás, Brasil.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-1415-1182>

E-mail: lucashoman123@gmail.com

RESUMO

A hidradenite supurativa é uma doença inflamatória crônica dos folículos pilosos, marcada por nódulos dolorosos, abscessos recorrentes, túneis de drenagem e cicatrizes em regiões intertriginosas. Na doença grave, a persistência de trajetos fistulosos e fibrose pode requerer excisão cirúrgica associada a reconstrução, envolvendo diretamente a interface entre Cirurgia Geral, Dermatologia e Cirurgia Plástica. Este trabalho objetiva discutir indicações de cirurgia, extensão da ressecção, critérios de seleção entre cicatrização por segunda intenção, fechamento primário, enxertos cutâneos e retalhos, além de complicações e recorrência. Realizou-se revisão narrativa crítica de diretrizes internacionais e estudos clínicos publicados até outubro de 2026, com ênfase nas evidências que permitem decisões reconstrutivas. A literatura apoia cirurgia para túneis persistentes, cicatrizes sintomáticas e lesões extensas, após planejamento anatômico e controle adequado da atividade inflamatória. Metanálise de 2025 encontrou recorrência agrupada de 25% com fechamento primário, 18% com enxertos e 12% com retalhos, mas as diferenças são influenciadas pela seleção dos casos e pela heterogeneidade metodológica. O ensaio SHARPS mostrou benefício clínico do adalimumabe em associação à excisão cirúrgica, sem aumento detectável de complicações da ferida no

contexto estudado. Conclui-se que a escolha reconstrutiva deve priorizar ressecção adequada, preservação funcional, perfusão do tecido e acompanhamento longitudinal, evitando interpretações de superioridade definitiva entre técnicas.

Palavras-chave: Hidradenite supurativa; Cirurgia reconstrutiva; Retalhos cirúrgicos; Enxerto cutâneo; Cicatrização de feridas.

ABSTRACT

Hidradenitis suppurativa is a chronic inflammatory disease of hair follicles characterized by painful nodules, recurrent abscesses, draining tunnels, and scarring in intertriginous regions. In severe disease, persistent tunnels and fibrosis may require surgical excision followed by reconstruction, creating an interface between general surgery, dermatology, and plastic surgery. This narrative review examines indications for surgery, excision extent, criteria for selecting secondary intention healing, primary closure, skin grafts, and flaps, as well as complications and recurrence. International guidelines and clinical studies available through October 2026 were critically appraised with emphasis on evidence relevant to reconstructive decision-making. Surgery is supported for persistent tunnels, symptomatic scars, and extensive lesions, provided that anatomical planning and inflammatory disease management are integrated. A 2025 meta-analysis reported pooled recurrence estimates of 25% after primary closure, 18% after grafting, and 12% after flap reconstruction; however, these comparisons are limited by confounding due to case selection and methodological heterogeneity. The randomized SHARPS trial identified improved clinical response with adalimumab combined with excision and secondary intention healing, without a detectable increase in postoperative wound complications in the studied setting. Reconstruction should therefore be individualized according to defect location, wound-bed quality, tissue perfusion, functional requirements, patient preferences, and the need for long-term disease control. Current evidence does not establish a universally superior closure method.

Keywords: Hidradenitis suppurativa; Reconstructive surgery; Surgical flaps; Skin grafts; Wound healing.

RESUMEN

La hidradenitis suppurativa es una enfermedad inflamatoria crónica de los folículos pilosos, caracterizada por nódulos dolorosos, abscesos recurrentes, túneles de drenaje y cicatrices en zonas intertriginosas. En casos graves, los trayectos persistentes y la fibrosis pueden requerir resección quirúrgica seguida de reconstrucción, en la intersección entre cirugía general, dermatología y cirugía plástica. Esta revisión narrativa analiza las indicaciones de cirugía, la extensión de la resección y los criterios de selección entre cicatrización por segunda intención, cierre primario, injertos cutáneos y colgajos, además de las complicaciones y recurrencias. Se examinaron críticamente guías internacionales y estudios clínicos disponibles hasta octubre de 2026, destacando la evidencia relevante para la planificación reconstructiva. La cirugía está respaldada en túneles persistentes, cicatrices sintomáticas y lesiones extensas, con planificación anatómica y tratamiento de la inflamación. Un metanálisis de 2025 informó recurrencias agrupadas del 25% con cierre primario, 18% con injertos y 12% con colgajos; sin embargo, la heterogeneidad y la selección de los casos impiden inferencias causales directas. El ensayo SHARPS mostró una mayor respuesta clínica con adalimumab asociado a cirugía, sin aumento detectable de complicaciones de la herida en el contexto evaluado. La reconstrucción debe individualizarse según la localización, la perfusión, la función y las preferencias del paciente, sin considerar ninguna técnica universalmente superior.

Palabras clave: Hidradenitis suppurativa; Cirugía reconstructiva; Colgajos quirúrgicos; Injertos cutáneos; Cicatrización de heridas.

1. INTRODUÇÃO

A hidradenite supurativa (HS), também denominada acne inversa, é uma dermatose inflamatória recorrente que acomete unidades foliculares em áreas de atrito e dobras cutâneas. As lesões típicas evoluem

de nódulos e abscessos dolorosos para túneis com drenagem persistente, placas fibrosas, cicatrizes retráteis e comprometimento de mobilidade. O impacto clínico ultrapassa o tegumento: dor, odor, limitação ocupacional, isolamento social e repercussões psicológicas são determinantes da gravidade percebida pelo paciente (ALIKHAN et al., 2019; ZOUBOULIS et al., 2025).

A importância cirúrgica da HS deriva da coexistência de inflamação reversível e dano estrutural irreversível. Fármacos podem diminuir novos nódulos e controlar atividade inflamatória, mas raramente eliminam túneis epitelizados extensos ou retrações cicatriciais consolidadas. A ressecção de tecido cronicamente comprometido torna-se, em casos selecionados, uma medida de controle local; por outro lado, deixa defeitos que exigem decisão reconstrutiva cuidadosamente adaptada à axila, à virilha, ao períneo ou à região inframamária (KRAJEWSKI et al., 2024; WONG et al., 2024).

Historicamente, o procedimento era por vezes reservado à doença considerada refratária. Diretrizes mais recentes, contudo, favorecem a integração entre terapias clínicas e intervenções locais, reconhecendo que o momento oportuno da cirurgia não deve ser definido exclusivamente pelo fracasso prolongado de todos os medicamentos. Essa integração requer identificar quais componentes da doença ainda são inflamatórios e quais representam lesão anatômica persistente (ZOUBOULIS et al., 2025).

O problema central desta revisão é a seleção do método de cobertura após excisão: o fechamento primário simplifica o tratamento, mas pode produzir tensão e retração; a cicatrização por segunda intenção dispensa área doadora, porém pode ser prolongada; o enxerto permite cobrir grandes superfícies quando há leito vascularizado; e os retalhos mobilizam tecido com suprimento próprio, oferecendo potencial preservação funcional em defeitos complexos. Como os estudos apresentam populações e extensões de ressecção diferentes, comparar percentuais isolados de recorrência pode induzir conclusões equivocadas (CUCU et al., 2025; MOSHKOVICH et al., 2026).

O objetivo é analisar criticamente a ressecção cirúrgica da HS moderada a grave e as principais estratégias de reconstrução, enfatizando seleção do paciente, delimitação do defeito, decisões técnicas, medidas perioperatórias, complicações e desfechos funcionais e de recorrência. Trata-se de trabalho orientado à integração assistencial entre as especialidades cirúrgicas, sem pretensão de validar um algoritmo clínico ou produzir estimativa própria de eficácia.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Fisiopatologia, distribuição anatômica e repercussões clínicas

A patogênese é multifatorial, envolvendo obstrução e ruptura folicular, inflamação imune e remodelação tecidual. Embora as regiões acometidas sejam ricas em glândulas apócrinas, a doença é considerada primariamente folicular. Processos secundários de colonização bacteriana e formação de biofilmes podem ocorrer, sobretudo em túneis crônicos, mas não permitem reduzi-la a infecção bacteriana simples. Essa distinção influencia a indicação de antibióticos, drenagens e ressecções definitivas (ALIKHAN et al., 2019; ZOUBOULIS et al., 2025).

As localizações de maior relevância reconstrutiva incluem axilas, pregas inguinais, região glútea, períneo e áreas inframamárias. Na axila, a retirada de pele e subcutâneo pode produzir limitação de abdução e comprometer a função do membro superior; na virilha, o movimento de flexoextensão e a umidade dificultam proteção da ferida; no períneo, há preocupação adicional com contaminação, proximidade de estruturas esfinterianas e necessidades de higiene. A técnica deve respeitar os limites anatômicos e a distribuição real dos túneis, não apenas o tamanho da ferida aparente (KRAJEWSKI et al., 2024).

A doença é mais frequentemente diagnosticada após a puberdade, com maior frequência relatada em mulheres em muitas populações, embora a proporção varie entre estudos e regiões. Tabagismo e obesidade são comorbidades ou fatores associados relevantes e devem motivar avaliação de risco; não justificam, isoladamente, negar cirurgia necessária. As diretrizes norte-americanas recomendam rastreamento de comorbidades metabólicas e avaliação do impacto na qualidade de vida, incluindo dor e incapacidade (ALIKHAN et al., 2019).

Avaliar um defeito potencial exige distinguir lesão ativa, fibrose estável e área doadora. A preservação de pele não afetada pode reduzir morbidade, mas poupar túneis inviabiliza o controle local. De maneira semelhante, a retirada desnecessária de tecido saudável pode gerar grandes feridas, contraturas e maior risco anestésico, sem benefício demonstrado. A busca de equilíbrio entre remoção adequada e conservação funcional sustenta a indicação reconstrutiva individualizada.

2.2 Classificação de gravidade e indicação de avaliação cirúrgica

O estadiamento de Hurley é uma ferramenta anatômica simples e amplamente utilizada. O estágio I caracteriza abscessos sem trajetos fistulosos ou cicatrização típica; o estágio II inclui abscessos recorrentes com túneis ou cicatrizes, geralmente em áreas separadas; o estágio III corresponde a acometimento difuso ou quase difuso de uma região com túneis interconectados. A graduação auxilia a comunicação entre equipes, mas não substitui a descrição detalhada do território cirúrgico (ALIKHAN et al., 2019).

Para monitorar atividade inflamatória, outras escalas consideram nódulos, abscessos e túneis drenantes. O International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System (IHS4) permite quantificar lesões ativas; a avaliação de dor e o Dermatology Life Quality Index (DLQI) complementam o estadiamento ao registrar desfechos percebidos pelo paciente. Uma pessoa com área pequena e túnel recorrente pode se beneficiar de procedimento focal mesmo sem extensão típica de Hurley III (ZOUBOULIS et al., 2025).

A discussão cirúrgica é especialmente pertinente na presença de trajetos persistentes, recidivas localizadas no mesmo território, cicatrizes incapacitantes, dor resistente ao manejo clínico, múltiplas drenagens sem resolução e doença extensa com perda progressiva de função. A simples incisão e drenagem tem papel paliativo em abscesso agudo muito doloroso, mas não remove os trajetos crônicos; a recorrência local após drenagem isolada é elevada, razão pela qual o procedimento não deve ser confundido com tratamento definitivo (ALIKHAN et al., 2019).

2.3 Diagnóstico e mapeamento do defeito

O diagnóstico é clínico, baseado na presença de lesões características, topografia habitual e recorrência. Folliculite simples, furunculose, cistos epidérmicos, doença de Crohn perianal, pilonidal e infecções atípicas são diferenciais dependentes da localização. Nas lesões perianais, a suspeita de trajeto profundo, doença intestinal ou comprometimento esfinteriano exige investigação dirigida antes de ressecções cutâneas extensas. Não se recomenda cultura de rotina para todo paciente, exceto quando há sinais de infecção secundária ou necessidade de orientar tratamento antimicrobiano (ALIKHAN et al., 2019).

A inspeção e palpação descrevem áreas de drenagem, bordas de placas endurecidas, mobilidade, restrição articular e proximidade de estruturas vitais. A ultrassonografia de alta frequência pode detectar trajetos subclínicos e refinar o desenho da excisão. Em estudo prospectivo de 121 lesões, a mensuração ultrassonográfica dos túneis superou, em média, a estimativa por palpação em 10,3 mm; essa diferença deve ser interpretada como resultado daquela amostra, não como margem cirúrgica padronizada (TATLIPARMAK; DOĞAN; TÜRKOĞLU, 2025).

O exame de imagem não dispensa julgamento intraoperatório. Tecido endurecido pode representar cicatriz inativa; já orifícios cutâneos discretos podem conectar-se a extensos túneis. Quando existe suspeita de extensão profunda em períneo ou de complicação associada, a indicação de ressonância ou de outros métodos dependerá da hipótese clínica. A documentação fotográfica, com consentimento e proteção de dados, e o desenho das regiões acometidas facilitam o seguimento de pacientes com doença multifocal.

2.4 Otimização do paciente e articulação entre especialidades

A avaliação pré-operatória deve documentar comorbidades relevantes, risco anestésico, estado nutricional, tabagismo, glicemia quando indicado, medicamentos imunomoduladores, capacidade de realizar curativos e rede de apoio. A decisão compartilhada precisa incorporar tempo previsível de cicatrização, afastamento laboral, limitações temporárias de movimento e eventual área doadora. Esses elementos são particularmente importantes em tratamento por segunda intenção e nos enxertos que requerem imobilização relativa nas primeiras fases de integração.

O tratamento clínico da atividade inflamatória deve ser planejado em conjunto com a equipe que acompanha a HS. Antibióticos, agentes hormonais e imunobiológicos têm indicações que dependem de gravidade, comorbidades e diretrizes atualizadas. O cirurgião não deve interpretar toda drenagem crônica como indicação automática de antibioticoterapia prolongada nem suspender imunobiológicos por regra geral sem avaliar evidências e riscos individuais (ZOUBOULIS et al., 2025).

Nos territórios de maior atrito, devem ser discutidos previamente posicionamento intraoperatório, prevenção de tromboembolismo venoso conforme risco, analgesia multimodal, escolha de curativos e fisioterapia. A cirurgia reconstrutiva não termina com a sutura ou enxertia: a adesão ao cuidado da ferida e a reabilitação funcional são determinantes para o resultado percebido, especialmente quando axila e virilha apresentam retração prévia.

2.5 Modalidades de ressecção e princípios técnicos

O deroofing consiste em abrir a cobertura superior de túneis, preservando parte da base e permitindo cicatrização por segunda intenção. Pode ser apropriado para trajetos localizados, principalmente quando a preservação tecidual constitui prioridade. Excisões localizadas removem focos discretos; excisões amplas ou regionais buscam eliminar territórios com doença estrutural extensa. Os termos “ampla” e “radical” não têm padronização uniforme entre os estudos, o que dificulta interpretações comparativas de recorrência (ZOUBOULIS et al., 2025).

Na prática, a incisão deve abranger trajetos visíveis e palpáveis, com revisão cuidadosa de cavidades e bordas. A profundidade da retirada depende da infiltração real: a presença de fibrose subcutânea pode indicar ressecção além da derme, mas não implica que fáscia ou musculatura devam ser removidas sistematicamente. Preservar vasos, nervos e elementos funcionais reduz morbidade, desde que não permaneça tecido claramente comprometido (ALIKHAN et al., 2019).

A decisão entre procedimento em um tempo e abordagem em estágios considera extensão do defeito, contaminação, disponibilidade de leito receptor vascularizado e condições gerais do paciente. Quando a

viabilidade do leito está incerta, uma estratégia de curativos e reavaliação pode ser mais segura do que cobertura imediata sob tensão. Entretanto, não há justificativa para impor etapas adicionais de forma rotineira: a execução deve ser guiada por achados objetivos e experiência da equipe.

O fechamento da ferida só é apropriado depois de controlar a origem de drenagem e retirar os túneis que determinam recorrência local. Uma reconstrução tecnicamente sofisticada não compensa excisão insuficiente; de modo inverso, ressecção muito extensa sem planejamento funcional pode produzir sequelas desnecessárias. Por esse motivo, cirurgia geral e cirurgia plástica podem beneficiar-se de um planejamento conjunto antes da marcação definitiva da pele.

2.6 Estratégias de cobertura e reconstrução

A cicatrização por segunda intenção evita tensão de sutura, dispensa área doadora e permite observação direta do leito. Seu principal ônus é o período prolongado de granulação e epitelização, com necessidade de curativos regulares, controle de exsudato e vigilância de contratura. Pode ser adequada para defeitos manejáveis e pacientes com disponibilidade para acompanhamento, mas merece cautela sobre grandes pregas e superfícies móveis quando a retração comprometeria amplitude articular (CUCU et al., 2025).

O fechamento primário é tecnicamente simples, com menor demanda inicial de curativos, mas exige mobilidade da pele residual e ausência de tensão excessiva. Nas regiões axilar e inguinal, fechamento em direção desfavorável às linhas de movimento pode limitar função. A indicação deve considerar não apenas aproximação mecânica das bordas, mas também preservação da arquitetura regional, perfusão e risco de deiscência em ambiente úmido ou inflamado.

Os enxertos cutâneos de espessura parcial oferecem cobertura relativamente ampla quando há leito vascularizado, sem estruturas avasculares expostas. O sucesso depende de contato íntimo com o leito, controle de hematoma e cisalhamento e cuidados na área doadora. A contração secundária do enxerto é particularmente relevante em axila e pregas inguinais, razão pela qual reabilitação e posicionamento precisam integrar o plano. Enxertos podem ser imediatos ou diferidos de acordo com viabilidade e limpeza da ferida (KRAJEWSKI et al., 2024).

Os retalhos locais, fasciocutâneos e perfurantes mobilizam pele e subcutâneo com pedículo vascular preservado, permitindo preencher defeitos com tecido semelhante e reduzir tensão em determinadas orientações. Retalhos de avanço, rotação ou transposição, inclusive propeller/perfurantes quando anatomia e experiência permitem, são alternativas para cobrir áreas axilares e inguinais após ampla excisão. A escolha

requer avaliação de qualidade da área doadora, distribuição da doença no tecido mobilizado e risco de congestão venosa ou necrose de ponta (WONG et al., 2024).

Em defeitos perineais extensos, o plano deve contemplar higiene, proteção das estruturas urogenitais, preservação da continência e facilidade de mobilização. A transferência de tecido regional pode ser indicada quando enxerto não ofereceria cobertura estável ou quando há estruturas profundas expostas. Não existe retalho universal para a região: necessidade de volume, arco de rotação, pedículo disponível, cicatrizes prévias e presença de doença em sítio doador determinam a seleção.

A terapia por pressão negativa pode auxiliar o controle de exsudato e a fixação de enxertos em circunstâncias selecionadas, mas não substitui excisão adequada nem constitui tratamento isolado da atividade inflamatória folicular. Se usada, exige avaliação periódica do leito e vigilância de dor, sangramento e integridade cutânea, com individualização de pressão, interface e frequência de troca. Em qualquer técnica, o desfecho desejado envolve cicatrização durável sem contratura e manutenção de função, não apenas cobertura imediata.

Quadro 1. Alternativas cirúrgicas e critérios reconstrutivos

Modalidade	Aplicação provável	Risco ou limitação que orienta a escolha
Deroofing	Túneis limitados, em regiões selecionadas	Persistência de doença fora do trajeto tratado
Excisão com segunda intenção	Defeitos cuja cicatrização pode ser acompanhada com curativos	Cicatrização prolongada e retração
Fechamento primário	Defeito pequeno, bordas móveis e sem tensão	Deiscência, tensão e possíveis cicatrizes contráteis
Enxerto cutâneo	Superfície extensa com leito receptor vascularizado	Perda parcial, cisalhamento e contração secundária
Retalho local/perfurante	Defeito que demanda tecido perfundido e proteção funcional	Morbidade doador, congestão, sofrimento distal

Fonte: elaboração analítica com base em Alikhan et al. (2019), Krajewski et al. (2024) e Zouboulis et al. (2025).

2.7 Integração da terapêutica sistêmica e cirurgia

O ensaio clínico randomizado SHARPS avaliou adalimumabe administrado antes, durante e após cirurgia por excisão ampla com cicatrização por segunda intenção. Entre 206 pacientes randomizados, a resposta clínica global na semana 12 ocorreu em 48% do grupo adalimumabe versus 34% do placebo ($p = 0,049$). Não se observou aumento detectável de infecção, hemorragia ou complicações pós-operatórias atribuíveis à continuidade do medicamento no contexto estudado (BECHARA et al., 2021).

Esse resultado sustenta a integração de controle clínico e excisão, mas não prova segurança universal do adalimumabe em toda operação, em todas as populações ou com toda técnica de reconstrução: o estudo avaliou critérios de elegibilidade específicos e feridas por segunda intenção. Decisões sobre

imunobiológicos devem integrar indicação dermatológica, história de infecção, risco imunológico e planejamento cirúrgico individual.

As diretrizes europeias S2k atualizadas realçam uma abordagem na qual a terapia medicamentosa controla inflamação ativa e o procedimento cirúrgico remove dano estrutural persistente. Essa distinção ajuda a evitar duas estratégias inadequadas: prosseguir indefinidamente com fármacos quando há túneis incapacitantes que demandam remoção; ou ressecar de forma agressiva sem controlar inflamação multifocal capaz de produzir novas lesões fora do campo operado (ZOUBOULIS et al., 2025).

3. METODOLOGIA

Foi elaborada revisão narrativa crítica orientada à tomada de decisão cirúrgico-reconstrutiva. As fontes selecionadas abrangeram diretrizes norte-americanas e europeias de hidradenite supurativa, revisões sobre técnicas operatórias e métodos de cobertura, metanálises de recorrência, estudos de imagem e ensaio randomizado sobre tratamento perioperatório. A literatura foi identificada por consulta dirigida a PubMed/MEDLINE, artigos indexados em periódicos científicos e documentos de diretrizes disponíveis até outubro de 2026.

Na organização temática, foram privilegiados estudos que permitiam responder às perguntas: quando operar; qual o alvo anatômico da ressecção; como escolher modalidade de fechamento; quais riscos funcionais devem orientar planejamento; e quais resultados de recorrência, infecção ou cicatrização têm apoio empírico. Para contextualização nacional, foi considerada a existência de protocolo clínico federal atualizado para a hidradenite supurativa, sem extrapolar suas recomendações para técnicas reconstrutivas não especificadas no documento (BRASIL, 2025).

Por não constituir revisão sistemática, não foi realizado protocolo registrado, fluxograma PRISMA, contagem exaustiva de registros, dupla seleção independente ou metanálise própria. Os números apresentados na discussão pertencem exclusivamente aos estudos originais citados. A seleção intencional das fontes e a heterogeneidade entre desenhos de pesquisa impedem estimar de modo independente magnitude ou certeza global do efeito; as conclusões são síntese argumentativa, não recomendação graduada por sistema formal.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Recorrência: evidência quantitativa e limites de comparação

A metanálise de Cucu et al. (2025), composta por 121 estudos, apresentou recorrência agrupada após excisão ampla de aproximadamente 25% para fechamento primário, 18% para enxertos, 12% para retalhos

e 28% para cicatrização por segunda intenção. Os intervalos de confiança para cada grupo foram, respectivamente, 20%–30%, 14%–22%, 9%–15% e 23%–33%. Esses resultados descrevem associação em estudos heterogêneos e não demonstram que o uso do retalho, por si só, tenha causado menor recorrência.

Uma revisão sistemática posterior de Moshkovich et al. (2026) reuniu 136 estudos e 5.646 procedimentos em doença avançada. Os autores identificaram recorrência e complicações consideráveis com fechamento primário, além de diferenças importantes segundo modalidade cirúrgica. As estimativas dessa revisão não devem ser somadas diretamente às da metanálise anterior: variam critérios de inclusão, classificação das técnicas, tempo de seguimento e definição do que constitui recorrência (MOSHKOVICH et al., 2026).

A aparente vantagem dos retalhos pode resultar, em parte, de maior extensão de ressecção realizada em serviços reconstrutivos especializados e do seguimento heterogêneo. Em contrapartida, centros que preferem segunda intenção podem receber pacientes com inflamação extensa, feridas contaminadas ou dificuldades para realizar cobertura imediata. A extensão da excisão, localização, doença residual e atividade sistêmica são potenciais confundidores que dificultam comparação entre resultados publicados.

Assim, percentuais agregados de recorrência são úteis para aconselhamento, mas precisam ser apresentados como estimativas populacionais, não como prognóstico individual. O paciente que apresenta túnel axilar único e boa reserva de tecido terá perfil diferente daquele com HS perineal difusa, obesidade, múltiplas operações e doença inflamatória ativa em outros sítios. A decisão técnica requer estratificação clínica e explicitação dessas diferenças.

Tabela 1. Recorrência agrupada segundo a modalidade de fechamento após excisão ampla

Fechamento	Recorrência estimada	IC de 95%
Primário	25%	20–30%
Enxerto cutâneo	18%	14–22%
Retalho	12%	9–15%
Segunda intenção	28%	23–33%

Fonte: Cucu et al. (2025), metanálise de 121 estudos. Resultados observacionais agrupados; sem inferência causal de superioridade.

4.2 Escolha conforme topografia e preservação de função

Na axila, a amplitude de movimento do ombro deve ser registrada antes da intervenção e novamente durante a reabilitação. Defeitos pequenos podem cicatrizar por segunda intenção ou ser fechados diretamente sem tensão; áreas amplas sobre a prega podem se beneficiar de cobertura que forneça tecido mobilizável e permita alongamento progressivo sem retração excessiva. Um enxerto de pele fina pode cobrir extensão significativa, mas sua contração secundária exige atenção à fisioterapia e posicionamento.

Na região inguinal, deve-se considerar o eixo de flexão do quadril, contato com vestuário e atrito durante marcha. Um fechamento que aproxime bordas à custa de tensão na prega aumenta risco de deiscência; se houver leito vascularizado, enxerto pode ser opção. Em defeitos com profundidade ou exposição de estruturas, retalhos fasciocutâneos regionais podem oferecer cobertura mais resistente, dependendo da vascularização e de sítios doadores livres de doença.

No períneo, o controle da umidade e a dificuldade de curativos podem favorecer planejamento em etapas, sobretudo com feridas extensas. É fundamental distinguir HS perineal de fistula anal de outra etiologia e proteger elementos urogenitais. Nos casos em que a doença ultrapassa compartimentos cutâneos, a equipe deve incluir especialidades necessárias à avaliação anatômica profunda, evitando ressecção ampla sem diagnóstico estabelecido.

Em áreas inframamárias e glúteas, além de remover túneis, deve-se considerar a disposição de cicatrizes, a necessidade de suporte local e eventuais áreas de pressão. Um retalho que atravessa pele com HS subclínica pode transferir tecido propenso a novas lesões; por isso, o desenho deve partir de tecido reconhecidamente saudável. A dimensão final do defeito pode exigir escolha diferente da planejada inicialmente.

Quadro 2. Considerações reconstrutivas por área anatômica

Região	Objetivo funcional	Questões para planejamento
Axilar	Preservar abdução do ombro	Orientação da cicatriz, risco de retração, tecido móvel
Inguinal	Preservar marcha e flexão do quadril	Atrito, umidade, tensão e leito vascularizado
Perineal	Proteger estruturas e facilitar higiene	Extensão profunda, contaminação, doença associada
Inframamária	Evitar maceração e retração	Posição da prega, cicatrizes e área doadora
Glútea	Manter cobertura em área de pressão	Exsudato, posição sentada e tolerância aos curativos

Fonte: síntese dos autores a partir de Krajewski et al. (2024), Wong et al. (2024) e Alikhan et al. (2019).

4.3 Complicações e medidas perioperatórias

As complicações comuns incluem sangramento, hematoma, infecção secundária, deiscência, dificuldade de cicatrização, perda parcial de enxerto, sofrimento de retalho, retração e dor persistente. A ocorrência de uma dessas complicações nem sempre indica recidiva da hidradenite, que deve ser distinguida de inflamação inespecífica e de ferida operatória ainda aberta. Registrar data de cicatrização completa, necessidade de revisão cirúrgica e ocorrência de novo túnel no campo tratado melhora a qualidade da avaliação.

Para enxertos, a prevenção da perda depende de leito perfundido e hemostasia adequada; coleções entre enxerto e leito e movimentos de cisalhamento devem ser evitados. Nos retalhos, avaliação seriada de

cor, temperatura, enchimento capilar e sinais de congestão é particularmente importante durante o período inicial. Quando há sofrimento vascular, a conduta depende da anatomia do pedículo, da progressão e do potencial de reabordagem tempestiva.

Curativos de segunda intenção devem equilibrar retenção adequada de umidade e controle de exsudato, protegendo pele adjacente de maceração. Dor importante, piora de odor e eritema em expansão justificam reavaliação, mas não se deve presumir infecção invasiva em toda drenagem habitual da doença. O seguimento precisa ser acessível à população atendida, com instruções factíveis para domicílio e encaminhamento quando são necessários curativos complexos.

Reabilitação orientada por região, controle de dor, aconselhamento sobre tabagismo e otimização de condições metabólicas podem integrar o cuidado. A indicação e a duração dessas medidas devem ser individualizadas. A avaliação da qualidade de vida importa porque a cirurgia pode produzir uma ferida temporariamente maior e, mesmo assim, oferecer benefício importante ao reduzir drenagem crônica e permitir retorno funcional gradual.

4.4 Proposta de sequência decisória clínico-reconstrutiva

Propõe-se uma sequência conceitual, não validada prospectivamente: (1) confirmar diagnóstico e documentar extensão e impacto funcional; (2) diferenciar inflamação ativa de túneis e cicatrizes fixas; (3) otimizar comorbidades e planejar tratamento medicamentoso perioperatório; (4) decidir se a área requer procedimento focal ou excisão ampla; (5) descrever o defeito residual e verificar leito, tensão e exposição de estruturas; (6) selecionar segunda intenção, fechamento primário, enxerto ou retalho; (7) organizar reabilitação e seguimento para recidiva e novas lesões.

A utilidade dessa sequência é disciplinar o raciocínio e não padronizar todos os casos. Mudanças podem ser necessárias conforme estrutura do serviço, estágio clínico, extensão da doença e preferências informadas do paciente. A possibilidade de realizar retalho perfurante não equivale a indicação obrigatória; procedimentos simples podem representar a opção mais prudente quando preservam função e controle local.

O sucesso deve ser avaliado por múltiplos desfechos: ausência de trajeto recorrente na área operada, tempo até cicatrização, amplitude articular, reinternação, complicações, dor, satisfação do paciente e manutenção de terapia clínica para doença fora do campo ressecado. Um estudo futuro que se proponha a testar a sequência precisará de critérios prospectivos de recorrência e mensuração de gravidade basal.

4.5 Limitações da evidência e prioridades para pesquisa

Grande parte da produção cirúrgica sobre HS baseia-se em séries retrospectivas e coortes de centros especializados. Há diferenças marcantes na extensão da ressecção, nos critérios de gravidade, na existência de terapia sistêmica concomitante e na definição de recorrência local versus novas lesões adjacentes. A ausência de seguimento longo e padronizado limita comparações de durabilidade. Estudos que incluam medidas funcionais, utilização de recursos e experiência do paciente são necessários para complementar taxas de fechamento da ferida.

As metanálises agregam grande quantidade de observações, mas o maior número de estudos não elimina viés de confusão. A técnica reconstrutiva costuma ser consequência do defeito e da experiência disponível, e não uma intervenção atribuída aleatoriamente. Para reduzir viés, futuras coortes multicêntricas deveriam estratificar localização, Hurley, extensão da excisão, presença de túnel residual, comorbidades, terapia biológica e tempo mínimo de seguimento. Ensaio pragmáticos em subgrupos específicos seriam valiosos onde houver viabilidade ética e clínica.

O contexto brasileiro adiciona questões de disponibilidade de especialistas, acesso a cobertura reconstrutiva, custo de curativos e seguimento ambulatorial. Protocolos nacionais orientam o tratamento sistêmico, porém não substituem estudos regionais sobre capacidade de oferecer ressecções adequadas e reabilitação. Não há, neste artigo, estimativa original de custo-efetividade, prevalência estadual ou resultados cirúrgicos de serviços brasileiros, de modo que tais interpretações permanecem além do escopo da revisão.

4.6 Delimitação dos túneis e objetivo da ressecção

Na hidradenite supurativa grave, nódulos, abscessos e túneis podem ocupar territórios maiores do que a aparência cutânea sugere. O exame deve mapear localização, drenagem, cicatrizes, limitação funcional e infecções secundárias, além de avaliar comorbidades e terapêutica sistêmica em curso. A ultrassonografia pode auxiliar em determinados casos na identificação de trajetos subcutâneos ocultos; não substitui exame clínico e planejamento da ressecção. Incisão e drenagem tratam abscesso agudo, mas não equivalem à excisão definitiva de área com túneis fibrosos persistentes.

As diretrizes europeias de 2025 enfatizam abordagem integrada: tratamento anti-inflamatório ou imunomodulador conforme gravidade, associado à cirurgia quando há dano tecidual irreversível (ZOUBOULIS et al., 2025). Em doença extensa, preparar paciente e programar etapas pode reduzir morbidade quando operações únicas implicariam grandes limitações de mobilidade ou cuidados

domiciliares inviáveis. O objetivo cirúrgico deve ser descrito por região e pela extensão da doença ativa, evitando supor que uma técnica reconstrutiva isolada resolva a inflamação sistêmica.

4.7 Comparação prática dos métodos de fechamento

Cicatrização por segunda intenção evita novo sítio doador, porém exige curativos prolongados e pode produzir retração em axila e virilha. Enxertos cutâneos são úteis quando existe leito granulado vascularizado e defeito amplo, mas podem apresentar retração secundária e dificuldade em superfícies de fricção. Retalhos locais ou regionais trazem tecido de maior espessura e podem preservar amplitude, com custo de dissecação e cicatriz adicional. Escolher o método somente pela taxa de recidiva de séries heterogêneas é inadequado, pois a extensão da excisão e o padrão de doença variam entre os grupos.

No pós-operatório, sinais de infecção devem ser correlacionados a novos abscessos, deiscência e fistulas residuais. Mobilização e fisioterapia são fundamentais em axila para evitar perda de abdução; cuidados de higiene e controle da inflamação em outras regiões devem continuar. O seguimento precisa distinguir recidiva local verdadeira de surgimento de doença em território anteriormente não operado, pois isso afeta interpretações de eficácia.

4.8 Pesquisa clínica e acesso a tratamento

A literatura possui grande número de séries observacionais com diferentes estágios Hurley, técnicas e tempos de acompanhamento. Melhor padronização deveria incluir medida de qualidade de vida, dor, afastamento do trabalho, número de curativos, necessidade de novas operações e efeitos de terapia biológica concomitante. Em serviços públicos, o planejamento conjunto entre dermatologia e cirurgia plástica é particularmente importante para evitar atrasos entre controle inflamatório, ressecção e reabilitação. A cirurgia da hidradenite grave tem componente reconstrutivo, mas o cuidado longitudinal permanece clínico-cirúrgico.

4.9 Decisão operatória em equipe e conservação da função

A extensão das lesões por hidradenite supurativa deve ser registrada em mapa anatômico que distinga nódulos inflamatórios ativos, túneis persistentes, áreas cicatriciais e superfícies de atrito. A indicação cirúrgica não decorre exclusivamente do estágio de Hurley: gravidade dos sintomas, falha de tratamento clínico, comprometimento da marcha, higiene e abscessos recorrentes também interferem. Em axila, a preservação da abdução do ombro deve integrar o planejamento; no períneo e região inguinal, a proteção de estruturas urogenitais e a manutenção de movimento e continência são prioritárias. Dermatologia, cirurgia e enfermagem de feridas precisam estabelecer plano perioperatório e de seguimento, pois o controle

de inflamação sistêmica e o tratamento cirúrgico de sequelas estruturais são complementares (ALIKHAN et al.; ZOUBOULIS et al., 2025).

4.10 Interpretação dos desfechos após ressecção ampla

Recorrência deve ser apresentada de maneira operacional: nova lesão na cicatriz, atividade em bordas, formação de túneis adjacentes ou surgimento de doença em outra região não são acontecimentos equivalentes. A técnica de fechamento altera morbidade inicial e pode selecionar pacientes com defeitos de gravidade diferente. Enxertos exigem leito vascularizado; retalhos fornecem cobertura robusta em áreas expostas ou de maior mobilidade, mas podem deslocar pelos e tecido susceptível para o campo. A vigilância deve registrar amplitude articular, tempo de cicatrização, dor, dias afastados de atividades, necessidade de novos procedimentos e satisfação do paciente. Pesquisas que omitem extensão do tecido removido e duração do seguimento podem sugerir superioridade técnica injustificada (CUCU et al., 2025; WONG et al., 2024).

5. CONCLUSÃO

A hidradenite supurativa moderada a grave exemplifica a interface entre cirurgia geral, dermatologia e cirurgia plástica: a ressecção resolve componentes anatômicos irreversíveis, enquanto a terapêutica clínica aborda inflamação e prevenção de novas lesões. Túneis persistentes, cicatrizes incapacitantes e doença extensa podem justificar intervenção após avaliação individualizada e definição clara dos objetivos terapêuticos.

A seleção entre segunda intenção, fechamento primário, enxerto e retalho deve ser determinada pela topografia, extensão real do defeito, viabilidade do leito, necessidade de mobilidade e capacidade de seguimento. Revisões recentes descrevem diferenças de recorrência entre modalidades, mas não estabelecem superioridade causal universal, dada a heterogeneidade e os vieses dos estudos disponíveis. O planejamento multiprofissional, o controle da atividade inflamatória e a mensuração de função e qualidade de vida são essenciais para resultados duráveis.

REFERÊNCIAS

ALIKHAN, A. et al. North American clinical management guidelines for hidradenitis suppurativa: Part I: Diagnosis, evaluation, and the use of complementary and procedural management. *Journal of the American Academy of Dermatology*, v. 81, n. 1, p. 76–90, 2019. DOI: 10.1016/j.jaad.2019.02.067.

BECHARA, F. G. et al. Efficacy and safety of adalimumab in conjunction with surgery in moderate to severe hidradenitis suppurativa: the SHARPS randomized clinical trial. *JAMA Surgery*, v. 156, n. 11, p. 1001–1009, 2021. DOI: 10.1001/jamasurg.2021.3655.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hidradenite Suppurativa. Brasília: Ministério da Saúde, atualização de 18 jun. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/h/hidradenite-suppurativa/view>. Acesso em: 22 out. 2026.

CUCU, C. I. et al. Wound closure techniques after wide excision for hidradenitis suppurativa: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Dermatology*, v. 64, n. 4, p. 647–653, 2025. DOI: 10.1111/ijd.17553.

KRAJEWSKI, A. et al. Surgical management of hidradenitis suppurativa. *Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open*, v. 12, n. 6, e5860, 2024. DOI: 10.1097/GOX.0000000000005860.

MOSHKOVICH, M. et al. Surgical interventions in advanced hidradenitis suppurativa: a systematic review. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, v. 30, n. 3, p. 282–288, 2026. DOI: 10.1177/12034754251391811.

TATLIPARMAK, A.; DOĞAN, M.; TÜRKOĞLU, Z. Preoperative tunnel measurement in hidradenitis suppurativa: comparison of palpation and ultrasound. *Diagnostics*, v. 15, n. 11, 1442, 2025. DOI: 10.3390/diagnostics15111442.

WONG, H.-S. et al. A review of surgical and reconstructive techniques for hidradenitis suppurativa. *Archives of Dermatological Research*, v. 316, artigo 270, 2024. DOI: 10.1007/s00403-024-03000-5.

ZOUBOULIS, C. C. et al. European S2k guidelines for hidradenitis suppurativa/acne inversa part 2: Treatment. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, v. 39, n. 5, p. 899–941, 2025. DOI: 10.1111/jdv.20472.