

## Recomendações na Abordagem do Doente com Hidradenite Supurativa

### Guidelines for the Management of Patients with Hidradenitis Suppurativa

Joana CABETE<sup>1</sup>, Inês APARÍCIO MARTINS<sup>1</sup>

Acta Med Port 2023 Feb;36(2):133-139 • <https://doi.org/10.20344/amp.18916>

#### RESUMO

A hidradenite supurativa é uma dermatose inflamatória crónica e recorrente que se caracteriza pela presença de nódulos inflamatórios e abscessos nas áreas ricas em glândulas apócrinas, que podem evoluir para fístulas supurativas e cicatrizes. Apesar de ser considerada uma das patologias dermatológicas com maior impacto na qualidade de vida dos doentes, é frequentemente subdiagnosticada. A hidradenite supurativa, sobretudo nas suas formas mais graves, associa-se a diversas comorbilidades, pelo que é fundamental adotar uma perspetiva holística e multidisciplinar na gestão destes doentes. A abordagem terapêutica é complexa e desafiante. A terapêutica médica é multifacetada e deve ser adaptada à apresentação clínica e gravidade da doença. A terapêutica cirúrgica deverá ser equacionada como adjuvante à terapêutica médica, em particular nos casos refratários e perante cicatrizes ou mutilação anatómica e/ou funcional. As presentes recomendações pretendem reunir os principais aspetos da abordagem ao doente com hidradenite supurativa e destinam-se a todos os profissionais de saúde envolvidos no seu acompanhamento.

**Palavras-chave:** Hidradenite Supurativa/cirurgia; Hidradenite Supurativa/diagnóstico; Hidradenite Supurativa/tratamento

#### ABSTRACT

Hidradenitis suppurativa is a chronic and recurrent inflammatory dermatosis characterized by the presence of inflammatory nodules and abscesses in the apocrine gland-rich areas that may progress to suppurative fistulas and scars. Despite being considered one of the dermatological conditions with the greatest impact on patient quality of life, it is often underdiagnosed. Hidradenitis suppurativa, especially in its severe forms, is associated with numerous comorbidities, so a holistic and multidisciplinary perspective is crucial for the management of these patients. The therapeutic approach is complex and challenging. The medical treatment options are diverse and must be adapted to clinical presentation and disease severity. Surgical therapy should be considered as an adjuvant to medical treatment, particularly in refractory cases and in the presence of scars or anatomical and/or functional mutilation. These recommendations reflect the main aspects of the management of the patient with hidradenitis suppurativa and are addressed to all healthcare professionals who take part in their follow-up.

**Keywords:** Hidradenitis Suppurativa/diagnosis; Hidradenitis Suppurativa/surgery; Hidradenitis Suppurativa/therapy

#### INTRODUÇÃO

A hidradenite supurativa (HS) é uma doença inflamatória crónica, recorrente e potencialmente mutilante, de envolvimento primariamente cutâneo, mas com potencial envolvimento sistémico nas suas apresentações mais graves. De etiologia ainda não completamente esclarecida, é atualmente reconhecida como uma doença auto-inflamatória para a qual concorrem fatores individuais e ambientais (incluindo disbiose, i.e. alteração do microbioma), perpetuada pela crónica ativação das imunidades inata e adaptativa.<sup>1</sup> A inflamação tem origem no epitélio folicular da pele rica em glândulas apócrinas, designadamente nas axilas, pregas inguinais, períneo e região perianal, glúteos, pregas mamárias e região periumbilical, entre outras.<sup>2</sup> Caracteriza-se pela presença de lesões primárias supurativas e recorrentes nestas localizações, designadamente nódulos inflamatórios e abscessos, que podem evoluir para lesões secundárias como fístulas supurativas, pseudocomedões e cicatrizes.<sup>3</sup>

A prevalência global de HS na população geral não é clara, variando de 1% a 4% nos estudos populacionais.<sup>4</sup> Manifesta-se habitualmente após a puberdade, com uma maior incidência e prevalência no sexo feminino e em adul-

tos jovens (podendo ter um início mais tardio).<sup>2</sup>

A HS pode associar-se a várias comorbilidades. São muito frequentes o excesso de peso/obesidade e história de tabagismo.<sup>2</sup> As associações a acne grave e acne *conglobata*, doença pilonidal, doença cardiovascular e síndrome metabólica, doença inflamatória intestinal, psoríase, artrite e espondilite, pioderma gangrenoso, insuficiência renal, anemia e a doença psiquiátrica (ansiedade e síndrome depressiva) estão bem estabelecidas e denotam a inflamação sistémica e persistente documentada sobretudo nos doentes com HS moderada e grave.<sup>5</sup> A inflamação crónica contribui, ainda, para um risco acrescido de carcinoma espinocelular nas áreas afectadas.<sup>6</sup>

Embora nem todos os casos de HS sejam progressivos, com a inflamação recorrente e não devidamente tratada alguns doentes tendem a evoluir com gravidade e morbilidade crescentes.<sup>7</sup> A dor é um dos sintomas que mais relevância tem na percepção da doença pelos pacientes.<sup>8</sup> Frequentemente crónica na doença moderada a grave, é agudizada durante os surtos inflamatórios. Acrescem a imprevisibilidade das agudizações, a drenagem crónica e o odor, causando ansiedade e estigma.<sup>8</sup> A HS tem, assim,

1. Serviço de Dermatovenereologia. Hospital de Santo António dos Capuchos. Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central. Lisboa. Portugal.

✉ Autor correspondente: Joana Cabete. [joana.cabete@chlc.min-saude.pt](mailto:joana.cabete@chlc.min-saude.pt)

Recebido/Received: 02/08/2022 - Aceite/Accepted: 14/10/2022 - Publicado/Published: 01/02/2023

Copyright © Ordem dos Médicos 2023



um impacto moderado a elevado na qualidade de vida dos doentes, que aumenta com a gravidade da doença. Um estudo europeu multicêntrico mostrou, inclusivamente, que a HS é a doença dermatológica com maior redução na qualidade de vida.<sup>9</sup> A doença repercute-se na autoimagem e interfere na capacidade de autocuidados, na vida de relação e na vida laboral, com elevados custos diretos e indiretos para o doente, para a família e para a sociedade.<sup>8-12</sup>

Não obstante o impacto da doença no indivíduo e na comunidade, é comum o atraso diagnóstico e, consequentemente, terapêutico. São necessários sete a 10 anos para que um doente com HS seja corretamente diagnosticado.<sup>8,13-15</sup> É, neste contexto, importante inverter esta realidade, apostando no diagnóstico e tratamento adequado da doença numa perspetiva multidisciplinar o mais precocemente possível. A intervenção atempada poderá permitir reduzir ou atrasar a progressão da doença, melhorar a resposta à terapêutica médica e evitar a mutilação persistente,<sup>16</sup> quebrar a inflamação sistémica e deste modo reduzir a prevalência das comorbilidades cardiometabólicas e psiquiátricas (entre outras).<sup>7,17</sup>

São vários os desafios atuais nos cuidados ao doente com HS. Alguns destes desafios parecem ser transversais às realidades dos vários países, incluindo o nosso.<sup>9</sup> Destacam-se:

- Reduzir o tempo necessário para o diagnóstico de HS;
- Melhorar o acesso dos doentes com HS a cuidados diferenciados, médicos e cirúrgicos;
- Reduzir a morbilidade associada à doença;
- Reduzir custos diretos e indiretos relacionados com

a doença e suas comorbilidades.

O presente documento destina-se a todos os profissionais de saúde que de algum modo participam na cadeia de diagnóstico, tratamento e reabilitação funcional e/ou psicossocial da pessoa com HS e tem por objetivo melhorar a prestação de cuidados de saúde na HS.

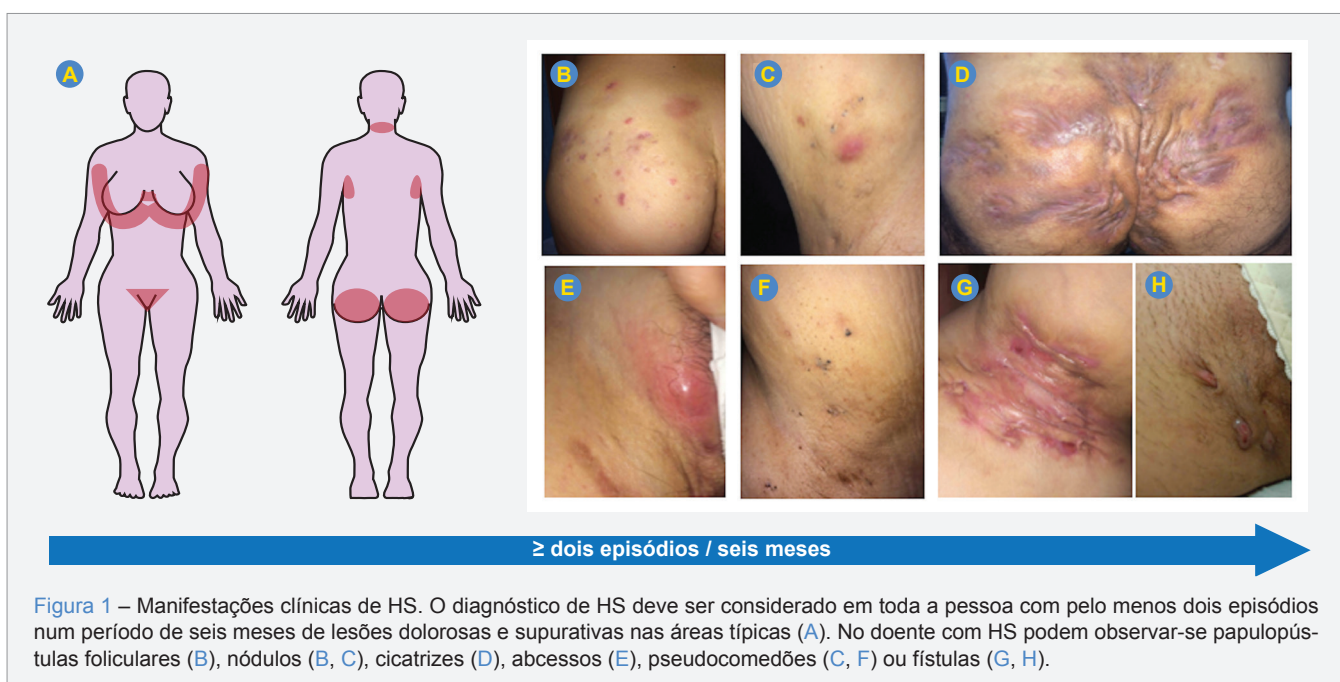
## MATERIAL E MÉTODOS

Estas recomendações foram elaboradas com base numa pesquisa bibliográfica realizada em julho de 2022 na MEDLINE às palavras-chave 'hidradenitis suppurativa', 'guidelines', 'diagnosis', 'comorbidities' e 'quality of life'. A abordagem do doente com HS foi estruturada em três partes: diagnóstico e seguimento, caracterização do doente e da doença e tratamento médico e cirúrgico.

### Abordagem do doente com hidradenite supurativa

#### 1. Diagnóstico e linhas gerais de seguimento da pessoa com hidradenite supurativa

- O diagnóstico de HS deve ser considerado em toda a pessoa, em idade pediátrica ou adulta, com pelo menos dois episódios num período de seis meses, ou persistência crónica no mesmo período, de lesões dolorosas e supurativas nas áreas típicas, acima descritas (Fig. 1).<sup>4</sup> As apresentações atípicas e sindrómicas existem, contudo, e devem ser consideradas.
- O diagnóstico de HS é geralmente clínico, podendo ser necessária a biopsia cutânea ou exames laboratoriais e/ou de imagem em alguns casos.<sup>4</sup>
- Toda a pessoa com suspeita clínica de HS deve ser



**Figura 1** – Manifestações clínicas de HS. O diagnóstico de HS deve ser considerado em toda a pessoa com pelo menos dois episódios num período de seis meses de lesões dolorosas e supurativas nas áreas típicas (A). No doente com HS podem observar-se papulopústulas foliculares (B), nódulos (B, C), cicatrizes (D), abscessos (E), pseudocomedões (C, F) ou fístulas (G, H).

referenciada à Dermatologia ou a especialista em hidradenite supurativa para confirmação diagnóstica e orientação terapêutica.

- O seguimento clínico da pessoa com HS moderada a grave deve ser efetuado por um dermatologista com experiência no diagnóstico, avaliação, monitorização e tratamento da HS.<sup>2,18</sup> Os casos ligeiros e estáveis poderão ser orientados, após avaliação por dermatologista, para seguimento/coseguimento em cuidados de saúde primários.
- A avaliação inicial da pessoa com HS deve incluir, com registo no processo clínico<sup>2,18-20</sup>:
  - classificação e avaliação da gravidade, extensão e atividade da doença;
  - avaliação da qualidade de vida e da dor;
  - avaliação de fatores de risco para HS;
  - avaliação de comorbilidades.
- Na avaliação subsequente da pessoa com HS, devem reavaliar-se, com registo no processo clínico<sup>2,18,19</sup>:
  - extensão, atividade da doença e resposta terapêutica após cada ciclo terapêutico ou sempre que considerado adequado nas terapêuticas crónicas;
  - qualidade de vida e dor após cada ciclo terapêutico ou sempre que considerado adequado nas terapêuticas crónicas;
  - fatores de risco e de agravamento modificáveis pelo menos uma vez por ano;
  - comorbilidades pelo menos uma vez por ano.
- A periodicidade das avaliações subsequentes deve ser definida pela gravidade clínica da HS e plano terapêutico.<sup>2,18-20</sup> Doentes estáveis e controlados poderão ser observados a cada seis a 12 meses na doença ligeira e a cada três a seis meses na doença moderada a grave, enquanto doentes com doença não controlada ou em agudização deverão ser observados com maior periodicidade.
- A abordagem da pessoa com HS deve ser integrada num contexto multidisciplinar, com intervenção de outras especialidades sempre que a situação clínica o justifique.<sup>2,21,22</sup>
- Na avaliação dos fatores de risco e de agravamento modificáveis<sup>19-21,23</sup>:
  - se for identificado excesso de peso ou obesidade, deve ser oferecida a possibilidade de encaminhamento para consulta de nutrição e dietética e/ou a consulta multidisciplinar de obesidade;
  - se forem identificados hábitos de tabagismo ativo, deve oferecer-se referência à consulta de cessação tabágica;
  - medidas gerais para redução de fricção ou epila-

ção (remoção de pelo) definitiva podem ser consideradas.

- No referente às comorbilidades, a pessoa com HS deve ser referenciada a consulta de<sup>19-21,23,24</sup>:
  - Cirurgia Geral ou Cirurgia Plástica e Reconstructiva perante doença pilonidal ativa;
  - Gastrenterologia se houver sinais ou sintomas sugestivos de doença inflamatória intestinal<sup>25</sup>;
  - Proctologia se houver envolvimento perianal<sup>25</sup>;
  - Endocrinologia em caso de hiperandrogenismo;
  - Reumatologia ou Medicina Interna (doenças auto-imunes) em caso de artrite ou espondilite;
  - Medicina Geral e Familiar ou Psiquiatria se se verificar suspeita de comorbilidade psiquiátrica em relação com a HS;
  - especialista em risco cardiovascular (Medicina Geral e Familiar, Medicina Interna, Cardiologia, Endocrinologia) se for identificada dislipidemia, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, síndrome metabólica ou doença cardiovascular;
  - outra especialidade, caso a caso, sempre que se justifique.
- Deve ser referenciado a consulta de dor o doente com dor refratária à terapêutica médica e/ou cirúrgica da HS e aos analgésicos não opioides e opioides fracos.<sup>26</sup>
- No doente com lesões com drenagem ativa ou ulceração, deverá ser considerado apoio de enfermagem para realização de penso e/ou apoio na sua customização.<sup>2,18,24</sup>
- Deve ser referenciado para cirurgia o doente com indicação para terapêutica cirúrgica (*vide* abaixo).

## 2. Caracterização do doente e da doença

- Para a classificação da doença não existem presentemente classificações fenotípicas consensuais.
- A avaliação da gravidade, extensão e atividade da doença deve valer-se do uso de instrumentos de avaliação, salientando-se, pela sua praticidade, a classificação de Hurley (embora seja estática), o HSPGA (*Hidradenitis Suppurativa Physician Global Assessment*) e o iHS4 (*International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System*).<sup>18,27</sup>
- Na determinação da atividade inflamatória e avaliação da resposta terapêutica, o método de avaliação e respetivo instrumento pode ser clínico ou clínico-ecográfico, sendo que o HiSCR (*hidradenitis suppurativa clinical response*) é o único que está validado na avaliação de resposta das lesões inflamatórias à terapêutica médica.<sup>28</sup>
- Quanto aos *patient-reported outcomes*, na determinação quantitativa da qualidade de vida deve ser

utilizada uma escala internacional validada para a população portuguesa, como o DLQI (*Dermatology Life Quality Index*) em adultos ou o CDLQI (*Children's DLQI*) na idade pediátrica.<sup>29</sup> A dor deve ser mensurada utilizando escalas de avaliação da intensidade da dor (consultar Circular Normativa DGS).<sup>30</sup>

- Os exames complementares de diagnóstico são requisitados ou efetuados caso a caso.
- O exame microbiológico não é útil por rotina, podendo ser considerado pontualmente na avaliação de fístulas persistentemente drenantes e associando-se a sinais inflamatórios ou mesmo celulite perilesional.<sup>21,24</sup>
- A avaliação laboratorial deve ser realizada nos doentes com doença moderada a grave com grande atividade inflamatória e nos doentes candidatos a terapêutica biológica; a realização de exames laboratoriais nos demais doentes pode ser considerada caso a caso, na avaliação dos parâmetros inflamatórios e eventuais comorbilidades ou complicações da doença.<sup>19,21</sup>
- A avaliação ecográfica deve ser considerada quando a caracterização clínica do tipo de lesões não é certa, na determinação da atividade inflamatória, na documentação da progressão clínica das lesões e, portanto, da doença, na documentação da resposta à terapêutica e no mapeamento dos doentes candidatos a cirurgia.<sup>31,32</sup>
- A ressonância magnética deve ser realizada nos doentes com doença perianal ou perineal, bem como na doença glútea extensa.<sup>21,25</sup>
  - Nos doentes com afeção perianal ou perineal e, em particular, na presença de fístulas nestas localizações, deve ser investigada e excluída doença de Crohn, com necessária avaliação por ressonância magnética e eventual ecoendoscopia / colonoscopia e referência a Proctologia/ Gastroenterologia.<sup>19,25</sup>
- A biópsia cutânea com exame histopatológico deve ser considerada na suspeita de transformação maligna ou no diagnóstico diferencial de HS (por exemplo, com foliculite, furunculose, doença de Crohn, pioderma gangrenoso, entre outras).<sup>2,23,24</sup>

### 3. Tratamento da hidradenite supurativa

#### a. Terapêutica médica (Fig. 2)

- Na HS ligeira a moderada, localizada e com poucas lesões e superficiais, pode considerar-se o uso da clindamicina 1% tópica duas vezes por dia pelo período máximo consecutivo de três meses; na recorrência de doença, pode repetir-se o ciclo desde que mostrada eficácia clínica no tratamento ante-

rior.<sup>18,21,33,34</sup>; a clindamicina 1% tópica pode também ser usada em combinação fixa com peróxido de benzoílo.<sup>22</sup>

- O creme de resorcinol a 15% em aplicação duas vezes por dia é um tóxico de segunda linha na doença ligeira e localizada.<sup>33-35</sup>
- Os antissépticos tópicos podem ser usados como adjuvantes da terapêutica tópica e sistémica.<sup>18,33</sup>
- Na HS ligeira a grave com múltiplas lesões e episódios frequentes de agudização pode considerar-se o uso de tetraciclinas orais duas vezes por dia (com preferência pela doxiciclina 100 mg duas vezes por dia pelo seu perfil de maior segurança) por um período máximo de 12 semanas<sup>36</sup>; na recorrência de doença, pode repetir-se o ciclo desde que mostrada eficácia clínica no tratamento anterior.<sup>18,21-23,33,34</sup>
- A clindamicina 300 mg duas vezes por dia associada à rifampicina 300 mg duas vezes por dia durante 10 a 12 semanas pode ser considerada na doença moderada a grave e ativa ou, como segunda linha, na doença ligeira; na recorrência de doença, pode repetir-se o ciclo desde que mostrada eficácia clínica no tratamento anterior.<sup>18,21-23,33,34</sup>
  - A utilização deste esquema tem sido debatida na literatura por razões várias, destacando-se o argumento farmacocinético: a rifampicina reduz substancialmente as concentrações plasmáticas de clindamicina ao fim de alguns dias de tratamento, pela indução do CYP3A4.<sup>37</sup> Outros esquemas alternativos têm sido sugeridos (clindamicina em monoterapia, ofloxacina com clindamicina, entre outros).<sup>33,37,38</sup>
- O esquema triplo de rifampicina (10 mg/kg/dia), moxifloxacina (400 mg por dia) e metronidazol (500 mg três vezes por dia) até 12 semanas, com descontinuação do metronidazol à semana seis, pode ser considerado na HS ligeira a moderada ou em qualquer hidradenite como ponte para cirurgia ou após

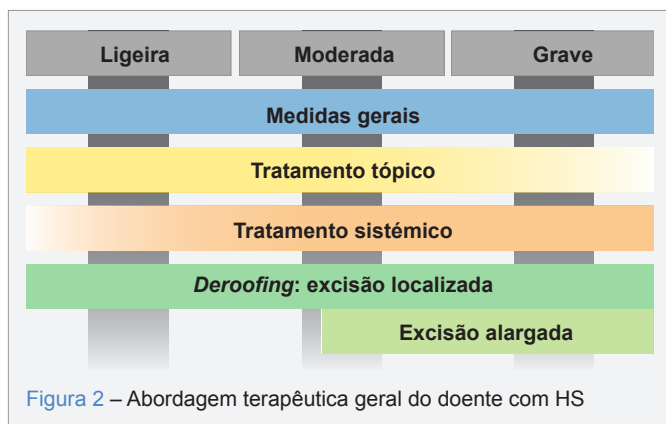


Figura 2 – Abordagem terapêutica geral do doente com HS



ciclo de ertapenem.<sup>21,22,33,34</sup>

- Em casos selecionados, graves e/ou refratários, pode-se considerar seis semanas de ertapenem 1 g por dia endovenoso, com possível consolidação com o esquema triplo de rifampicina/moxifloxacina/metronidazol. Este esquema pode ser usado, ainda, como terapêutica de resgate ou como ponte para cirurgia de HS.<sup>21,22,33</sup>
- A dapsona em dose diária de até 200 mg durante pelo menos três meses é opção de terceira linha na HS ligeira a moderada, em doentes sem défice de glucose-6-fosfato desidrogenase.<sup>18,22,23,33,39</sup>
- A antibioterapia sistémica pode ser usada como adjuvante na gestão dos episódios de agudização.<sup>21</sup>
- O adalimumab 40 mg semanal ou 80 mg a cada duas semanas, subcutâneo e após esquema de indução, é atualmente a terapêutica biológica de primeira escolha, e a única formalmente aprovada na HS moderada a grave após falência de tratamento convencional.<sup>18,21-23,33,34</sup>
  - A terapêutica biológica não deve ser protelada, devendo ser idealmente instituída em fases mais precoces das formas inflamatórias da doença, uma vez que a resposta à terapêutica é diminuída aquando da progressão para fístulas e cicatrizes.<sup>16</sup>
- O infliximab 5 - 10 mg/kg a cada quatro a oito semanas pode ser usado como terapêutica biológica de segunda linha, *off-label*, na hidradenite moderada a grave.<sup>18,21-23,33,34,40</sup>
- Na falência da terapêutica biológica de primeira e segunda linhas podem ser considerados outros agentes biológicos *off-label*, como o secucinumab e outros anti-IL17, fármacos anti-IL-23, o anakinra ou o ustecinumab.<sup>21,22,33,34,40</sup>
- Considerar suspender a terapêutica biológica se for observada uma melhoria para valores inferiores a 25% na contagem do número de abscessos e nódulos inflamatórios às 12 semanas; caso a melhoria se registre em valores entre 25% a 50%, mas sem atingir HiSCR às 12 semanas, aquela terapêutica pode ser prolongada com nova reavaliação ao fim de três meses de tratamento.<sup>21</sup>
- A corticoterapia sistémica de baixa dose pode ser usada no controlo inflamatório da HS recalcitrante; pode ainda ser usada, em esquema curto, como ponte terapêutica no início de terapêutica convencional ou biológica na HS grave ou no controlo dos episódios de agudização.<sup>21,22,33,34</sup>
  - A ciclosporina poderá ser alternativa na doença recalcitrante.<sup>18,22,33,34</sup>
- A corticoterapia intralesional pode ser útil no tratamento localizado de lesões inflamatórias agudas ou

de lesões refractárias, em monoterapia ou combinada com as demais terapêuticas.<sup>21-23,33,34</sup>

- A acitretina 10 - 25 mg por dia é tratamento de terceira linha na HS ligeira a moderada do tipo não inflamatório/folicular (pode ser causa de agudização nas doses altas).<sup>21-23,33,34</sup>
  - O uso de isotretinoína é actualmente controverso, com tendência para a sua não recomendação no tratamento da HS pelo risco de agravamento.<sup>23,41</sup>
- As terapêuticas antiandrogénicas podem ser consideradas na abordagem da mulher com HS ligeira (monoterapia ou adjuvante) e moderada a grave (adjuvante) quando se verifica agravamento perimenstrual da doença, ou na presença de doença endócrino-metabólica conhecida.<sup>33,34</sup>
- O tratamento de doentes em idade pediátrica, grávidas ou mulheres a amamentar deverá ser adaptado, tendo em conta as restrições ou ajustes de dose ou posologia para os fármacos acima citados.<sup>42,43</sup>

#### b. Terapêutica cirúrgica

- Segundo os critérios MIBHS<sup>44</sup> (*Mandatory Indications for Surgery in Hidradenitis Suppurativa*), são candidatos a terapêutica cirúrgica os doentes com fístulas (sobretudo fístulas complexas ou fístulas refractárias a terapêutica médica), cicatrizes tipo acordeão ou outras (particularmente se impacto funcional), bridas contrácteis cicatriciais, mutilação anatómica ou funcional, suspeita de neoplasia, inflamação refratária a terapêutica médica.
- Os doentes com necessidade de tratamento cirúrgico deverão ser encaminhados para tratamento na Dermatologia Cirúrgica, na Cirurgia Plástica e Reconstructiva ou na Proctologia/Cirurgia Geral segundo critérios de gravidade/extensão/localização anatómica:
  - Dermatologia Cirúrgica: excisões localizadas não complexas, *deroofing*, laserterapia, lesões abordáveis por STEEP (*skin-tissue-sparing excision with electrosurgical peeling*);
  - Cirurgia Plástica e Reconstructiva: excisões localizadas complexas, excisões alargadas com encerramento primário ou reconstrução por retalho ou enxerto ou cicatrização por segunda intenção;
  - Proctologia/Cirurgia Geral: fístulas perianais (simples, para-rectais, transfinctéricas).
- A referenciação a outras especialidades médicas ou cirúrgicas é decidida caso a caso.
- A excisão localizada, o *deroofing* e o STEEP podem ser usados no tratamento cirúrgico de lesões solitárias.<sup>21,24,33</sup>

- A excisão alargada é a abordagem cirúrgica de eleição na HS grave e/ou complicada de deformação anatómica, constricção funcional ou com transformação maligna.<sup>21,24,33</sup>
- No período pré-operatório do doente com HS moderada a grave ativa candidato a excisão alargada podem ser considerados esquemas anti-inflamatórios que incluem antibioterapia oral ou endovenosa e/ou terapêutica biológica e/ou corticoterapia sistémica.<sup>24,33,34</sup>
- A terapêutica biológica não deve, em geral, ser suspensa aquando da cirurgia da HS e deve ser mantida no pós-operatório.<sup>21,45</sup>

## CONCLUSÃO

Numa doença de apresentação heterogénea, não é demais realçar a importância de adaptar o tratamento ao doente e à sua doença. A futura definição de fenótipos e de endotipos poderá sublinhar esta tendência na personalização do tratamento. Adicionalmente, a HS é uma doença dinâmica, o que determina, por um lado, o propósito de reavaliar com frequência a sua gravidade e resposta à terapêutica e, por outro, a necessidade de alterar ou adaptar o tratamento sempre que apropriado. Relembre-se que as agudizações são comuns, mesmo no doente estável, e devem ser tratadas.

A combinação de terapêuticas médicas deve ser considerada nos casos graves e/ou de maior complexidade, e pode também ser útil na gestão das agudizações. Finalmente, as modalidades cirúrgicas são úteis como adjuvantes à terapêutica médica, mas também nos casos refratários ou no doente com cicatrizes ou mutilação anatómica e/ou funcional. Idealmente, ao caminhar para um diagnóstico mais precoce da HS, poderemos ter cada vez mais doentes eficazmente tratados com terapêutica médica, reduzindo a morbilidade associada à doença e a necessidade

de cirurgia avançada.

Na última década, o crescente investimento da comunidade científica no estudo da HS foi determinante para o progresso da compreensão fisiopatológica e elaboração das primeiras orientações terapêuticas. Este mesmo interesse determinará, certamente, a disponibilização futura de fármacos com indicação para o tratamento da HS, e consequente necessidade de atualização das presentes orientações.

## CONTRIBUTO DOS AUTORES

Todos os autores contribuíram igualmente para o manuscrito.

## PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsinquia da Associação Médica Mundial atualizada em 2013.

## CONFLITOS DE INTERESSE

JC recebeu bolsas ou apoio financeiro de AbbVie e LEO, bem como honorários de consultoria de Novartis, AbbVie e LEO. Recebeu também pagamento ou honorários por palestras, apresentações, gabinetes de palestras, redação de manuscritos ou eventos educacionais de Novartis e LEO, e apoio para participação em reuniões e/ou viagens de AbbVie.

IAM declara não ter conflitos de interesse relacionados com o presente trabalho.

## FONTES DE FINANCIAMENTO

Este trabalho não recebeu qualquer tipo de suporte financeiro de nenhuma entidade no domínio público ou privado.

## REFERÊNCIAS

1. Zouboulis CC, Benhadou F, Byrd AS, Chandran NS, Giamarellos-Bourboulis EJ, Fabbrocini G, et al. What causes hidradenitis suppurativa? - 15 years after. *Exp Dermatol*. 2020;29:1154–70.
2. Zouboulis CC, Desai N, Emtestam L, Hunger RE, Ioannides D, Juhász I, et al. European S1 guideline for the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;29:619–44.
3. Revuz JE, Jemec GB. Diagnosing hidradenitis suppurativa. *Dermatol Clin*. 2016;34:1–5.
4. Sabat R, Jemec GB, Matusiak Ł, Kimball AB, Prens E, Wolk K. Hidradenitis suppurativa. *Nat Rev Dis Primers*. 2020;6:18.
5. Matusiak Ł, Bieniek A, Szepletowski JC. Hidradenitis suppurativa and associated factors: still unsolved problems. *J Am Acad Dermatol*. 2009;61:362–5.
6. Smith MK, Nicholson CL, Parks-Miller A, Hamzavi IH. Hidradenitis suppurativa: an update on connecting the tracts. *F1000Res*. 2017;6:1272.
7. Hoffman L, Ghias M, Lowes M. Pathophysiology of hidradenitis suppurativa. *Semin Cutan Med Surg*. 2017;36:47–54.
8. Garg A, Neuren E, Cha D, Kirby JS, Ingram JR, Jemec GB, et al. Evaluating patients' unmet needs in hidradenitis suppurativa: results from the Global Survey Of Impact and Healthcare Needs (VOICE) Project. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82:366–76.
9. Basra MK, Fenech R, Gatt RM, Salek MS, Finlay AY. The Dermatology Life Quality Index 1994–2007: a comprehensive review of validation data and clinical results. *Br J Dermatol*. 2008;159:997–1035.
10. Nguyen TV, Damiani G, Orenstein LA, Hamzavi I, Jemec GB. Hidradenitis suppurativa: an update on epidemiology, phenotypes, diagnosis, pathogenesis, comorbidities and quality of life. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2021;35:50–61.
11. Balieva F, Kupfer J, Lien L, Gieler U, Finlay AY, Tomás-Aragónés L, et al. The burden of common skin diseases assessed with the EQ5D™: a European multicentre study in 13 countries. *Br J Dermatol*. 2017;176:1170–8.
12. Tzellos T, Yang H, Mu F, Calimlim B, Signorovitch J. Impact of hidradenitis suppurativa on work loss, indirect costs and income. *Br J Dermatol*. 2019;181:147–54.
13. Saunte DM, Boer J, Stratigou A, Szepletowski JC, Hamzavi I, Kim KH, et al. Diagnostic delay in hidradenitis suppurativa is a global problem. *Br*

- J Dermatol. 2015;173:1546–9.
14. Loget J, Saint-Martin C, Guillem P, Kanagaratnam L, Becherel PA, Nassif A, et al. Errance médicale des patients atteints d'hidradénite suppurée: un problème majeur et persistant. Étude « R-ENS Verneuil ». *Ann Dermatol Venerol*. 2018;145:331–8.
  15. Kokolakis G, Wolk K, Schneider-Burrus S, Kalus S, Barbus S, Gomis-Kleindienst S, et al. Delayed diagnosis of hidradenitis suppurativa and its effect on patients and healthcare system. *Dermatology*. 2020;236:421–30.
  16. Marzano AV, Genovese G, Casazza G, Moltrasio C, Dapavo P, Micali G, et al. Evidence for a 'window of opportunity' in hidradenitis suppurativa treated with adalimumab: a retrospective, real-life multicentre cohort study\*. *Br J Dermatol*. 2021;184:133–40.
  17. Martorell A, Caballero A, González Lama Y, Jiménez-Gallo D, Lázaro Serrano M, Miranda J, et al. Manejo del paciente con hidradenitis suppurativa. *Actas Dermosifiliogr*. 2016;107:32–42.
  18. Gulliver W, Zouboulis CC, Prens E, Jemec GB, Tzellos T. Evidence-based approach to the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa, based on the European guidelines for hidradenitis suppurativa. *Rev Endocr Metab Disord*. 2016;17:343–51.
  19. Dauden E, Lazaro P, Aguilar MD, Blasco AJ, Suarez C, Marin I, et al. Recommendations for the management of comorbidity in hidradenitis suppurativa. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2018;32:129–44.
  20. Garg A, Malviya N, Strunk A, Wright S, Alavi A, Alhusayen R, et al. Comorbidity screening in hidradenitis suppurativa: evidence-based recommendations from the US and Canadian Hidradenitis Suppurativa Foundations. *J Am Acad Dermatol*. 2022;86:1092–101.
  21. Zouboulis CC, Bechara FG, Dickinson-Blok JL, Gulliver W, Horváth B, Hughes R, et al. Hidradenitis suppurativa/acne inversa: a practical framework for treatment optimization – systematic review and recommendations from the HS ALLIANCE working group. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2019;33:19–31.
  22. Alikhan A, Sayed C, Alavi A, Alhusayen R, Brassard A, Burkhart C, et al. North American clinical management guidelines for hidradenitis suppurativa: a publication from the United States and Canadian Hidradenitis Suppurativa Foundations. *J Am Acad Dermatol*. 2019;81:91–101.
  23. Ingram JR, Collier F, Brown D, Burton T, Burton J, Chin MF, et al. British Association of Dermatologists guidelines for the management of hidradenitis suppurativa (acne inversa) 2018. *Br J Dermatol*. 2019;180:1009–17.
  24. Alikhan A, Sayed C, Alavi A, Alhusayen R, Brassard A, Burkhart C, et al. North American clinical management guidelines for hidradenitis suppurativa: a publication from the United States and Canadian Hidradenitis Suppurativa Foundations. *J Am Acad Dermatol*. 2019;81:76–90.
  25. Bassas-Vila J, González Lama Y. Hidradenitis suppurativa y enfermedad de Crohn perianal: diagnóstico diferencial. *Actas Dermosifiliogr*. 2016;107:27–31.
  26. Savage KT, Singh V, Patel ZS, Yannuzzi CA, McKenzie-Brown AM, Lowes MA, et al. Pain management in hidradenitis suppurativa and a proposed treatment algorithm. *J Am Acad Dermatol*. 2021;85:187–99.
  27. Zouboulis CC, Tzellos T, Kyrgidis A, Jemec GB, Bechara FG, Giamarellos-Bourboulis EJ, et al. Development and validation of the International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System (IHS4), a novel dynamic scoring system to assess HS severity. *Br J Dermatol*. 2017;177:1401–9.
  28. Kimball AB, Jemec GB, Yang M, Kageleiry A, Signorovitch JE, Okun MM, et al. Assessing the validity, responsiveness and meaningfulness of the Hidradenitis Suppurativa Clinical Response (HISCR) as the clinical endpoint for hidradenitis suppurativa treatment. *Br J Dermatol*. 2014;171:1434–42.
  29. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI)-a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol*. 1994;19:210–6.
  30. Direção-Geral da Saúde. A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Circular normativa: Ministério da Saúde N°09/DGCG de 2003. Lisboa: DGS; 2003.
  31. Martorell A, Segura Palacios JM. Ecografía de la hidradenitis suppurativa. *Actas Dermosifiliogr*. 2015;106:S49–59.
  32. Martorell A, Alfageme Roldán F, Vilarrasa Rull E, Ruiz-Villaverde R, Romani De Gabriel J, García Martínez F, et al. Ultrasound as a diagnostic and management tool in hidradenitis suppurativa patients: a multicentre study. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2019;33:2137–42.
  33. Hendricks AJ, Hsiao JL, Lowes MA, Shi VY. A comparison of international management guidelines for hidradenitis suppurativa. *Dermatology*. 2021;237:81–96.
  34. Orenstein LA, Nguyen TV, Damiani G, Sayed C, Jemec GB, Hamzavi I. Medical and surgical management of hidradenitis suppurativa: a review of international treatment guidelines and implementation in general dermatology practice. *Dermatology*. 2020;236:393–412.
  35. Molinelli E, Brisigotti V, Simonetti O, Campanati A, Sapigni C, D'Agostino GM, et al. Efficacy and safety of topical resorcinol 15% as long-term treatment of mild-to-moderate hidradenitis suppurativa: a valid alternative to clindamycin in the panorama of antibiotic resistance. *Br J Dermatol*. 2020;183:1117–9.
  36. van Straalen KR, Tzellos T, Guillem P, Benhadou F, Cuenca-Barrales C, Daxhelet M, et al. The efficacy and tolerability of tetracyclines and clindamycin plus rifampicin for the treatment of hidradenitis suppurativa: results of a prospective European cohort study. *J Am Acad Dermatol*. 2021;85:369–78.
  37. Marasca C, Tranchini P, Marino V, Annunziata MC, Napolitano M, Fattore D, et al. The pharmacology of antibiotic therapy in hidradenitis suppurativa. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2020;13:521–30.
  38. Delaunay J, Villani AP, Guillem P, Tristan A, Boibieux A, Jullien D. Oral ofloxacin and clindamycin as an alternative to the classic rifampicin-clindamycin in hidradenitis suppurativa: retrospective analysis of 65 patients. *Br J Dermatol*. 2018;178:e15–6.
  39. Rabindranathnambi A, Jeevankumar B. Dapsone in hidradenitis suppurativa: a systematic review. *Dermatol Ther*. 2022;12:285–93.
  40. Goldberg SR, Strober BE, Payette MJ. Hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol*. 2020;82:1061–82.
  41. Poli F, Revuz J. «Poussées inflammatoires d'acné» sous isotrétinoïne révélant une hidradénite suppurée: 4 cas. *Ann Dermatol Venerol*. 2019;146:4–8.
  42. Choi E, Ooi XT, Chandran NS. Hidradenitis suppurativa in pediatric patients. *J Am Acad Dermatol*. 2022;86:140–7.
  43. Chellappan B, Nguyen DD, Hoyer P, Ross L. Dermatologic management of hidradenitis suppurativa and impact on pregnancy and breastfeeding. *Cutis*. 2022;109:160–2.
  44. Bechara FG, Hessam S. Hidradenitis suppurativa. *MMW Fortschr Med*. 2016;158:52–3.
  45. Shanmugam VK, Mulani S, McNish S, Harris S, Buescher T, Amdur R. Longitudinal observational study of hidradenitis suppurativa: impact of surgical intervention with adjunctive biologic therapy. *Int J Dermatol*. 2018;57:62–9.