

HIDRADENITE SUPURATIVA: ATUALIZAÇÕES DIAGNÓSTICAS E TERAPÊUTICAS EM UMA REVISÃO NARRATIVA

HIDRADENITIS SUPPURATIVA: DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC UPDATES IN A NARRATIVE REVIEW

HIDRADENITIS SUPURATIVA: ACTUALIZACIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS EN UNA REVISIÓN NARRATIVA

Fernanda Dolce Stefano¹
Elizandra Aparecida Britta Stefano²,
Priscilla Hellen Martinez Blanco Kashiwakura³

RESUMO: Hidradenite supurativa (HS) ou acne inversa é uma patologia inflamatória que acomete a pele de forma crônica, progressiva, debilitante e recorrente. Manifesta-se como nódulos, abscessos e fístulas associados a dor e desconforto. A doença acomete aproximadamente 1% da população mundial, costuma acontecer após a puberdade, com idade média de início na segunda ou terceira décadas de vida e com uma leve predominância no sexo feminino. Esta pesquisa tem como objetivo revisar a literatura científica sobre o diagnóstico e tratamento da enfermidade, com foco nas abordagens mais recentes e nos desafios enfrentados na prática clínica. Para atingir a finalidade deste projeto, a coleta de dados foi realizada a partir da busca de artigos indexados nas bases de dados eletrônicas: PubMed/MEDLINE, Science Direct e LILACS, sendo considerados os trabalhos publicados na íntegra de forma gratuita entre 2020 e 2025, nos idiomas inglês ou português, que abordaram o diagnóstico e o tratamento da HS. Espera-se com essa revisão narrativa contribuir para a divulgação e o aprofundamento do conhecimento sobre a hidradenite supurativa servindo como uma ferramenta educacional para estudantes e profissionais de saúde.

1

Palavras-chave: Hidradenite supurativa. Diagnóstico. Tratamento.

ABSTRACT: Hidradenitis suppurativa (HS), or inverse acne, is a chronic, progressive, debilitating, and recurrent inflammatory skin condition. It manifests as nodules, abscesses, and fistulas associated with pain and discomfort. The disease affects approximately 1% of the world's population, usually occurring after puberty, with an average age of onset in the second or third decades of life, and with a slight predominance in females. This research aims to review the scientific literature on the diagnosis and treatment of the disease, focusing on the most recent approaches and challenges faced in clinical practice. To achieve the purpose of this project, data collection was carried out by searching for articles indexed in the electronic databases: PubMed/MEDLINE, Science Direct, and LILACS, considering works published in full and free of charge between 2020 and 2025, in English or Portuguese, that addressed the diagnosis and treatment of HS. This narrative review is expected to contribute to the dissemination and deepening of knowledge about hidradenitis suppurativa, serving as an educational tool for students and healthcare professionals.

Keywords: Hidradenitis suppurativa. Diagnosis. Treatment.

¹ Graduanda em Medicina pela Unicesumar.

² Professora do curso de Medicina da Unicesumar.

³ Professora do curso de Medicina da Unicesumar.

RESUMEN: La hidradenitis supurativa (HS) o acné inverso es una patología inflamatoria que afecta la piel de forma crónica, progresiva, debilitante y recurrente. Se manifiesta como nódulos, abscesos y fístulas asociados a dolor y malestar. La enfermedad afecta aproximadamente al 1% de la población mundial, suele aparecer después de la pubertad, con una edad media de inicio entre la segunda y la tercera década de la vida, y con una ligera predominancia en mujeres. Esta investigación tiene como objetivo revisar la literatura científica sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, centrándose en los enfoques más recientes y los retos que se presentan en la práctica clínica. Para lograr el propósito de este proyecto, se realizó la recopilación de datos mediante la búsqueda de artículos indexados en las bases de datos electrónicas: PubMed/MEDLINE, Science Direct y LILACS, considerando trabajos publicados íntegramente y de acceso libre entre 2020 y 2025, en inglés o portugués, que abordaran el diagnóstico y tratamiento de la HS. Se espera que esta revisión narrativa contribuya a la difusión y profundización del conocimiento sobre la hidradenitis supurativa, sirviendo como herramienta educativa para estudiantes y profesionales de la salud.

Palabras clave: Hidradenitis Supurativa. Diagnóstico. Tratamiento.

INTRODUÇÃO

Hidradenite supurativa (HS) ou acne inversa é uma patologia inflamatória que acomete a pele de forma crônica, progressiva, debilitante e recorrente. Suas lesões aparecem com mais frequência em regiões de dobras cutâneas da axila, virilha, glúteos e áreas perianais. Manifesta-se como nódulos, abscessos e fístulas associados a dor e desconforto (Swierczewska et al., 2022). Segundo Scala et al. (2021), a doença acomete aproximadamente 1% da população mundial, mas a sua prevalência real é subestimada pela falta de diagnósticos. A HS costuma acontecer após a puberdade, com idade média de início na segunda ou terceira décadas de vida e com uma leve predominância no sexo feminino.

De acordo com Sabat et al. (2025), acredita-se que o desenvolvimento da hidradenite supurativa esteja relacionado com fatores genéticos e com o estilo de vida, principalmente obesidade e tabagismo. Sua patogênese é complexa e o processo começa com o espessamento e a hiperqueratinização do infundíbulo folicular (a porção superior do folículo piloso), isso leva a oclusão e dilatação cística do folículo. Quando o folículo se rompe, componentes celulares danificados (ou seja, DAMPs) e bactérias disbióticas (ou seja, PAMPs) ativam o sistema imune, essas moléculas estimulam citocinas inflamatórias que atraem neutrófilos, macrófagos e células T para o local. Há desequilíbrio na microbiota cutânea, com proliferação de bactérias anaeróbias nos folículos, já que a pele apresenta baixa expressão de proteínas antimicrobianas, facilitando a infecção e inflamação persistentes.

Além disso, conforme o autor, a inflamação contínua causa ruptura folicular, liberando queratina e fragmentos celulares no tecido dérmico, o que recruta ainda mais células imunes (neutrófilos, macrófagos, células dendríticas e linfócitos T, principalmente Th1 e Th17) e resulta

em nódulos inflamados dolorosos e formação de pus, devido à ação de G-CSF (fator estimulante de colônias de granulócitos). A destruição do tecido e a proliferação de queratinócitos em direção à derme formam túneis e fístulas de drenagem, associado a ação das metaloproteinases (MMPs) que contribui para a degradação tecidual e cicatrizes espessas. As citocinas IL-17 e IL-36 estão envolvidas no espessamento epidérmico psoriasiforme, além de autoantígenos derivados de estruturas celulares danificadas e NETs (armadilhas extracelulares de neutrófilos) que perpetuam a inflamação, mantendo o ciclo crônico (Sabat et al., 2025).

Ademais, segundo Garg, Naik e Kirby (2023), somado aos sintomas cutâneos, a hidradenite supurativa está associada a diversas comorbidades, sendo elas: síndrome metabólica, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, obesidade, problemas cardiovasculares, inflamação intestinal, riscos obstétricos, disfunção sexual, artropatias e transtornos psicológicos (especialmente depressão e ansiedade). Em decorrência disso, a doença tem um efeito negativo em seus portadores tanto pelo quadro comorbidado, quanto pelos estigmas relacionados a presença das lesões. Dessa forma, a HS afeta o âmbito físico, mental, social e profissional de seus portadores (Sabat et al., 2025).

O seu diagnóstico é clínico, baseado no exame físico e na história do paciente, no entanto a identificação continua tardia, o que agrava ainda mais o panorama da doença. Há um atraso de em média 10 anos do início dos sintomas até o diagnóstico correto, isso acontece pela falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre a enfermidade (Byrd et al., 2025). De acordo com Marzano et al. (2024), devido à complexidade do quadro, é necessário educar as equipes de saúde com a finalidade de prepará-las para reconhecer precocemente as lesões e iniciar o manejo multidisciplinar do caso, faz-se útil o acompanhamento com dermatologistas, endocrinologistas, nutricionistas, psicólogos entre outros especialistas para promover a melhora da qualidade de vida dos portadores da HS.

Por fim, conforme McCarthy (2025) o tratamento da hidradenite supurativa não é fácil e requer a utilização de múltiplas modalidades como: antissépticos e antibióticos tópicos; injeções intralesionais de esteroides; medicamentos sistêmicos (incluindo antibióticos, retinóides e terapias hormonais); agentes biológicos e procedimentos cirúrgicos, sempre associados com mudanças para um estilo de vida mais saudável. Entretanto, mesmo com diferentes opções terapêuticas, o gerenciamento do problema ainda pode ser falho a depender do paciente, por isso a busca por novas alternativas deve ser constante.

MÉTODOS

Este estudo foi desenvolvido a partir de uma revisão narrativa de literatura de caráter exploratório com abordagem qualitativa e procedimento bibliográfico retrospectivo, baseada em uma metodologia de pesquisa que buscou estabelecer uma análise crítica sobre uma determinada área de conhecimento.

A coleta de dados para esta revisão narrativa foi realizada nos meses de setembro e outubro de 2025, com a busca de artigos indexados nas bases de dados eletrônicas: PubMed/MEDLINE, Science Direct e LILACS. Para a realização da pesquisa, foram utilizados os descritores “hidradenitis suppurativa” OR “inverse acne” AND “diagnosis” OR “treatment” para a busca em inglês e “hidradenite supurativa” OR “acne inversa” AND “diagnóstico” OR “tratamento” para a busca em português.

No presente trabalho, foram considerados como critérios de inclusão artigos publicados na íntegra de forma gratuita entre 2020 e 2025, nos idiomas inglês ou português, que abordaram o diagnóstico e o tratamento da hidradenite supurativa. Além disso, foram excluídos da abordagem artigos de opinião, estudos de caso únicos, teses e dissertações, sendo desconsiderados também os artigos duplicados.

A coleta de dados foi realizada por meio da leitura dos títulos e resumos dos artigos identificados nas buscas. Os artigos que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão foram lidos na íntegra. As informações extraídas foram sintetizadas de forma narrativa, destacando os critérios diagnósticos para a detecção da doença e as principais terapias farmacológicas e não farmacológicas para o tratamento. A síntese dos resultados foi estruturada para fornecer uma visão abrangente e prática sobre o assunto.

4

RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. DIAGNÓSTICO

Segundo Frew et al. (2024), o diagnóstico da hidradenite supurativa é feito clinicamente, levando em consideração o exame físico e a história clínica do paciente. As características diagnósticas essenciais incluem os tipos de lesões (nódulos inflamatórios profundos, abscessos, túneis ou cicatrizes hipertróficas e endurecidas), as áreas da pele afetadas (axilar, inguinal, perianal, glútea ou áreas inframamárias) e o curso da doença (surgimento de pelo menos duas lesões em 6 meses ou persistência de uma ou mais lesões ativas por pelo menos 3 meses). Além disso, outros aspectos estão frequentemente associados à doença e podem ajudar no diagnóstico

precoce, são eles: histórico familiar positivo, consumo de tabaco, obesidade e resposta limitada a antibióticos de curto prazo ou ausência de patógenos típicos de infecção cutânea no pus, esses fatores também contribuem com a distinção entre HS e seus diagnósticos diferenciais (Sabat et al., 2025).

3.1.1. Classificação de Hurley

De acordo com Offidani et al. (2024), a classificação de Hurley para hidradenite supurativa é o sistema de estadiamento mais antigo e mais amplamente utilizado, uma vez que apresenta fácil aplicação e é recomendada na maioria das diretrizes. É dividida em três estágios que permitem uma avaliação intuitiva das lesões. Esses estágios são: estágio I ou leve (lesões primárias individuais e/ou cistos sem fístulas ou cicatrizes), estágio II ou moderado (lesões primárias individuais e/ou cistos com presença de fístulas e cicatrizes) e estágio III ou grave (lesões primárias e secundárias confluentes nas superfícies afetadas, com fístulas e cicatrizes, envolvendo pelo menos uma região anatômica inteira).

3.1.2. Sistema Internacional de Pontuação da Gravidade da Hidradenite Supurativa (IHS₄)

O IHS₄ pode ser aplicado tanto no atendimento médico quanto em estudos clínicos, já que se trata de um instrumento validado para mensurar de forma dinâmica a gravidade da hidradenite supurativa. Ele é calculado multiplicando-se o número de nódulos por 1, o número de abscessos por 2 e o número de túneis de drenagem por 4. O valor total é estratificado como leve (pontuação de 3 ou menos), moderado (pontuação de 4 a 10) e grave (pontuação de 11 ou mais), conforme explica Zouboulis et al. (2024).

3.1.3. Resposta Clínica da Hidradenite Supurativa (HiSCR)

Em conformidade com Koerts et al. (2023), essa escala foi criada com a finalidade de servir como um critério para avaliar a resposta clínica ao tratamento. A definição proposta de resposta ao tratamento (ou seja, HiSCR alcançado) é quando houver uma redução de pelo menos 50% na soma de abscessos e nódulos inflamatórios, sem aumento no número de abscessos e túneis com ou sem atividade inflamatória quando comparados para a contagem de referência.

3.2. TRATAMENTO

3.2.1. Tratamento medicamentoso tópico e local

O creme tópico de resorcinol a 15% mostrou-se eficaz na redução das lesões não fistulosas, da dor e da duração das lesões na HS. É indicado para casos leves a moderados (de acordo com a classificação IHS₄) sem túneis de drenagem/estágio I de Hurley localizado e estágio II leve. O creme deve ser usado duas vezes ao dia durante uma crise e uma vez ao dia como tratamento de manutenção por até 16 semanas. Como o resorcinol (m-diidroxibenzeno) é um composto fenólico, seu mecanismo se baseia em atividades queratolíticas, antipruriginosas e antissépticas (Zouboulis et al., 2024). Ademais, segundo Orenstein et al. (2020), descamação, dermatite de contato irritativa e hiperpigmentação reversível são os efeitos colaterais mais comuns desse tratamento.

A clindamicina tópica a 1% é o único antibiótico tópico que demonstrou eficácia em estudos controlados. É recomendada para lesões superficiais em pacientes com doença leve a moderado (de acordo com a classificação IHS₄) sem túneis de drenagem, duas vezes ao dia, durante 12 semanas, mas o tratamento pode ser prolongado se clinicamente indicado (Sabat et al., 2025). Em conformidade com Zouboulis et al. (2024), a clindamicina age no organismo inibindo a síntese de proteínas das bactérias, ligando-se à subunidade 50S do ribossomo bacteriano e impedindo o seu crescimento. Apesar da maioria das diretrizes atuais apoiarem o uso desse antibiótico tópico no manejo da hidradenite supurativa, ele está associado a um alto risco de resistência bacteriana (Ghanian et al., 2022).

3.2.2. Tratamento medicamentoso intralesional

Segundo Cuenca-Barrales et al. (2022), as injeções intralesionais de corticosteroides são o tratamento mais relatado entre os tratamentos intralesionais para hidradenite supurativa (HS). Sua aplicação é aconselhada tanto para lesões inflamatórias agudas quanto crônicas. O corticosteroide mais frequentemente utilizado é o acetato de triancinolona (10-40 mg/mL), que devido suas propriedades anti-inflamatórias reduz a dor, a vermelhidão, a supuração e leva ao colapso dos trajetos fistulosos. Sua resposta clínica é rápida, ocorrendo em 48 a 72 horas. Em caso de ausência de resposta, outras injeções podem ser administradas em intervalos que variam de 1 semana a 3 meses. Além disso, seus efeitos adversos são, em geral, locais e leves, sendo os mais frequentes a atrofia cutânea e a hipopigmentação. Como os benefícios superam os riscos, esse tratamento é fortemente recomendado (Pascual et al., 2024).

3.2.3. Tratamento medicamentoso sistêmico

3.2.3.1. Antibióticos

De acordo com Orenstein et al. (2020), os antibióticos sistêmicos constituem uma das principais estratégias terapêuticas para o tratamento da hidradenite supurativa, sendo amplamente utilizados e recomendados por todas as diretrizes clínicas atualmente publicadas. Além de sua ação antimicrobiana, acredita-se que esses medicamentos exerçam importantes efeitos anti inflamatórios, contribuindo para o controle da atividade da doença. Entretanto, apesar de seu uso consolidado na prática clínica, os mecanismos exatos pelos quais promovem benefícios terapêuticos na HS ainda não estão completamente esclarecidos, evidenciando a necessidade de mais estudos sobre sua atuação na fisiopatologia da doença.

As tetraciclinas orais são consideradas a terapia de primeira linha para pacientes com lesões multifocais leves a moderadas. Seu mecanismo de ação envolve a inibição da síntese proteica bacteriana por meio da ligação à subunidade 30S do ribossomo, impedindo a proliferação de microrganismos. Além da atividade antimicrobiana, esses fármacos apresentam importante efeito anti-inflamatório, reduzindo a produção de citocinas pró-inflamatórias. Entre os antibióticos tetraciclinas mais utilizados destacam-se a tetraciclina, na dose de 500 mg duas vezes ao dia, a doxiciclina, 100 mg duas vezes ao dia, e a minociclina, 100 mg uma vez ao dia, sendo o tratamento recomendado por um período de aproximadamente três meses (Ghanian et al., 2022).

Além disso, segundo Zouboulis et al. (2024), a combinação de clindamicina e rifampicina é o tratamento de primeira linha para casos moderados a graves da doença e de segunda linha para casos leves. A clindamicina é um antibiótico da classe das lincosamidas que inibe a síntese de proteínas nas bactérias, ligando-se à subunidade ribossomal 50S e bloqueando a reação de transpeptidação e, conseqüentemente, impede o crescimento e a multiplicação de microrganismos. Já a rifampicina atua bloqueando a transcrição do RNA bacteriano, inibindo a enzima RNA polimerase dependente de DNA e causando a morte da bactéria. No tratamento combinado, a clindamicina e a rifampicina são administradas na dosagem de 2x300mg/dia por via oral, cada uma, durante um período de 10 a 12 semanas.

Ademais, a dapsona pode ser considerada uma alternativa terapêutica para pacientes que não apresentam resposta satisfatória aos tratamentos de primeira ou segunda linha. Trata-se de um fármaco pertencente ao grupo das sulfonas, que possui propriedades antimicrobianas, bacteriostáticas e anti-inflamatórias, atuando principalmente por meio da modulação da

resposta inflamatória. Seu uso é indicado, sobretudo, para pacientes nos estágios I e II da classificação de Hurley. A dose habitualmente recomendada é de 50–200 mg/dia, devendo o tratamento ser mantido por um período mínimo de três meses, embora estudos relatem duração terapêutica variando entre 3 e 48 meses. De modo geral, observa-se melhora clínica significativa em parte dos pacientes tratados, entretanto, a elevada taxa de recorrência das lesões após a suspensão da terapia representa uma importante limitação ao uso desse medicamento e reforça a necessidade de acompanhamento clínico contínuo (Ghanian et al., 2022).

É importante destacar, conforme pontua Alhusayen et al. (2025), que o manejo da hidradenite supurativa com antibióticos sistêmicos ainda representa um desafio na prática clínica, principalmente em razão da escassez de evidências científicas de alta qualidade e da limitada disponibilidade de estudos que contemplem populações frequentemente excluídas dos ensaios clínicos, como gestantes e lactantes. Essa lacuna dificulta a elaboração de recomendações terapêuticas consistentes e baseadas em evidências para esses grupos específicos. Embora existam evidências de qualidade moderada que sustentem a segurança do uso da clindamicina durante a gestação, os dados disponíveis sobre a segurança da terapia combinada de rifampicina e clindamicina nesse período ainda são insuficientes. Também, recomenda-se evitar o uso de doxiciclina e dapsona durante a gravidez, em virtude dos potenciais riscos maternos e fetais associados a esses medicamentos, reforçando a necessidade de individualização do tratamento e de uma cuidadosa avaliação da relação entre riscos e benefícios.

3.2.3.2. Imunobiológicos

Os antibióticos tópicos e sistêmicos constituem a primeira linha de tratamento da hidradenite supurativa, especialmente nos casos leves a moderados. No entanto, recaídas e recorrências das lesões são frequentes, favorecendo a persistência da dor e da inflamação, além de aumentar o risco de resistência aos antibióticos e da formação de biofilmes bacterianos, fatores que dificultam o controle da doença. Nesse contexto, terapias direcionadas, como os imunobiológicos, têm ganhado destaque por atuarem na neutralização de mediadores inflamatórios específicos, contribuindo para a redução da atividade inflamatória, a prevenção de novas recorrências e a limitação da progressão da doença (Tan et al., 2025).

Desse modo, segundo Aarts et al. (2021), o adalimumabe, um anticorpo monoclonal IgG totalmente humano direcionado ao fator de necrose tumoral alfa (TNF- α), representa uma importante opção terapêutica para pacientes com hidradenite supurativa moderada a grave. O

TNF α é uma citocina pró-inflamatória que desempenha papel central na fisiopatologia da doença, participando da infiltração de células imunológicas nos tecidos, da ativação e polarização de linfócitos T e da manutenção da resposta inflamatória sistêmica. Além disso, estudos demonstram que a pele acometida pela HS apresenta níveis significativamente mais elevados de TNF- α quando comparada à pele de indivíduos saudáveis, justificando o uso de terapias direcionadas ao bloqueio dessa citocina para reduzir a inflamação e controlar a progressão da doença.

O esquema posológico recomendado é de 160 mg inicialmente (quatro injeções subcutâneas de 40 mg aplicadas em um dia ou divididos em duas injeções de 40mg por dois dias consecutivos), seguidos por 80 mg (duas injeções de 40mg) no dia 15 (duas semanas depois) e, uma injeção de 40 mg uma vez por semana a partir do dia 29 (duas semanas depois da segunda aplicação). Caso após 12 semanas de tratamento não houver resposta terapêutica (avaliada pelo índice HiSCR), a continuação da terapia deve ser avaliada (Zouboulis et al., 2024).

Conforme aponta Fletcher et al. (2020), estudos recentes têm demonstrado que a via da interleucina-17 (IL-17) desempenha um papel importante na fisiopatologia da hidradenite supurativa. A família IL-17 é composta por seis citocinas (IL-17A a IL-17F), sendo a IL-17A a mais estudada e a principal envolvida no processo inflamatório da doença. Em pacientes com HS, a expressão do gene IL-17A na pele lesionada é cerca de 30 vezes maior do que na pele de indivíduos saudáveis. Diante das crescentes evidências sobre o papel central da via IL-17 na patogênese da HS, as terapias direcionadas a essa citocina têm despertado grande interesse, representando uma estratégia promissora para o controle da doença.

O secuquinumabe é um anticorpo monoclonal totalmente humano que atua por meio da inibição seletiva da interleucina-17A (IL-17A), uma citocina-chave no processo inflamatório da hidradenite supurativa. Foi o primeiro inibidor de IL-17 aprovado para o tratamento de adultos com HS moderada a grave que apresentaram resposta inadequada à terapia sistêmica convencional (Salgueiro et al., 2025). Segundo Zouboulis et al. (2024), o esquema terapêutico recomendado consiste na administração subcutânea de 300 mg nas semanas 0, 1, 2, 3 e 4, seguida de doses de manutenção mensais. Em pacientes com resposta clínica insuficiente, a frequência da dose de manutenção pode ser intensificada para 300 mg a cada duas semanas, com o objetivo de otimizar o tratamento.

O bimequizumabe é um anticorpo monoclonal humanizado que atua por meio da inibição seletiva das interleucinas 17A (IL-17A) e 17F (IL-17F), duas citocinas fundamentais na

fisiopatologia da hidradenite supurativa. Ambas desempenham papel central na resposta imune e na manutenção do processo inflamatório crônico característico da doença. Em comparação com os agentes que inibem apenas a IL-17A, acredita-se que o bloqueio duplo da IL-17A e IL-17F proporcione maior controle da inflamação, podendo resultar em melhor eficácia clínica e resposta terapêutica em pacientes com hidradenite supurativa moderada a grave (Skrzypczak et al., 2025). Ademais, em conformidade com Shams e Sayed (2024), o esquema terapêutico recomendado inicia-se com uma dose de ataque de 640 mg, seguida por uma dose de manutenção de 320 mg administrada por via subcutânea a cada duas ou quatro semanas, conforme a resposta clínica e o protocolo terapêutico adotado.

Por fim, apesar dos avanços no tratamento da hidradenite supurativa, ainda há uma importante necessidade terapêutica não atendida, especialmente entre pacientes que apresentam resposta insuficiente ou falha aos tratamentos atualmente disponíveis. Nesse contexto, diversos agentes biológicos com novos alvos imunológicos encontram-se em investigação, incluindo inibidores das vias de IL-12, IL-17, IL-23, IL-36, CD40, janus kinase (JAK), complemento, LTA₄ e CXCR_{1/2}. Esses fármacos representam alternativas promissoras, com potencial para ampliar as opções terapêuticas e proporcionar um controle mais eficaz da atividade da doença (Aarts et al., 2021).

3.2.4. Tratamento cirúrgico

A cirurgia constitui uma importante modalidade terapêutica no manejo da hidradenite supurativa, podendo ser indicada em todos os estágios da doença, de forma isolada ou em associação ao tratamento medicamentoso. As diretrizes atuais recomendam diferentes abordagens cirúrgicas, que variam desde procedimentos paliativos de menor porte, como a incisão e drenagem e a remoção do teto da lesão, até procedimentos mais extensos, como a excisão local ampla, considerada a opção com maior potencial curativo (Offidani et al., 2024).

Desse modo, segundo Marzano et al. (2025), entre os procedimentos paliativos, a incisão e drenagem proporcionam alívio imediato da dor e da tensão provocadas pelos abscessos, porém atuam apenas no controle temporário dos sintomas e estão associadas a taxas de recorrência próximas de 100%. Em contrapartida, a remoção do teto da lesão é geralmente preferida para lesões pequenas e localizadas, apresentando melhores resultados clínicos e menores taxas de recorrência, estimadas entre 20% e 30%.

Entretanto, as evidências disponíveis sobre essas técnicas ainda são limitadas, não havendo consenso quanto à melhor estratégia cirúrgica para todos os pacientes. Dessa forma, a

escolha do procedimento deve ser individualizada, considerando fatores como a gravidade e a extensão da doença, a localização das lesões, o histórico de recorrências e de cirurgias prévias, a presença de comorbidades e as expectativas e preferências do paciente, com o objetivo de alcançar melhores desfechos clínicos e reduzir o risco de novas recorrências (Offidani et al., 2024).

3.3 Manejo da dor

De acordo com Savage et al. (2021), a dor é um dos principais sintomas da hidradenite supurativa e representa um dos fatores que mais contribuem para a redução da qualidade de vida dos pacientes, interferindo significativamente nas atividades diárias, no bem-estar emocional e nas relações sociais. Esse sintoma pode apresentar componentes tanto nociceptivos quanto neuropáticos, refletindo a complexidade da fisiopatologia da doença. A dor nociceptiva decorre da ativação de nociceptores por mediadores inflamatórios liberados em áreas de lesão tecidual, sendo, na HS, predominantemente associada ao intenso processo inflamatório presente nas lesões cutâneas.

Por outro lado, segundo o autor, a dor neuropática resulta de alterações no sistema nervoso somatossensorial, podendo estar relacionada à inflamação crônica persistente, que favorece o desenvolvimento de alterações neuroplásticas periféricas e da sensibilização central. Dessa forma, a coexistência desses diferentes mecanismos contribui para a intensidade e a persistência da dor observada em muitos pacientes, reforçando a importância de uma abordagem terapêutica individualizada e multidisciplinar para seu adequado controle, exigindo estratégias farmacológicas e psicológicas para o manejo da situação.

Desse modo, o manejo da dor aguda na hidradenite supurativa deve ser individualizado de acordo com sua intensidade. Nos casos leves, recomenda-se o uso de paracetamol e/ou anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) tópicos, preferencialmente em associação com antibióticos de ação anti-inflamatória e, quando indicado, drenagem cirúrgica das lesões. Na persistência dos sintomas, podem ser acrescentados AINEs orais e/ou infiltração intralesional de triancinolona. Se a dor permanecer refratária, um curto período de tratamento com opioides, como o tramadol, pode ser considerado, sendo recomendado o encaminhamento do paciente para avaliação por um especialista em dor. Em relação à dor crônica, esta está frequentemente associada à atividade inflamatória persistente da doença; assim, o controle adequado da HS, aliado às intervenções cirúrgicas quando indicadas, constitui a principal estratégia para promover o alívio da dor e melhorar a qualidade de vida dos pacientes (Bishnoi et al., 2024).

Além dos impactos físicos, conforme explica Montero-Vilchez et al. (2021), a hidradenite supurativa está associada ao comprometimento da saúde mental, com maiores taxas de depressão e ansiedade em comparação à população geral. Essa relação pode estar ligada ao aumento de citocinas pró-inflamatórias, como TNF- α e IL-1 β , presentes tanto na HS quanto em transtornos psiquiátricos. Por isso, recomenda-se a utilização de intervenções psicológicas baseadas em evidências, como a terapia cognitivo-comportamental (TCC) e a terapia de aceitação e compromisso (ACT), que auxiliam no manejo da dor crônica por meio de estratégias de autorregulação e educação sobre a dor. Enquanto a TCC busca modificar pensamentos disfuncionais relacionados à dor, a ACT enfatiza a aceitação e a redução da reatividade ao sofrimento (Savage et al., 2021).

Em síntese, como ressalta Bishnoi et al. (2024), a dor é um sintoma frequente em pacientes com doenças dermatológicas, porém frequentemente subestimado devido às limitações no seu manejo. Assim, o tratamento adequado da dor contribui para melhores desfechos clínicos e maior qualidade de vida, ressaltando a importância da capacitação dos profissionais de saúde nessa área.

CONCLUSÃO

12

A hidradenite supurativa é uma doença inflamatória crônica de fisiopatologia complexa, associada a importante impacto físico, psicológico e social, comprometendo significativamente a qualidade de vida dos pacientes. A presente revisão evidenciou que o diagnóstico precoce, fundamentado na avaliação clínica e complementado por instrumentos de estadiamento e monitoramento da resposta terapêutica, é essencial para o manejo adequado da doença e para a prevenção de complicações decorrentes de sua progressão. Além disso, a compreensão dos mecanismos fisiopatológicos envolvidos tem contribuído para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas cada vez mais específicas e eficazes.

Observou-se que o tratamento da hidradenite supurativa deve ser individualizado, considerando a gravidade da doença, a extensão das lesões, as comorbidades e as características de cada paciente. Nesse contexto, terapias tópicas, intralesionais, sistêmicas, imunobiológicas e cirúrgicas apresentam papel complementar no controle da atividade inflamatória, na redução das recorrências e no alívio dos sintomas, especialmente da dor, cuja abordagem adequada é indispensável para melhorar a qualidade de vida. Embora os avanços recentes, sobretudo com a introdução dos imunobiológicos, tenham ampliado as possibilidades terapêuticas, ainda existem limitações relacionadas à resposta insatisfatória de parte dos pacientes e à escassez de evidências

para populações específicas. Dessa forma, torna-se fundamental o investimento em novas pesquisas, bem como o fortalecimento de uma abordagem multidisciplinar e centrada no paciente, visando aperfeiçoar o tratamento e proporcionar melhores desfechos clínicos.

REFERÊNCIAS

AARTS, P. et al. Clinical implementation of biologics and small molecules in the treatment of hidradenitis suppurativa. **Drugs**, v. 81, n. 12, p. 1397–1410, 2021.

ALHUSAYEN, R. et al. North American clinical practice guidelines for the medical management of hidradenitis suppurativa in special patient populations. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 92, n. 4, p. 825–852, 2025.

BISHNOI, A. et al. Management of pain in the inpatient and non-surgical outpatient dermatology settings: A narrative review. **Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology**, v. 90, n. 6, p. 742–749, 2024.

BYRD, A. S. et al. Differentiating the Role of Inflammation in Hidradenitis Suppurativa from that in Other Inflammatory Skin Diseases. **Journal of Investigative Dermatology**, 24 maio 2025.

CUENCA-BARRALES, C. et al. Intralesional treatments in hidradenitis suppurativa: A systematic review. **Dermatology (Basel, Switzerland)**, v. 238, n. 6, p. 1084–1091, 2022.

FLETCHER, J. M. et al. IL-17 in inflammatory skin diseases psoriasis and hidradenitis suppurativa. **Clinical and Experimental Immunology**, v. 201, n. 2, p. 121–134, 2020.

FREW, J. et al. Australasian hidradenitis suppurativa management guidelines. **Australasian Journal of Dermatology**, 22 nov. 2024.

GARG, A.; NAIK, H. B.; KIRBY, J. S. A Practical Guide for Primary Care Providers on Timely Diagnosis and Comprehensive Care Strategies for Hidradenitis Suppurativa. **The American Journal of Medicine**, v. 136, n. 1, p. 42–53, jan. 2023.

GHANIAN, S. et al. Medical management of hidradenitis suppurativa with non-biologic therapy: What's new? **American Journal of Clinical Dermatology**, v. 23, n. 2, p. 167–176, 2022.

KOERTS, N. D. K. et al. Assessment tools and phenotype classification for hidradenitis suppurativa. **Clinics in Dermatology**, 29 ago. 2023.

MARZANO, A. V. et al. Improving hidradenitis suppurativa management: consensus statements from physicians and patients' perspectives. **Archives of Dermatological Research**, v. 316, n. 8, 24 ago. 2024.

MARZANO, A. V. et al. Hidradenitis suppurativa, from basic science to surgery and a new era of tailored targeted therapy: An expert opinion paper. **Archives of Dermatological Research**, v. 317, n. 1, p. 511, 2025.

MCCARTHY, S. Hidradenitis Suppurativa. **Annual Review of Medicine**, v. 76, n. 1, p. 69–80, 27 jan. 2025.

MONTERO-VILCHEZ, T. et al. The burden of hidradenitis suppurativa signs and symptoms in quality of life: Systematic review and meta-analysis. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 13, p. 6709, 2021.

OFFIDANI, A. et al. How to integrate surgery and targeted therapy with biologics for the treatment of hidradenitis suppurativa: Delphi consensus statements from an Italian expert panel. **Dermatology**, p. 1–12, 18 jul. 2024.

ORENSTEIN, L. A. V. et al. Medical and surgical management of hidradenitis suppurativa: A review of international treatment guidelines and implementation in general dermatology practice. **Dermatology (Basel, Switzerland)**, v. 236, n. 5, p. 393–412, 2020.

PASCUAL, J. C. et al. Topical and intralesional therapies for hidradenitis suppurativa: A systematic literature review. **Actas Dermo-Sifiliográficas**, v. 115, n. 5, p. 433–448, 2024.

SABAT, R. et al. Hidradenitis suppurativa. **The Lancet**, 1 jan. 2025.

SALGUEIRO, G. P. et al. Interleukin-17 inhibitors in the treatment of hidradenitis suppurativa. **BioDrugs: Clinical Immunotherapeutics, Biopharmaceuticals and Gene Therapy**, v. 39, n. 1, p. 53–74, 2025.

SAVAGE, K. T. et al. Pain management in hidradenitis suppurativa and a proposed treatment algorithm. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 85, n. 1, p. 187–199, 2021.

SCALA, E. et al. Hidradenitis Suppurativa: Where We Are and Where We Are Going. **Cells**, v. 10, n. 8, p. 2094, 15 ago. 2021.

SHAMS, R. B.; SAYED, C. J. Bimekizumab for the treatment of hidradenitis suppurativa. **Immunotherapy**, v. 16, n. 16–17, p. 1005–1013, 2024.

SKRZYPCZAK, T. et al. An evaluation of bimekizumab for the treatment of hidradenitis suppurativa. **Expert Opinion on Biological Therapy**, v. 25, n. 8, p. 811–819, 2025.

ŚWIERCZEWSKA, Z. et al. Immunomodulatory Drugs in the Treatment of Hidradenitis Suppurativa—Possibilities and Limitations. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 23, n. 17, p. 9716, 26 ago. 2022.

TAN, I. J. et al. Targeted biologic therapies for hidradenitis suppurativa. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 26, n. 18, p. 8887, 2025.

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: JEADV**, p. 10.1111/jdv.20472, 2024.