

# Cirugía amplia y cicatrización por segunda intención en la hidradenitis supurativa severa

## Surgical approach and secondary intention healing in severe hidradenitis suppurativa

Ricardo Sánchez<sup>1</sup>, Magdalena Vola<sup>2</sup>, Julio Magliano<sup>2</sup> y Caroline Agorio<sup>3</sup>

### RESUMEN

La hidradenitis supurativa es una enfermedad inflamatoria crónica y recurrente que compromete la piel con sus glándulas apocrinas en las axilas y las áreas intermamaria, submamaria, inguinal, genital y perineal. La prevalencia global se estima en alrededor del 1% de la población. La enfermedad produce un significativo impacto negativo en la calidad de vida de los afectados en comparación con la población general. En los estadios avanzados, en los que la terapia médica resulta insuficiente, el cirujano dermatólogo debe determinar qué tipo de abordaje quirúrgico realizará considerando las diferentes alternativas existen-

tes, que proporcionen buenos resultados funcionales y estéticos. Presentamos el caso de una paciente con hidradenitis supurativa en estadio III en quien, además de las medidas médicas, se empleó la cirugía amplia y la cicatrización por segunda intención, y se obtuvo un resultado curativo y funcional excelente y estético aceptable.

**Palabras clave:** hidradenitis supurativa, cirugía, cicatrización por segunda intención.

Dermatol. Argent. 2017, 23 (2):98-101

### ABSTRACT

*Hidradenitis suppurativa is a chronic, recurrent inflammatory disease that compromises the skin with apocrine glands in armpits, inter and submammary, inguinal, genital and perineal areas.*

*Overall prevalence has been estimated around 1% of the population.*

*The disease has a significant negative impact on the quality of life of those affected compared to the general population.*

*In advanced stages, in which medical therapy is insufficient, the dermatologist must determine what type of surgical approach to perform con-*

*sidering different alternatives, providing good functional and aesthetic results. We present the case of a patient with hidradenitis suppurativa stage III in who besides medical measures, extensive surgery and healing by second intention have been used obtaining an excellent curative, functional and an acceptable aesthetic result.*

**Key words:** hidradenitis suppurativa, surgery, secondary intention healing.

Dermatol. Argent. 2017, 23 (2):98-101

<sup>1</sup> Médico Dermatólogo, Hospital Félix Bulnes Cerda, Santiago de Chile, Chile

<sup>2</sup> Médico Dermatólogo, Profesor Asistente, Cátedra de Dermatología

<sup>3</sup> Médica Dermatóloga, Profesora Adjunta, Cátedra de Dermatología Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

Contacto del autor: Ricardo Sánchez

E-mail: ricardosanchezcastillo@hotmail.com

Fecha de trabajo recibido: 29/8/2016

Fecha de trabajo aceptado: 13/2/2017

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

## INTRODUCCIÓN

La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica y recurrente que compromete la piel con sus glándulas apocrinas en las axilas, y las áreas intermamaria, submamaria, inguinal, genital y perineal. Generalmente aparece luego de la pubertad y se manifiesta con lesiones inflamatorias de tipo pápulas, pústulas, nódulos, tractos sinuosos y abscesos. En la mayoría de los pacientes, los empujes se acompañan de un aumento del dolor y la supuración, muchas veces coincidiendo con los períodos premenstruales en la mujer<sup>1,2</sup>.

La prevalencia global se estima en alrededor del 1% de la población<sup>3</sup>, con una relación hombre:mujer de 1:3. La condición se inicia alrededor de los 20 años<sup>1</sup>. La enfermedad produce un significativo impacto negativo en la calidad de vida de los afectados en comparación con la población general<sup>4</sup>. La obesidad y el consumo de cigarrillo son factores de riesgo correlacionados directamente con la severidad de la HS<sup>5,6</sup>.

Actualmente se la considera un trastorno inflamatorio originado en la unidad pilosebácea. Se produce una rotura del folículo que permite la introducción de queratina y bacterias en la dermis, lo que genera liberación de quimiocinas que estimulan la quimiotaxis y la formación de abscesos. Los tractos sinuosos serían generados a partir de filamentos epiteliales originados de la rotura de los folículos pilosos<sup>7</sup>.

Se describió una amplia variedad de tratamientos, con distintas tasas de éxito terapéutico. Se debe considerar el grado de severidad y la respuesta a los tratamientos previos para decidir la terapia apropiada para cada paciente. Para determinar la severidad de la HS se propusieron distintas clasificaciones; se destacan los estadios de Hurley, en los cuales el mayor estadio representa mayor severidad<sup>8</sup>.

## CASO CLÍNICO

Una paciente de 20 años, con antecedentes personales de hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina, anemia microcítica en tratamiento con hierro y síndrome metabólico dado por obesidad, resistencia a la insulina y dislipidemia, consultó al Servicio de Dermatología por una HS que afectaba las axilas y los pliegues submamario, intermamario e inguinal. En el examen físico se observaron nódulos, tractos sinuosos y áreas cicatrizales hipertróficas en todas las regiones comprometidas, con un máximo lesional en las axilas. Las lesiones supuraban y dolían a la palpación, correspondiendo a un estadio III de Hurley (Foto 1, A y B).

El cuadro se había iniciado en las axilas hacía 2 años, con pequeñas y escasas lesiones nodulares supurativas que aumentaron progresivamente. Posterior-

mente presentó empeoramiento del cuadro con escasa respuesta a diversas terapias sistémicas que incluyeron doxiciclina e isotretinoína.

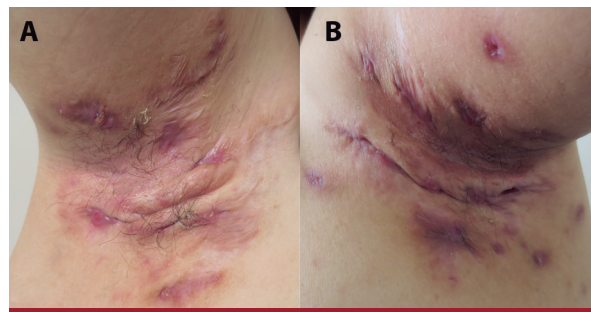
Los estudios de laboratorio mostraron hemoglobina 10,5 g/dl, volumen corpuscular medio 77,5 fl, con valores de metabolismo de hierro normal, lo que se interpretó como anemia secundaria a enfermedad inflamatoria crónica; velocidad de eritrosedimentación (VES) 50 mm/h, glucemia 105 mg/dl, colesterol total 204 mg/ml, triglicéridos 246 mg/ml, LDL 133 mg/ml, TSH 2,04 mU/L.

Se inició tratamiento con clindamicina 300 mg cada 6 horas por un mes y metformina 1 g por día de manera continua. El tratamiento se evaluó a los 5 meses y se observó buena respuesta clínica con disminución del componente inflamatorio y de la supuración (Foto 2, A-C). Sin embargo, la paciente no estuvo satisfecha con la respuesta. Se decidió proceder a la cirugía y se realizó la escisión amplia de las principales zonas afectadas, comenzando por las axilas.

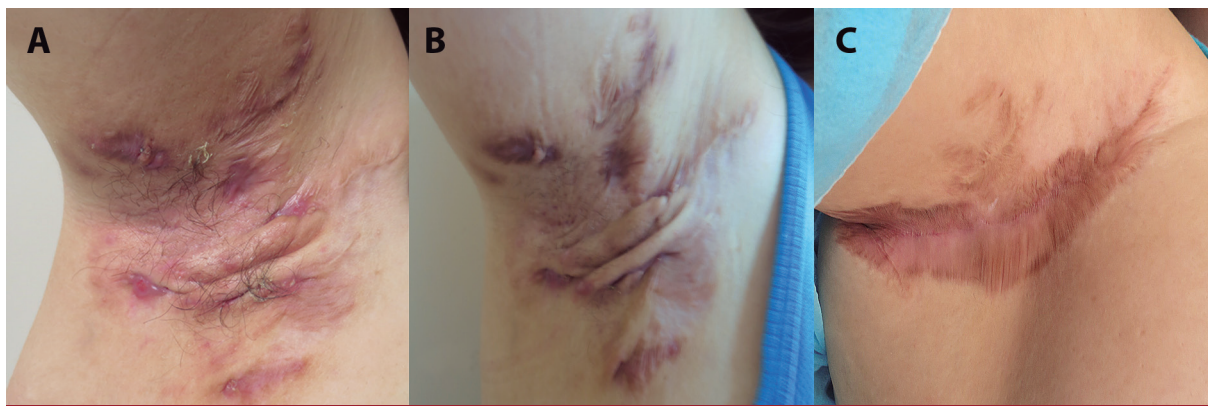
El procedimiento consistió en la extirpación quirúrgica amplia de las áreas axilares comprometidas y se optó para el cierre por la aproximación borde a borde y la cicatrización por segunda intención (Foto 3, A-C).

Para favorecer la cicatrización por segunda intención, se utilizó alginato de calcio por su efecto hemostático y de relleno, y se cubrió con apósito hidrocoloide. En la evolución, luego que el lecho cicatrizal comenzó con el proceso de granulación, se continuó solo con apósito hidrocoloide. El proceso de cicatrización duró aproximadamente 45 días y no hubo complicaciones infecciosas. En las áreas donde se presentó hipergranulación se manejó mediante topicación con nitrato de plata.

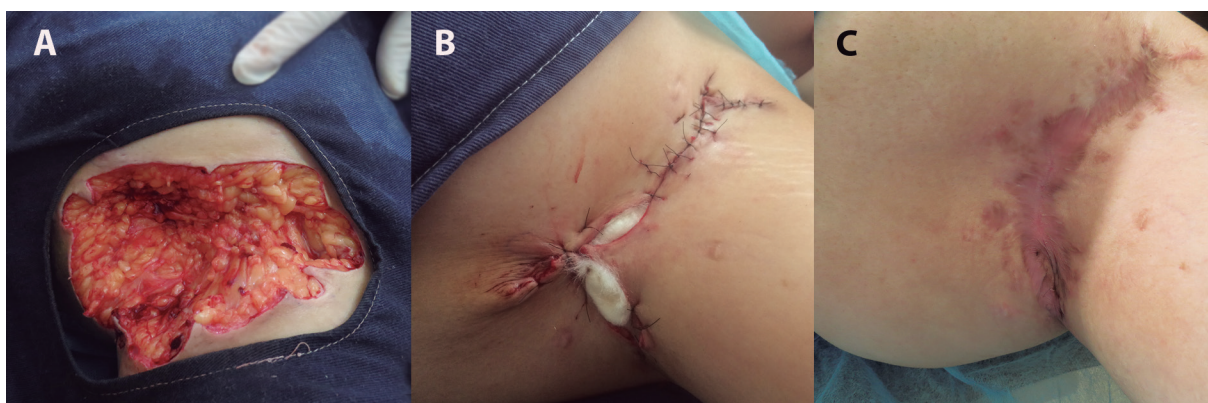
El resultado terapéutico final fue excelente, en lo funcional fue muy bueno y en lo estético fue aceptable (Foto 3). La paciente no muestra signos de recidiva a los 18 meses del tratamiento quirúrgico y refiere una notoria mejoría en su calidad de vida.



**FOTO 1: A)** Compromiso de la axila derecha; etapa III de la clasificación de Hurley. **B)** Compromiso de la axila izquierda; etapa III de la clasificación de Hurley.



**FOTO 2:** A) Compromiso axilar inicial. B) Respuesta clínica posterior al tratamiento con metformina y clindamicina; se observa una clara disminución del componente inflamatorio. C) Axila derecha cicatrizada a los 6 meses de la cirugía.



**FOTO 3:** A) Intraoperatorio de la cirugía de la axila izquierda. Lecho operatorio luego de la escisión amplia. B) Cirugía de la axila izquierda. Bordes afrontados de la herida operatoria y relleno del espacio muerto con alginato de calcio. C) Axila izquierda cicatrizada después de 6 meses de la cirugía.

## DISCUSIÓN

La HS es una enfermedad inflamatoria crónica que se ha asociado a factores y patologías de alta prevalencia en la población general, como el tabaquismo y el síndrome metabólico<sup>9</sup>. Se presenta con distintos grados de severidad, desde manifestaciones leves con manejo médico sencillo hasta formas severas con gran impacto en la calidad de vida, sin respuesta a tratamientos médicos convencionales, salvo a medidas quirúrgicas o medicamentos de alto costo, como los agentes biológicos<sup>9,10</sup>.

El arsenal terapéutico es variado, pero no se dispone de ninguno con probada eficacia en los ensayos clínicos controlados. Por esta razón, el tratamiento debe ser individualizado, sin olvidar las medidas generales, como la reducción de peso, el control de los factores de riesgo cardiovascular, la suspensión del hábito tabáquico y el apoyo psicológico<sup>9-11</sup>.

Para las formas leves inflamatorias, Martorell *et al.* recomiendan la combinación tópica de clindamicina y corticosteroides de moderada potencia<sup>10</sup>. Las formas moderada y severa se asocian a un componente inflama-

torio sistémico que se evidencia por las alteraciones hematológicas, como anemia y aumento de los marcadores inflamatorios, como VES o proteína C-reactiva. Esta afectación sistémica debe ser controlada médicamente mediante la combinación de medidas generales, tratamientos tópicos y tratamientos sistémicos-biológicos. Las lesiones cutáneas eventualmente necesitarán una resolución quirúrgica de menor o mayor complejidad<sup>10,11</sup>.

Con respecto al tratamiento quirúrgico, se describieron diferentes procedimientos. Las opciones en los casos leves que no han respondido al tratamiento médico son incisión y drenaje, *deroofing* y marsupialización, y escisión localizada. Sin embargo, estas modalidades presentan mayor tasa de recidiva que las cirugías de extirpación amplia. En los casos moderados a severos, la realización de una escisión amplia combinada con el tratamiento médico se considera la alternativa con mayor posibilidad de control de la enfermedad<sup>10-13</sup>.

En cuanto a las alternativas de cierre de la herida quirúrgica, algunos autores desaconsejan el cierre primario borde a borde por considerar un mayor riesgo

de recidivas y de infecciones, y optan por otras alternativas, destacando la cicatrización por segunda intención<sup>13,14</sup>. Los estudios muestran importantes diferencias en las tasas informadas para estas complicaciones y probablemente eso se deba a las diferentes técnicas quirúrgicas utilizadas y a los distintos sitios anatómicos afectados, como axilas, pliegue submamario, ingle o región perianal<sup>14</sup>. Bieniek *et ál.* plantean que no hay diferencias estadísticamente significativas con respecto a las tasas de complicaciones entre la cicatrización por segunda intención y el cierre primario. Además, recomiendan la cicatrización por segunda intención en patologías como foliculitis decalvante e HS, siendo particularmente recomendable por la afectación de áreas intertriginosas<sup>15</sup>.

Basados en nuestra experiencia en el manejo de casos severos de HS, planteamos la cirugía amplia y la cicatrización por segunda intención como la mejor opción curativa. Las tasas de recurrencia, según el

tipo de cierre, varían entre 18,75 y 31,6%<sup>10-15</sup>. Consideramos que el momento óptimo para la realización de la cirugía es cuando el paciente se encuentra con escaso componente inflamatorio, lo que ocurre luego de instaurado el tratamiento médico. La paciente del caso analizado consultó en un estadio avanzado de HS asociado, además, con síndrome metabólico y anemia secundaria a inflamación crónica. Por lo anterior, se instauraron medidas generales higiénicas y dietéticas, se inició tratamiento con metformina y se utilizaron antibióticos como medida antiinflamatoria. Se obtuvo una respuesta clínica favorable en cuanto al síndrome metabólico y mejoría de la anemia, pero aún insatisfactoria en relación con el HS. Finalmente, se optó por realizar la escisión amplia a nivel axilar combinando el cierre primario borde a borde y la cicatrización por segunda intención. De esta manera, se logró mejorar la calidad de vida de la paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jemec GB. Hidradenitis suppurativa. *N Engl J Med* 2012;366:158-164.
2. Margesson L, Danby F. Hidradenitis suppurativa. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014;28:1013-1027.
3. Revuz J, Canoui-Poitrine F, Wolkenstein P, Viallete C, *et ál.* Prevalence and factors associated with hidradenitis suppurativa: results from two case-control studies. *J Am Acad Dermatol* 2008;59:596-601.
4. Matusiak Ł, Bieniek A, Szepietowski JC. Hidradenitis suppurativa markedly decreases quality of life and professional activity. *J Am Acad Dermatol* 2010;62:706-708.
5. Sartorius K, Emtestam L, Jemec GB, Lapins J. Objective scoring of hidradenitis suppurativa reflecting the role of tobacco smoking and obesity. *Br J Dermatol* 2009;161:831-839.
6. Vazquez BG, Alikhan A, Weaver AL, Wetter DA, *et ál.* Incidence of Hidradenitis Suppurativa and Associated Factors: A Population-Based Study of Olmsted County, Minnesota. *J Invest Derm* 2013;133:97-103.
7. Mortimer PS, Lunniss PJ. Hidradenitis suppurativa. *J R Soc Med* 2000;93:420-422.
8. Hurley HJ. Axillary hyperhidrosis, apocrine bromhidrosis, hidradenitis suppurative, and familial benign pemphigus: Surgical approach. En: Roenigk RK, Roenigk HJ, eds. *Dermatologic surgery. Principles and practice*. New York: Marcel Dekker, 1989:717-743.
9. Kohorst J, Kimball A, Davis M. Systemic associations of hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol* 2015;73:27-35.
10. Martorell A, García FJ, Jiménez-Gallo D, Pascual JC, *et ál.* Actualización en hidradenitis suppurativa (II): aspectos terapéuticos. *Actas Dermosifiliogr* 2015;106:716-724.
11. Zouboulis CC, Desai N, Emtestam L, Hunger RE, *et ál.* European S1 guideline for the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015;29:619-644.
12. Danby F, Hazen P, Boer J. New and traditional surgical approaches to hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol* 2015;73:62-65.
13. Lavieri A, Sehtman A, Greco C, Acevedo A. Otra mirada hacia la hidradenitis suppurativa: cuando las terapias de tercera línea se convierten en la primera indicación. *Dermatol Argent* 2016;22:96-108.
14. Ellis LZ. Hidradenitis suppurativa: Surgical and other management techniques. *Dermatol Surg* 2012;38:517-536.
15. Bieniek A, Matusiak Ł, Chlebicka I, Szepietowski JC. Secondary intention healing in skin surgery: Our own experience and expanded indications in hidradenitis suppurativa, rhinophyma and non-melanoma skin cancers. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013;27:1015-1021.