

Hidradenitis supurativa

Hidradenitis suppurativa

SERGIO ARBELÁEZ BOLAÑOS*, MD; ROSA CLAUDIA ESLAIT MERCHÁN*, MD;
SERGIO A. ARBELÁEZ ESLAIT**, MD; KORETTA ESMERAL ATEHORTÚA**, MD

Palabras clave: hidradenitis supurativa, folículo pilosebáceo, glándulas sudoríparas, escala de Hurley, glándulas sebáceas.

Keywords: hidradenitis suppurativa, pilosebaceous follicle, sudoriferous glands, Hurley clinical staging system, sebaceous glands.

Resumen

Antecedentes: La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica, caracterizada por la aparición de nódulos, forúnculos o abscesos, que afectan principalmente los pliegues axilar, inguinal y anogenital. La evolución crónica de la enfermedad puede progresar a la formación de fistulas, fibrosis dérmica e incluso cicatrices hipertróficas, que podrían comprometer la funcionalidad del paciente.

Resumen del caso: Se discute el caso de una paciente de 22 años de edad, con cuadro clínico de 18 meses de evolución caracterizado por abscesos múltiples en región axilar bilateral. Se realizó un enfoque diagnóstico inicial mediante el examen físico, en el cual se identificaron lesiones de aspecto comedónico, con trayectos fistulosos y áreas de fibrosis, con lo que se confirmó el diagnóstico de hidradenitis supurativa. La paciente recibió tratamiento farmacológico y quirúrgico logrando una evolución satisfactoria.

Conclusiones: La hidradenitis supurativa es una entidad invalidante de aparición frecuente, por lo cual es importante realizar un diagnóstico oportuno, que permita la intervención en el curso de la enfermedad en etapas tempranas, para evitar la progresión de las lesiones y conservar la funcionalidad del paciente. El diagnóstico se confirma con los hallazgos clínicos. El tratamiento integral dependerá de la severidad de las lesiones, variando desde el farmacológico hasta cirugías correctivas.

Abstract

Background: Hidradenitis suppurativa (HS) is a chronic inflammatory disease characterized by nodules, boils or abscesses, which mainly affects the body folds: axillae, inguinal and anogenital. The chronic disease evolution can progress to fistulas, dermal fibrosis and even hypertrophic scars, which could compromise the patient functionality.

Case summary: This article discusses the case of a 22 years-old female patient, who consulted for 18 months of clinical evolution due to multiple abscesses in the axillary region. An initial diagnostic approach was performed using physical examination that identified comedonic lesions with fistulous tracts and areas of fibrosis, confirming the diagnosis. Pharmacological and surgical management was prescribed achieving a satisfactory evolution.

Conclusions: Hidradenitis suppurativa is a common disabling entity, for that reason it is very important to diagnose in its earliest stages, allowing prompt intervention to prevent the progression of the lesions and preserve the patient functionality. The diagnosis is confirmed by clinical findings. Comprehensive treatment will depend on the severity of the lesions ranging from pharmacological treatment to corrective surgeries.

Introducción

La prevalencia de la hidradenitis supurativa (HS), acné inversa o también conocida como enfermedad de Verneuil, es de 1-4% y se presenta frecuentemente en la segunda y la tercera década de vida. La incidencia de HS implica 6 casos por cada 100.000 personas y es más frecuente en mujeres, con una relación 3:1¹⁻².

Existen cuatro tipos de presentación clínica: los pacientes LC1 con lesiones en axilas y región mamaria

con alto riesgo de desarrollar cicatrices hipertróficas; los pacientes LC2 con lesiones de tipo nodular o comedónicas en orejas, tórax, región dorsal y extremidades inferiores. Los pacientes LC3 con lesiones papulares y foliculitis en región glútea; y los pacientes con HS fulminante asociada a síntomas reumatológicos como artritis, espondilitis y anemia³.

El diagnóstico de HS es eminentemente clínico y se basa en la observación directa o por dermatoscopia de las lesiones.

A continuación, trataremos un reporte de caso de una paciente de 22 años de edad, con múltiples abscesos axilares bilaterales y diagnóstico de HS, así como los hallazgos clínicos y paraclínicos, y los resultados postratamiento.

Presentación del caso

Paciente femenina de 22 años de edad, natural, residente y procedente de Barranquilla, Atlántico, Colombia. Consultó por cuadro clínico de 18 meses de evolución caracterizado por abscesos múltiples en región axilar bilateral, con drenaje de secreción fétida constante; refiere uso de antibióticos orales y corticoides tópicos en el área afectada, por aproximadamente 12 meses, sin evidenciar mejoría.

Paciente previamente sana, sin antecedentes médicos personales de importancia.

En el examen físico se evidencian múltiples lesiones de aspecto comedónico asociadas a trayectos fistulosos, áreas de fibrosis en ambas zonas axilares y fisuras de aproximadamente 8 cm de diámetro, comprometiendo más del 50% del área axilar en cada lado (imagen 1).

De acuerdo con los hallazgos, la paciente fue diagnosticada con HS de tipo LC1, estadio Hurley III, y por la evolución tórpida evidenciada con el manejo farmacológico previo, se decidió dar inicio al protocolo médico para la intervención quirúrgica.

Se solicitaron estudios paraclínicos prequirúrgicos y los resultados reportaron valores dentro de parámetros normales, por lo cual se inició profilaxis antibiótica y se propuso realizar corrección quirúrgica de las lesiones en dos tiempos por estar afectadas ambas axilas, empezando por la axila derecha.

Se realizó escisión radical del área axilar derecha con resección de la lesión de 10 cm de diámetro por márgenes, por parte del servicio de cirugía general y reconstrucción, con colgajo fascio-cutáneo paraescapular ipsilateral basado en la arteria circunfleja escapular, siguiendo la técnica descrita por Tomaz Marcondes Nassif. Enseguida, se dio cobertura parcial del área resecada en la parte posterior hasta la línea axilar media, avance en la zona de línea axilar anterior, cierre por planos con vycril 2-0 y nylon 2-0 y 3-0, y cura oclusiva, por parte del servicio de cirugía plástica⁴ (imágenes 2 y 3).



Imagen 1. Examen físico al ingreso: nódulos inflamatorios, lesiones comedónicas y trayecto fistuloso drenante localizado en la región axilar derecha. Se evidencia hiperpigmentación de la región afectada.

La paciente continuó hospitalizada bajo vigilancia médica, en manejo con analgésicos, antiinflamatorios y terapia antibiótica. Evolucionó de manera satisfactoria, con adecuada respuesta al tratamiento, heridas limpias y sin secreciones ni signos de infección, por lo cual se decidió egresar con seguimiento a los 7 días de posquirúrgico.

Luego de 6 meses de ser intervenida, la paciente acude a seguimiento donde se evidencian secuelas cicatrizales, sin enfermedad activa, por lo cual es egresada de forma definitiva, con cita abierta en caso de recidiva (imagen 3).

Discusión

La HS se define como una enfermedad inflamatoria crónica, caracterizada por la aparición recurrente de lesiones como nódulos, forúnculos o abscesos, que afectan principalmente los pliegues axilar, inguinal y anogenital. La evolución crónica de la enfermedad puede progresar a la formación de fistulas, fibrosis dérmica e incluso cicatrices hipertróficas, que podrían comprometer la funcionalidad del paciente¹.

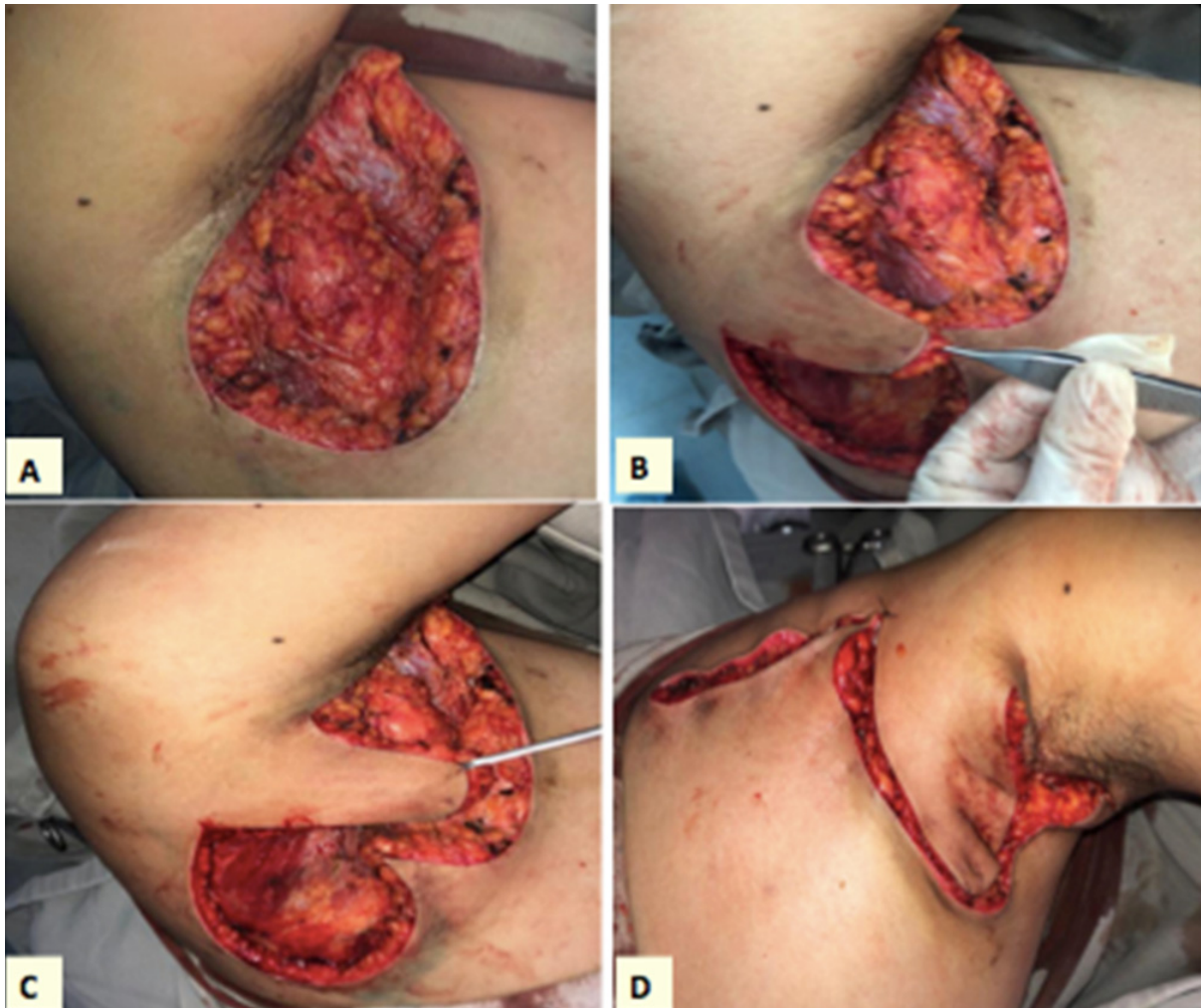


Imagen 2. Durante el procedimiento quirúrgico: A) Escisión radical de la lesión en el área axilar de 10 cm de diámetro por márgenes. B-C-D) Cobertura del defecto con colgajo fascio-cutáneo de región paraescapular ipsilateral basado en arteria circunfleja escapular.

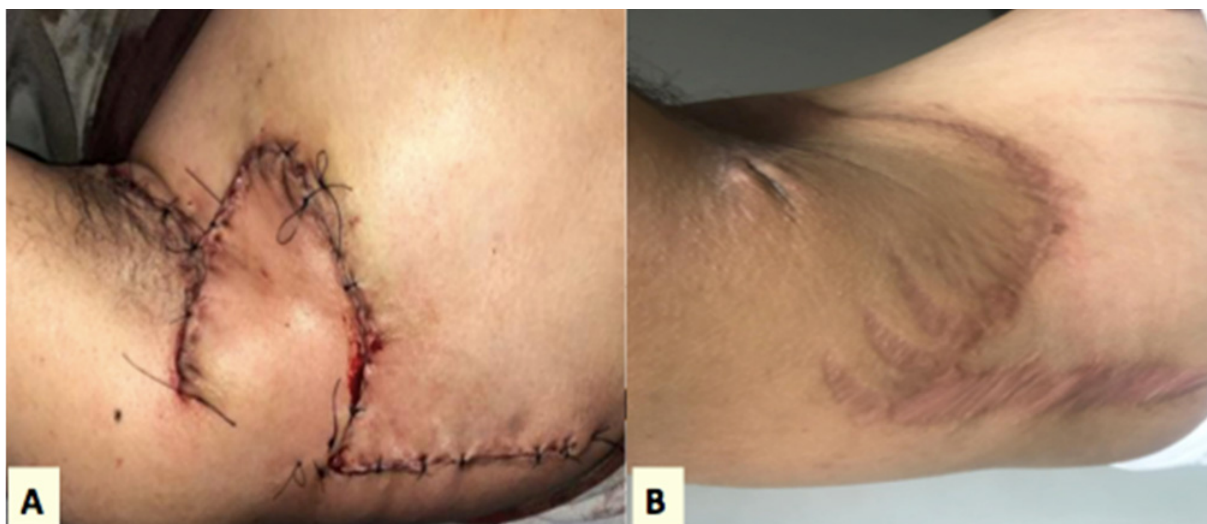


Imagen 3. A) Posquirúrgico inmediato. B) Seis meses de posquirúrgico: secuelas cicatrizales, sin enfermedad activa.

Se estima que la prevalencia de la HS es de aproximadamente 1-4% y se presenta frecuentemente en la segunda y tercera década de vida. La incidencia es de 6 casos por cada 100.000 personas y es más frecuente en mujeres, con una relación 3:1².

Existen cuatro tipos de presentación clínica. Los pacientes LC1 o HS axilo-mamaria: presentan lesiones en región axilar y región mamaria, con alto riesgo de desarrollar cicatrices hipertróficas; los pacientes LC2 o HS folicular: lesiones de tipo nodular o comedónicas en orejas, tórax, región dorsal y extremidades inferiores; los pacientes LC3 o HS glútea: lesiones papulares y foliculitis en región glútea; por último, los pacientes con HS fulminante, asociada a síntomas reumatológicos como artritis, espondilitis y anemia³ (tabla 1).

Fisiopatológicamente, la HS se debe a una inflamación u oclusión del folículo pilosebáceo por alteraciones inmunológicas en individuos con predisposición genética. La afectación de las glándulas sebáceas y sudoríparas es consecuencia del daño folicular. Sin embargo existen factores de riesgo, que pueden desencadenar la aparición de HS, como: tabaquismo, sobrepeso y obesidad,

ropa ajustada y fármacos como el litio y los anticonceptivos orales que pueden exacerbar el curso de la enfermedad⁵.

El diagnóstico de HS es eminentemente clínico y se basa en la observación directa o por dermatoscopia de las lesiones en el área afectada.

El tipo de lesión y el grado de severidad de la HS le confieren una estadificación a la misma. Según la escala de Hurley se clasifica clínicamente en 3 estadios, que van desde el estadio leve con lesiones agudas, hasta el estadio severo que implica lesiones crónicas que ameritan intervención quirúrgica correctiva⁶ (tabla 2).

El manejo de los pacientes depende del tipo de HS y del grado de severidad según la escala de Hurley. La terapia farmacológica inicia con tratamiento tópico en el estadio leve (HS Hurley I) e incluye fármacos como: clindamicina 1% en gel, con aplicación cada 12 horas durante 3 meses en el área afectada, y resorcinol crema 10-15%, o tratamiento sistémico en los estadios moderado y avanzado (HS Hurley II y III) en los que se incluyen antibióticos orales como clindamicina 300 mg cada 12 horas y rifampicina 600 mg cada 24 horas durante

Tabla 1. Fenotipos de la hidradenitis supurativa

Fenotipo	Área afectada	Características de la lesión
LC1: Axilo-mamaria	Región axilar, inframamaria y genitofemoral.	Lesiones papulo-nodulares con alto riesgo de generar cicatrices hipertróficas.
LC2: Folicular	Pabellón auricular, pecho, espalda, miembros inferiores, axilas y región inframamaria.	Lesiones nodulares o comedónicas.
LC3: Glútea	Pliegue glúteo.	Lesiones papulares o tipo foliculitis.
Fulminante	Generalizada.	Lesiones nodulares asociadas a artritis, espondilitis y/o anemia.

Fuente: Construido por los autores.

Tabla 2. Estadificación clínica de la hidradenitis supurativa según la escala de Hurley

Estadio	Características de la lesión
I: Leve.	Absceso único o múltiples, sin trayectos fistulosos ni cicatrices.
II: Moderado.	Abscesos recurrentes con trayectos fistulosos y cicatrices.
III: Severo.	Trayectos fistulosos difusos o múltiples interconectados y abscesos en toda la zona circundante.

Fuente: Construido por los autores.

10 semanas aproximadamente; sin embargo, el manejo farmacológico puede variar de acuerdo con las condiciones del paciente⁷.

Otras terapias farmacológicas incluyen el uso de retinoides orales, terapia inmunosupresora con corticoides inyectables en el área de la lesión, terapia hormonal antiandrogénica e incluso el reciente uso de biológicos; sin embargo, estos no son de uso frecuente en nuestro país⁷.

La intervención quirúrgica correctiva de la HS se reserva para lesiones aisladas y recurrentes, en los casos de fallo en terapia farmacológica o en pacientes con HS estadio Hurley III. Las técnicas quirúrgicas incluyen drenaje simple, escisión parcial o escisión radical del área comprometida⁸.

Conclusiones

Se presentó un reporte de caso de una paciente con múltiples abscesos en la región axilar bilateral con trayectos fistulosos, y fue diagnosticada con HS de tipo LC1, estadio Hurley III.

Por ser la HS una entidad invalidante y de frecuente aparición, es de gran importancia diagnosticarla oportunamente, para poder ser intervenida en etapas tempranas, y así, evitar la progresión de las lesiones y conservar la funcionalidad del paciente.

El diagnóstico se confirma con los hallazgos clínicos. La realización de biopsias y cultivos microbiológicos está limitada a ciertos casos.

El tratamiento integral dependerá de la severidad de las lesiones, variando desde tratamiento farmacológico con terapia antibiótica y uso de corticoides locales y/o sistémicos, hasta cirugías correctivas.

Se recomienda tener en cuenta este diagnóstico al momento de realizar el abordaje clínico en pacientes con lesiones dermatológicas en pliegues corporales, ya que si se les brinda un diagnóstico en etapas tempranas de la enfermedad y un tratamiento oportuno y efectivo, se disminuye el riesgo de presentar complicaciones y comprometer la funcionalidad del paciente.

Fuentes de financiación

Ninguna.

Conflictos de interés

Se declara que no existe ningún conflicto de interés por parte de los autores.

Referencias

1. García-Martínez FJ, Pascual JC, López-Martín I, Pereyra-Rodríguez JJ, et al. Actualización en hidrosadenitis suppurativa en Atención Primaria. *Semergen*. 2017;43(1):34-42. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359315004323>
2. Martorell A, García-Martínez FJ, Jiménez-Gallo D, Pascual JC, Pereyra-Rodríguez J. Actualización en hidradenitis suppurativa (I): epidemiología, aspectos clínicos y definición de severidad de la enfermedad. *Actas Dermo-Siliográficas*. 2015;106(9):703-15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.06.004>
3. Canoui-Poitrine F, Le Thuaut A, Revuz JE, Viallette C, Gabison G, Poli F, et al. Identification of three hidradenitis suppurativa phenotypes: Latent class analysis of a cross-sectional study. *J Invest Dermatol*. 2013;133:1506-11.
4. Nassif TM, Vidal L, Bovet JL, Baudet J. The parascapular flap: a new cutaneous microsurgical free flap. *Plast Reconstr Surg*. 1982;69(4):591-600.
5. Andrade MMA, Constantino JRM, Gomes DMBM, Faria FF, Oliveira RG, Ferreira RMRS, Cruz GMG. (). Hidradenitis suppurativa: literature review and case report. *J Coloproctol (Rio de Janeiro)*. 2012;32(2):196-201. <https://dx.doi.org/10.1590/S2237-93632012000200018>
6. Danby FW, Margesson LJ. Hidradenitis suppurativa. *Dermatol Clin*. 2010;28:779-93.
7. Lee EY, Alhusayen R, Lansang P, Shear N, Yeung J. What is hidradenitis suppurativa? *Can Fam Physician*. 2017;63(2):114-120.
8. Van Hattem S, Spoo JR, Horváth B, Jonkman MF, Leeman FW. Surgical treatment of sinuses by deroflopping in hidradenitis suppurativa. *Dermatol Surg*. 2012;38(3):494-7. Epub 2011 Dec 30.

Datos de contacto del autor

Sergio Arbeláez Bolaños, MD
Correo electrónico: Serandres1@hotmail.com