

HIDROSADENITIS SUPURATIVA ENFERMEDAD DE VERNEUIL

Carbonell-Tatay A, Torró Calatayud R
Muvale (Valencia)

Introducción.-

Velpau en 1839 describió por primera vez esta enfermedad como mpatología digna de estudio por las molestias que causaba.

A partir del siglo XX se asocia a esta enfermedad con las zonas del cuerpo ricas en células apocrinas y folículos pilosos.

También conocida como hidrosadenitis supurativa, enfermedad de Velpau, guarida del zorro, endocrinitis...

Generalidades.-

Más frecuente en la mujer que en el hombre, sin embargo en nuestro servicio hemos tratado más casos en hombres que en mujeres, y más en zona inguinal que en zona axilar.

Generalmente en los servicios de Urgencia se diagnostican como infecciones de la piel y se tratan con antibióticos, lo que nos impide tener una estadística real del nº de pacientes afectados.

Se sabe que no se trasmite sexualmente y que no es contagiosa.

La falta de higiene no la produce pero sí que la complica.

La obesidad puede tener un efecto adverso en su evolución.

Es una enfermedad crónica con brotes de agudización.



Ésta es una imagen típica de la enfermedad en fase de relativo reposo.

Etiología.-

La etiología se desconoce, aunque se piensa en factores socio-ambientales que pueden influir en la aparición y agudización de la sintomatología.

Dicen que es más frecuente en la mujer que en el hombre. Nosotros la hemos visto más en el hombre. Quizás por un tema de reserva personal en las mujeres.

Se asocia en un nº alto de pacientes (72%) con adicción a la nicotina.

Una característica importante de esta patología es la falta de efecto que los antibióticos tienen sobre ella, a pesar de realizar cultivos y antibiogramas en cada caso.

Clínica.-

Los casos estudiados por nosotros han sido en hombres y localizados en zona inguinal y perineal. No hemos observado relación familiar ni similitud en la edad de comienzo.



En la presente fotografía se aprecia la afectación de la zona inguino escrotal de un varón.

Se suele presentar como zonas nodulares, inflamatorias que se van extendiendo y formándose pequeños abscesos que en ocasiones nos vemos obligados a drenar.

La localización suele ser a menudo bilateral, y suele afectar a la dermis y subcutáneo si invadir estructuras más profundas.

Se debe distinguir de:

- forúnculos
- carbuncos
- quistes pilonidales
- actinomicosis
- nevus apocrino
- tularemia
- granuloma inguinal
- condilomas acuminados

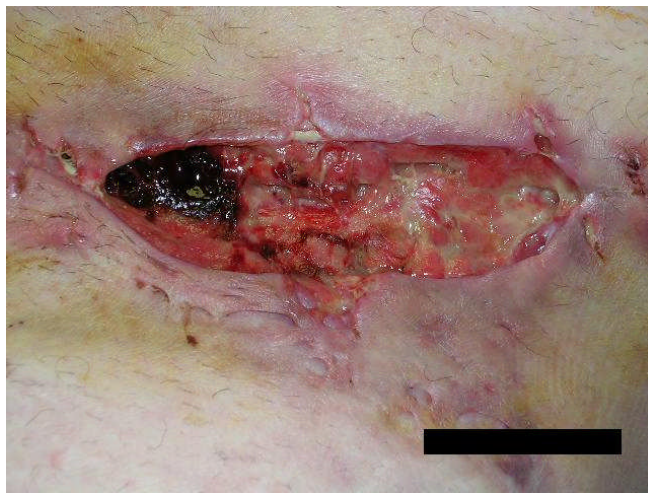
- lupus vulgar
- acné

Tratamiento.-

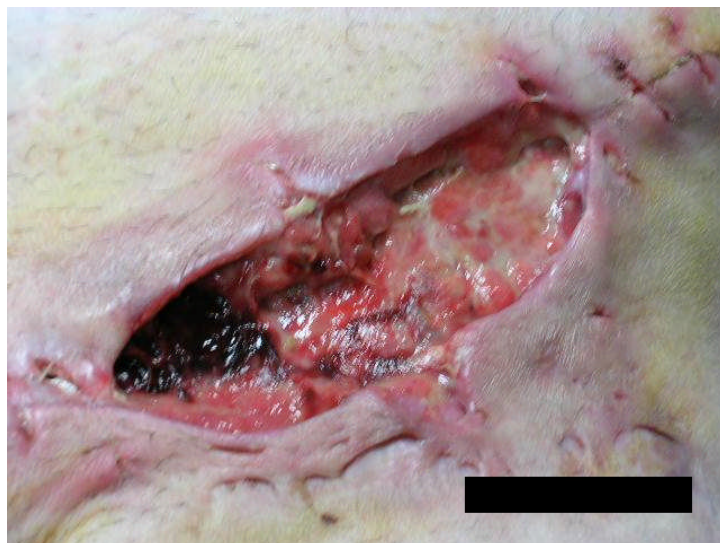
El nuestro es un servicio de cirugía y nuestro tratamiento es quirúrgico.

Se pueden drenar los pequeños abscesos que aparecen en fases agudas. Normalmente tomamos muestras para practicar cultivos y antibiogramas, aunque nuestra experiencia nos dice que los antibióticos no varían el curso de esta enfermedad.

Practicamos escisiones de tejido afecto, que pueden ser de gran tamaño, para posteriormente cubrirlas con injertos de piel total o aproximar las heridas para que cierren por segunda intención.



Ésta es una herida de días de evolución, donde se aprecia un pequeño hematoma y la presencia de fibrina en algunos lugares. Las lesiones de los bordes corresponden a los puntos de aproximación.



Aquí se puede apreciar el borde superior de la herida ya cerrado por 1ª intención.



Herida ya granulada en fase de buena cicatrización.

Se observa en este caso que existen lesiones en el pliegue inguinal, que deberán ser intervenidas en otro tiempo quirúrgico.



Zona intervenida quirúrgicamente

Los resultados no son todo lo estéticos que nos gustaría, pero sí que son resolutivos, pues en las zonas intervenidas no se suele reproducir la enfermedad, a no ser que queden restos sin extirpar.

Se trata pues de realizar intervenciones sucesivas, dependiendo de la demanda del paciente.

Conclusiones.-

Aunque es una enfermedad no maligna, a lo largo puede producir incapacidad para el trabajo, llegando a afectar la vida familiar y actividades de tipo social, por lo que hay que preparar a los pacientes psicológicamente explicándoles con claridad el alcance de esta patología.

Consideramos la cirugía como único tratamiento efectivo y cuyo objetivo debe de ser la ablación final de todos los tejidos afectados.

El tratamiento antibiótico no es efectivo.

Los gérmenes más frecuentes: Estafilococo, próteus y estrptococo.

Bibliografía.-

Baran, C. N.; Sensoz, O.; Ukusoym M. G.: "Prophylactic antibiotics in plastic and reconstructive surgery". *Plast. Reconstr. Surg.* 1999; 103(6):1561-1566

Barie, P. S. "Modern surgical antibiotic prophylaxis and therapy – less is more". *Surg. Infec.* 2000; 1(1):23-29

Bearman, G.; Edmond, M. *Staphylococcus aureus*. In: Wenzel, Brewer, Butzler ed. "A Guide to Infection Control in the Hospital ". 3rd.ed. ISID. Chap. 38, pp: 204-208 Boston, 2004.

Dufour P, Gillet Y, Bes M, Lina G, Vandenesch F, Floret D, et al. Community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections in France: emergence of a single clone that produces Panton-Valentine leukocidin. *Clin Infect Dis* 2002;35:819–24

E.Savio. Estafilococcias. En: A.Braselli, H.Purtscher. E.Savio. "Enfermedades Infecciosas" Tomo I. Oficina del Libro, AEM. 1a.ed. Cap.VIII, pp: 148-160. Montevideo, 1993

Fasciitis necrosantes, maladie de Verneuil, kyste pilonidal". *Enclyc., Méd. Chir.* (Elsevier, Paris), 1998. *Techniques chirurgicales – Chirurgie plastique – Chirurgie reconstructive et esthétique*, 45-150;16p.