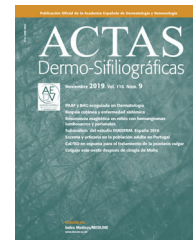




ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



ORIGINAL

Comité quirúrgico para la hidradenitis supurativa: nuestra experiencia



P. Garbayo-Salmons^{a,*}, J. Romani^a, C. Ferrer de la Fuente^b, A. Pallisera Lloveras^c,
C. López-LLunell^a y J. Prat Escayola^b

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Parc Taulí, Sabadell, España

^b Cirugía Plástica, Hospital de Terrassa, Terrassa, España

^c Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario Parc Taulí, Sabadell, España

Recibido el 11 de septiembre de 2019; aceptado el 2 de diciembre de 2019

Disponible en Internet el 12 de mayo de 2020

PALABRAS CLAVE

Hidradenitis
supurativa;
Tratamiento;
Cirugía;
Comité
multidisciplinar

Resumen

Antecedentes y objetivos: La complejidad del tratamiento de la hidradenitis supurativa (HS) hace necesario un abordaje multidisciplinar, y con este fin diseñamos un comité quirúrgico para su abordaje. Este estudio describe las características clínicas de los pacientes evaluados y los resultados de las técnicas quirúrgicas realizadas.

Material y métodos: Presentamos un estudio descriptivo transversal que recoge 104 pacientes que fueron evaluados en nuestro comité desde setiembre de 2015 hasta julio de 2018.

Resultados: En nuestra serie, el 46% de los pacientes con HS evaluados recibieron tratamiento quirúrgico. La mayoría fueron varones (73%), sin antecedentes familiares de HS (63%), exfumadores o fumadores (76%). El fenotipo clínico predominante fue el tipo III (41%), con presencia de patología grave en la mayor parte de los casos (36% con Hurley II y 46% con Hurley III). Las áreas anatómicas más afectadas fueron las axilas (51,9%) y las ingles (41,3%); mientras que las intervenidas con mayor frecuencia fueron la axilar (38,3%), seguida de la glútea (23,4%). Entre los tratamientos médicos, el más usado fue la combinación de rifampicina con clindamicina. El destechamiento (*deroofing*) se posicionó como la técnica quirúrgica más empleada entre los pacientes intervenidos (hasta en un 48%). En cuanto al resultado posquirúrgico global: un 63,4% obtuvo un resultado satisfactorio, un 20% recidivó y un 12% presentó dehiscencia de la herida quirúrgica.

Conclusiones: Dada nuestra experiencia, recomendamos la instauración de comités multidisciplinarios para mejorar la comunicación entre los diferentes especialistas, así como individualizar el tratamiento y mejorar el seguimiento de los pacientes con HS.

© 2020 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pgarbayo@gmail.com (P. Garbayo-Salmons).

KEYWORDS

Hidradenitis suppurativa;
Treatment;
Surgery;
Multidisciplinary team

Hidradenitis Suppurative: Our Experience with a Surgical Case Management Team**Abstract**

Background and objectives: The complexity of hidradenitis suppurativa (HS) treatment calls for a multidisciplinary approach. We therefore created a multidisciplinary team to manage surgical care. This study aimed to describe the clinical characteristics of the patients we evaluated and the outcomes of the surgical techniques used.

Material and methods: Descriptive cross-sectional study of 104 patients evaluated by our surgical case management team between September 2015 and July 2018.

Results: Surgery was used to treat 46% of the patients with HS who were evaluated. Most were men (73%) with no family history of HS (63%) and smokers or former smokers (76%). Gluteal HS comprised the largest phenotype group (41%) and the majority of cases were serious (Hurley stage II, 36%; stage III, 46%). The anatomical regions with the largest number of lesions were the axillae (51.9%) and the groin (41.3%). Surgery was most often performed in the axilla (38.3%), followed by the gluteus (23.4%). The most common drug treatment was a combination of rifampicin and clindamycin. Deroofing was the technique used most often (in 48% of the patients who underwent surgery). Postoperative outcomes were assessed as satisfactory overall in 63.4% of the cases. The HS lesion recurred in 20% and 12% developed wound dehiscence.

Conclusions: Our experience leads us to recommend forming multidisciplinary teams to improve communication between specialists, provide tailored treatment for the patient with HS, and improve follow-up.

© 2020 AEDV. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad crónica que cursa con lesiones inflamatorias agudas recidivantes en forma de nódulos, fístulas y abscesos muy dolorosos que ocasionan una mala calidad de vida. Por este motivo muchas veces la puerta de entrada al sistema sanitario de los pacientes son los servicios de urgencias hospitalarias y de atención primaria. También es frecuente que los pacientes se hayan sometido a múltiples intervenciones quirúrgicas previamente por parte de diferentes especialistas, sin un buen control y seguimiento de su enfermedad.

Tradicionalmente, el tratamiento de la HS ha sido un gran reto porque requiere integrar el tratamiento médico con el quirúrgico¹. En nuestra opinión, y de forma similar a cómo se ha consensuado en la mayoría de centros y guías terapéuticas, el dermatólogo es la figura que debe aportar una visión médico-quirúrgica integrada para optimizar el tratamiento y el seguimiento de los pacientes con HS, siempre con ayuda del resto de personal sanitario implicado (cirujanos colorrectales, cirujanos plásticos, urólogos, enfermería, atención primaria y urgencias).

La consulta monográfica de HS del Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell controla más de 500 pacientes. En 2015 se inició un comité multidisciplinar para consensuar el tratamiento quirúrgico de la enfermedad con el fin de mejorar la relación entre los distintos especialistas y de optimizar el tratamiento de nuestros pacientes, sobre todo en los casos con una enfermedad moderada y grave. El comité, que se reúne con una periodicidad mensual, está integrado por representantes de cirugía general y digestiva, cirugía plástica y dermatología.

En este estudio, el objetivo fue describir las características de la población de pacientes evaluados en el comité y su resultado posquirúrgico.

Material y métodos

Presentamos un estudio descriptivo transversal que recoge 104 pacientes que fueron evaluados en nuestro comité multidisciplinar, desde su instauración en septiembre de 2015 hasta julio de 2018.

Se recogieron las siguientes variables: las características clínicas de los pacientes (sexo, antecedentes familiares, hábito tabáquico, fenotipo clínico y formas de presentación de la enfermedad), las áreas anatómicas afectadas e intervenidas, los tratamientos médicos recibidos, las técnicas quirúrgicas usadas y los resultados obtenidos con las técnicas quirúrgicas.

En cuanto al resultado posquirúrgico, hicimos seguimiento de los pacientes a las 2, 4 y 8 semanas. Definimos: «resultado satisfactorio» como aquel en que el resultado médico y estético fue aceptable después de 3 visitas de seguimiento sin presentar recidivas ni dehiscencias de la herida quirúrgica, «recidiva» como la presencia de nuevas lesiones de HS en la misma localización intervenida, y «dehiscencia de la herida quirúrgica» cuando hubo separación de la herida quirúrgica en alguna de las 3 visitas de control posteriormente a la intervención.

Para todas las variables se realizó una estadística descriptiva que incluyó el número absoluto y la frecuencia relativa.

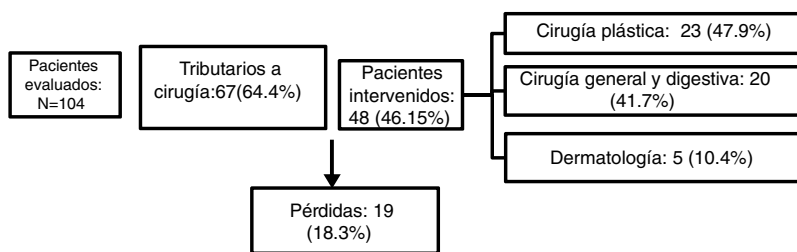


Figura 1 Ruta de los pacientes evaluados en comité multidisciplinar.

Tabla 1 Características clínicas de los pacientes valorados en el comité multidisciplinar de pacientes con hidrosadenitis supurativa

| | |
|-------------------------|--|
| Sexo | Varones (73%), mujeres (27%) |
| Tabaco | Exfumadores o fumadores (76%), no fumadores (24%) |
| Gravedad enfermedad | Hurley I (18%), II (36%) y III (46%) |
| Fenotipo | I (22%), II (0%), III (41%) e inclasificable (37%) |
| Antecedentes familiares | Sí (37%), No (63%) |
| Formas de presentación | Fístulas (71%), abscesos (62%), nódulos (44%), cicatrices (26%), comedones (12%), pústulas (8%), lesiones pioderma-like (2%) |
| Tratamientos recibidos | Rifampicina + clindamicina (90%), otros antibióticos (79%), infiltraciones corticoides (18%), terapia fotodinámica (14%) y acitretina (4%) |

Resultados

En nuestra serie, el 46% de los pacientes con HS comentados en el comité recibieron tratamiento quirúrgico: el 41,7% de los pacientes fueron intervenidos por cirugía general, el 47,9% por cirugía plástica y el 10,4% por parte de dermatología. El 18% de los pacientes en que se propuso cirugía no se realizó por pérdida de seguimiento. El resto de pacientes no fueron considerados tributarios a cirugía en ese momento por lo que mantuvieron tratamiento médico a la espera de volver a ser valorados posteriormente (fig. 1).

Entre las características de los pacientes cabe destacar que la mayoría fueron varones (73%), sin antecedentes familiares de HS (63%), exfumadores o fumadores (76%). El fenotipo clínico predominante fue el tipo III (41%), con presencia de patología grave en la mayor parte de los casos (36% con Hurley II y 46% con Hurley III). Cabe destacar que 2 de nuestros pacientes estaban diagnosticados de síndromes asociados: uno de síndrome PAPASH (*pyogenic arthritis, pyoderma gangrenosum, acne and hidradenitis suppurativa*) y el otro de enfermedad de Dowling-Degos. Las formas de presentación más observadas fueron las fístulas (71%), los abscesos (62%), los nódulos (44%), las cicatrices (26%), los comedones (12%), las pústulas (8%) y finalmente las lesiones de tipo pioderma-like (2%) (tabla 1). Las áreas anatómicas más afectadas fueron las axilas (51,9%) y las ingles (41,3%), seguidas de la región perianal (36,5%) y glútea (26,9%);

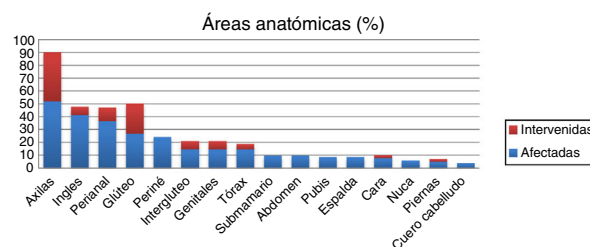


Figura 2 Áreas anatómicas afectadas por la enfermedad y áreas intervenidas por decisión del comité multidisciplinar.

mientras que las que requirieron intervención quirúrgica con mayor frecuencia fueron la axilar (38,3%), seguida de la glútea (23,4%) (fig. 2).

Entre los tratamientos médicos, con diferencia el más usado fue la combinación de rifampicina con clindamicina a dosis recomendadas (rifampicina 300 mg/12 h y clindamicina 300 mg/12 h por vía oral durante 10 semanas); hasta el 90% de los pacientes recibieron dicha combinación en algún momento del seguimiento. Otros tratamientos usados en menor frecuencia fueron otros antibióticos (79%), los corticoides intralesionales (18%), la terapia fotodinámica (14%) o la acitretina (4%) (tabla 1). Por último, registramos que el 18% de los pacientes incluidos estaban en tratamiento con un biológico previamente a la cirugía y lo mantuvieron posteriormente a la intervención. El biológico más indicado fue adalimumab (88%), seguido de infliximab (6%) y ustekinumab (6%).

La técnica quirúrgica del «destechamiento» (del inglés *deroofting*) consiste en levantar el techo de la fístula, limpiar la masa gelatinosa del suelo de la fístula preservando el epitelio en el fondo de la misma y finalmente se deja cerrar por segunda intención. En nuestra serie esta técnica quirúrgica se posicionó como la más empleada entre los pacientes intervenidos (hasta en un 48%), luego la escisión amplia con cierre directo (33,3%) y la escisión amplia con injerto o colgajo (10,4%). Debido a su mala evolución, un paciente fue intervenido con una colostomía de descarga y otro con una amputación de Miles por parte de cirugía general coloproctológica (fig. 3).

Los resultados globales mostraron: resultado satisfactorio (63,4%), recidivas (20%) y dehiscencia de la herida quirúrgica (12%). En la figura 4 se recogen los resultados obtenidos según la técnica quirúrgica realizada.

Discusión

Mientras que los agentes sistémicos son útiles para disminuir el componente inflamatorio de las lesiones de HS, el

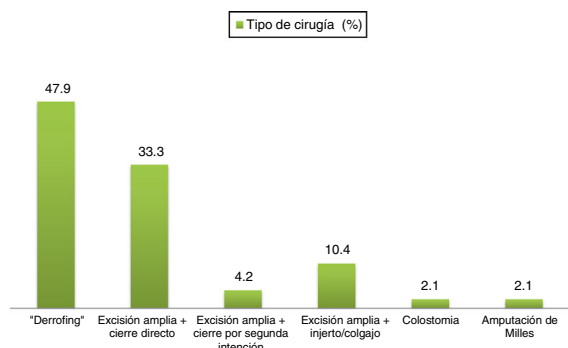


Figura 3 Técnica quirúrgica realizada en los pacientes comentados en el comité multidisciplinar.

tratamiento quirúrgico es necesario para eliminar el tejido desestructurado que se forma como consecuencia de la progresión de la enfermedad^{2,3}. Actualmente se recomienda un control de la inflamación previo a la cirugía en aquellos pacientes que presentan enfermedad activa. La complejidad de este manejo hace necesario un abordaje multidisciplinario que implica distintos especialistas.

El modelo para la creación de un comité multidisciplinar debe adaptarse a las características de cada centro. Dado que algunas cirugías son complejas y pueden incluir escisiones amplias con injertos, colgajos e incluso colostomías o amputaciones perineales, necesitaremos la ayuda de otros cirujanos expertos en esa técnica y localización anatómica. Con esta premisa definimos diferentes rutas de actuación según las áreas anatómicas afectadas, aunque la decisión de la ruta más adecuada para cada paciente siempre se tomó de forma individualizada. En general, la afectación axilar fue abordada por cirugía plástica, la afectación perineal o glútea por cirugía general y la realización de destechamientos y escisiones simples, por dermatología.

El comité se creó para recibir apoyo fundamentalmente en el manejo de los pacientes con estadios moderados-graves que no responden a tratamiento médico. Probablemente por este motivo, como sucede en otras series quirúrgicas⁴, destaca un alto porcentaje de pacientes Hurley II-III entre los intervenidos (82%). En cuanto a las características clínicas, el porcentaje de pacientes fumadores fue elevado (76%), en concordancia con el descrito en otros estudios de casos-controles donde incluso es mayor (88,9%)⁵. Las localizaciones anatómicas afectadas con mayor frecuencia fueron la región axilar (51,9%), la inguinal (41,3%) y la

perianal (36,5%); en cambio, Blok et al. describen en su serie mayor afectación inguinal respecto al resto de localizaciones: región inguinal (85,8%), región axilar (62,8%) y perianal (50,4%)⁴. Por otro lado, en nuestra serie las localizaciones anatómicas intervenidas con mayor frecuencia fueron la axilar (38,3%) y la glútea (23,4%), similar a lo descrito por Blok et al. (22,9% vs. 19,8%, respectivamente)⁴.

En cuanto al tratamiento, la mayoría de pacientes habían recibido antibioticoterapia u otros tratamientos médicos con anterioridad, de acuerdo con las recomendaciones de la última guía europea⁵ para el manejo de la HS. En nuestro centro, la técnica quirúrgica más empleada fue el destechamiento dado que se trata de una técnica sencilla que ha demostrado buenos resultados médicos y estéticos^{6,7}. En un estudio prospectivo realizado por van der Zee et al. realizaron 88 destechamientos de pacientes con HS con un porcentaje de recurrencias del 17% a los 34 meses de seguimiento⁸. También las escisiones amplias aparentemente mostraron buen resultado en nuestra serie, pero destaca un número de recidivas y dehiscencias no menospreciables, sin objetivarse diferencias estadísticamente significativas dado el limitado número de pacientes. Otros estudios que se han llevado a cabo para estudiar la tasa de recurrencias de la escisión amplia demuestran menores tasas de recurrencia respecto a otras técnicas quirúrgicas como la escisión local o el destechamiento^{9,10}, con altas tasas de satisfacción quirúrgica (hasta del 80%)¹¹.

En conclusión, las guías europeas y españolas para el manejo de las HS ofrecen recomendaciones pero adolecen un claro algoritmo para el abordaje quirúrgico. Esto se explica fundamentalmente por dos motivos: hasta el momento existe poca evidencia respecto al resultado quirúrgico de los pacientes con HS intervenidos; en segundo lugar, la HS engloba una amplia variabilidad fenotípica que dificulta la clasificación de los pacientes y que viene dada por diversos factores: la gravedad de la enfermedad, las localizaciones afectadas, la evolución clínica, la distinta respuesta al tratamiento médico, el grado de limitación funcional, el impacto psicológico sobre el paciente y la familiaridad del cirujano con las técnicas quirúrgicas.

En este estudio descriptivo se recogen los resultados de los pacientes con HS evaluados en nuestro comité quirúrgico hospitalario. Dada nuestra experiencia, creemos que los comités multidisciplinarios son útiles para individualizar el tratamiento y mejorar el seguimiento de los pacientes con hidradenitis, sobre todo en aquellos casos con una afectación grave o enfermedad de más difícil control que requieren

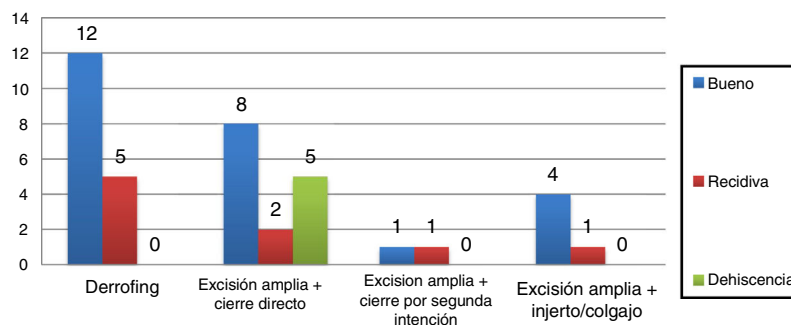


Figura 4 Resultado quirúrgico de los pacientes intervenidos según la técnica quirúrgica.

un doble tratamiento (médico y quirúrgico), por lo que recomendamos su implantación en los centros de referencia de esta enfermedad. Por otro lado, creemos que es necesario elaborar estudios prospectivos que comparen las diferentes técnicas quirúrgicas según la localización anatómica afecta con el fin de ampliar la evidencia disponible.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Pedraz J, Daudén E. [Practical management of hidradenitis suppurativa]. *Actas Dermosifiliogr*. 2008;99:101–10.
2. 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 Venereol*. 2019;33:19–31.
3. Grimstad Ø, Tzellos T, Dufour DN, Bremnes Ø, Skoie IM, Snekvik I, et al. Evaluation of medical and surgical treatments for hidradenitis suppurativa using real-life data from the Scandinavian registry (HISREG). *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV*. 2019;33:1164–71.
4. Blok JL, Boersma M, Terra JB, Spoo JR, Leeman FWJ, van den Heuvel ER, et al. Surgery under general anaesthesia in severe hidradenitis suppurativa: a study of 363 primary operations in 113 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;29:1590–7.
5. 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.
6. Vellaichamy G, Braunberger TL, Nahhas AF, Hamzavi IH. Surgical procedures for hidradenitis suppurativa. *Cutis*. 2018;102:13–6.
7. Martorell A, García FJ, Jiménez-Gallo D, Pascual JC, Pereyra-Rodríguez J, Salgado L, et al. Update on Hidradenitis Suppurativa (Part II): Treatment. *Actas Dermosifiliogr*. 2015;106:716–24.
8. Van der Zee HH, Prens EP, Boer J. Deroofing: a tissue-saving surgical technique for the treatment of mild to moderate hidradenitis suppurativa lesions. *J Am Acad Dermatol*. 2010;63:475–80.
9. Ellis LZ. Hidradenitis suppurativa: surgical and other management techniques. *Dermatol Surg*. 2012;38:517–36.
10. Ingram JR. Interventions for hidradenitis suppurativa: updated summary of an original Cochrane review. *JAMA Dermatol*. 2017;153:458–9.
11. Kofler L, Schweinzer K, Heister M, Kohler M, Breuninger H, Häfner HM. Surgical treatment of hidradenitis suppurativa: an analysis of postoperative outcome, cosmetic results and quality of life in 255 patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2018;32:1570–4.