

# Tratamiento de la hidrosadenitis supurativa perianal (enfermedad de Verneuil) extensa y de larga evolución mediante doble plastia por rotación, plastia V-Y e injertos libres

Ramón Lirón Ruiz<sup>a</sup>, José A. Torralba Martínez<sup>a</sup>, Germán Morales Cuenca<sup>a</sup>, Enrique Pellicer Franco<sup>a</sup>, Alfredo Moreno Egea<sup>a</sup>, Juan G. Martín Lorenzo<sup>b</sup>, B. Flores Pastor<sup>a</sup> y José L. Aguayo Albasini<sup>c</sup>

<sup>a</sup>FEA. <sup>b</sup>Jefe de Sección. <sup>c</sup>Jefe de Servicio. Servicio de Cirugía General. Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer. Murcia.

## Resumen

Los autores presentan un caso de enfermedad de Verneuil extensa que precisó de colgajos e injertos cutáneos para cubrir el amplio defecto causado por la exéresis. Los buenos resultados obtenidos aconsejan este tipo de tratamiento frente a la cicatrización por segunda intención. Se discuten las características de los injertos y colgajos, así como los cuidados pre y postoperatorios necesarios.

**Palabras clave:** *Enfermedad de Verneuil. Hidrosadenitis supurativa perineal. Colgajo cutáneo. Injerto cutáneo.*

## TREATMENT OF EXTENSIVE, LONGSTANDING, PERIANAL HIDRADENITIS SUPPURATIVA (VERNEUIL'S DISEASE) WITH DOUBLE ROTATION FLAPS, V-Y FLAPS AND FREE GRAFTS

The authors present a case of extensive Verneuil's disease requiring flaps and skin grafts to cover the wide defect left by excision. The favorable results obtained suggest the advisability of this type of treatment over healing by secondary intention. We discuss the characteristics of grafts and flaps as well as the necessary pre- and postoperative care.

**Key words:** *Verneuil's disease. Perianal hidradenitis suppurativa. Skin flap. Skin graft.*

## Introducción

La enfermedad de Verneuil es una infección aguda, subaguda o crónica, que ocasiona una supuración cutánea y subcutánea pluriorificial. Presentamos un caso de larga evolución, con amplia afección de la zona glútea, para su reconstrucción el empleo de plastias por deslizamiento e injertos libres de piel.

## Caso clínico

Varón de 62 años con antecedentes de hipertensión arterial y *bypass* aortocoronario, anticoagulado con cumarínicos. Ingresó para tratamiento quirúrgico de una enfermedad de Verneuil de más de 30 años de evolución, con múltiples episodios previos de drenaje de abscesos

glúteos y perineales. En la exploración física presentaba hidrosadenitis supurativa perineal ampliamente extendida a la zona glútea (fig. 1). Fue intervenido con raquianestesia, practicándose exéresis completa de la zona afectada (fig. 2). La reconstrucción del glúteo izquierdo (fig. 3) se llevó a cabo mediante dos plastias por rotación (una inferior en la raíz del muslo y otra superior), quedando tres zonas expuestas, las cuales



Fig. 1. Hidrosadenitis supurativa perianal con amplia afección de la zona glútea, mayor en el glúteo izquierdo.

Correspondencia: R. Lirón Ruiz.  
Departamento de Cirugía General. Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer.  
Marqués de los Vélez, s/n. 30008 Murcia.  
Correo electrónico: jgmartin@wanadoo.es

Aceptado para su publicación en mayo de 2002.



Fig. 2. Imagen del gran defecto cutáneo glúteo tras la exéresis de la zona afectada.

se recubrieron con injerto cutáneo autólogo laminar dermoepidérmico de 0,6 mm (dermatomo eléctrico de Padgett), cuya zona donante era la cara posterior del muslo derecho. La reconstrucción del glúteo derecho se efectuó mediante una plastia V-Y. Todas las suturas se realizaron con poligluconato 2-0. Durante el postoperatorio el paciente presentó edema agudo de pulmón que precisó de intubación e ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Respecto a la herida, se objetivó en la primera semana necrosis distal del colgajo por rotación inferior, precisando desbridamiento quirúrgico y cierre por segunda intención. El pa-



Fig. 4. Imagen del paciente tras la cicatrización completa de las heridas.

ciente fue dado de alta el día 20 postoperatorio, con controles ambulatorios cada 15 días hasta el cierre completo de la herida, el cual se produjo tres meses después de la intervención (fig. 4). Posteriormente se han seguido controles semestrales sin evidenciarse recidiva dos años después de la intervención.

## Discusión

La enfermedad de Verneuil se caracteriza por la obstrucción de la tríada folicular (glándulas apocrinas, ecrinas y folículo piloso), formando nódulos subcutáneos supurativos agrupados irregularmente que originan zonas induradas, con trayectos subcutáneos que los comunican. Las lesiones pueden ser localizadas o afectar a todo el periné, la piel glútea o los genitales<sup>1</sup>. Microscópicamente existen células plasmáticas, linfocitos y células gigantes de tipo cuerpo extraño, que originan cavidades que se recubren de epitelio escamoso, y se puede desarrollar un carcinoma de células escamosas (muy poco frecuente)<sup>2</sup>. Respecto a la clínica, el enfermo presentaba supuración por uno o varios orificios perineales de meses o años de evolución. El diagnóstico diferencial debe realizarse, además de con la fístula anal, con otras supuraciones cutáneas perineales (acné conglobata, forúnculos y ántrax). El quiste pilonidal puede presentar lesiones parecidas, pero localizadas en rafe sacrococcígeo y en pacientes más jóvenes, aunque a veces ambas enfermedades pueden coincidir<sup>3</sup>. Se han descrito complicaciones tales como la transformación neoplásica<sup>2</sup> y amiloidosis<sup>3</sup>.

El tratamiento de elección es la cirugía, que en fase aguda consiste en el drenaje-desbridamiento de la zona. En la fase crónica debe realizarse exéresis de la zona afectada, extirpando piel y tejido celular subcutáneo hasta la fascia profunda, en una o varias fases según la extensión de la enfermedad. Algunos autores<sup>4</sup> postulan el cierre por segunda intención, mientras que otros<sup>5-8</sup> defienden el cierre primario de las heridas mediante injertos libres o plastias, de acuerdo con el tamaño y la localización del defecto. La aparición de recidiva varía desde el 2,5%<sup>7</sup> al 33%<sup>8</sup> según las series y está más relacionada con la extensión de la enfermedad y la radicalidad de la exéresis que con el tipo de tratamiento del defecto<sup>7</sup>.



Fig. 3. Reconstrucción del lado izquierdo mediante dos plastias por rotación (una inferior en la raíz del muslo y otra superior), quedando tres zonas cubiertas por injertos cutáneos. Plastia V-Y en el lado derecho.

En nuestro caso, la extensión de la resección nos obligó a combinar el uso de plastias (V-Y y por rotación) e injertos libres. Al tratarse de una zona de apoyo preferimos el uso de plastias, mejor vascularizadas que los injertos libres, reservándolos para las zonas más laterales, sometidas a menos presión.

Respecto a las plastias preferimos, por su mejor vascularización, las de tipo V-Y a las de rotación. En cualquier caso, se debe ser prudente en las dimensiones de la plastia, respetando que su longitud sea inferior a un tercio de su anchura.

El buen resultado obtenido en este caso nos hace ser partidarios del cierre primario tras la exéresis, subrayando que las técnicas de cirugía plástica pueden ayudarnos a resolver situaciones complejas. No creemos necesario realizar una colostomía sigmoidea temporal para proteger las plastias e injertos, como proponen algunos autores<sup>9</sup>, aunque sí realizamos preparación mecánica preoperatoria del colon con polietilenglicol y postoperatoriamente administramos loperamida durante 3-4 días. Asimismo, administramos antibiótico (amoxicilina-ácido clavulánico) durante los dos días previos a la cirugía y lo mantenemos 5 días tras la misma. También es importante destacar el tratamiento postural correcto evitando el apoyo de la zona intervenida durante al me-

nos dos semanas, aunque en nuestro caso no pudo evitarse por los graves problemas respiratorios que presentó el paciente.

### Bibliografía

1. Yu C, Cook MG. Hidradenitis suppurativa: a disease of follicular epithelium, rather than apocrine glands. *Br J Dermatol* 1990;122:763-9.
2. Zachary LS, Robson MC, Rachmaninoff N. Squamous cell carcinoma occurring in hidradenitis suppurativa. *Ann Plast Surg* 1987;18:71-3.
3. Pascual JA, Figueroa JM, Pérez-Bedmar JA. Hidrosadenitis suppurativa perianal (enfermedad de Verneuil). En: Martí-Ragué J, Lledó S, Ortiz H, editores. Actualización en patología anorrectal. 1.ª ed. Barcelona: JR Prous, 1992; p. 107-10.
4. Wiltz O, Schoetz D, Murray JJ, Veidenheimer MC. Perianal hidradenitis suppurativa. The Lahey Clinic experience. *Dis Colon Rectum* 1990;33:731-4.
5. Masson JK. Surgical treatment for hidradenitis suppurativa. *Surg Clin North Am* 1969;49:1043-52.
6. Tanaka A, Hatoko M, Tada H, Kuwahara M, Mashiba K, Yurugi S. Experience with surgical treatment of hidradenitis suppurativa. *Ann Plast Surg* 2001;47:636-42.
7. Rompel R, Petres J. Long-term results of wide surgical excision in 106 patients with hidradenitis suppurativa. *Dermatol Surg* 2000;26:638-43.
8. Bohn J, Svensson H. Surgical treatment of hidradenitis suppurativa. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 2001;35:305-9.
9. Thornton JP, Abcarian H. Surgical treatment of perineal hidradenitis suppurativa. *Dis Colon-Rectum* 1978;21:573-7.