



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



VÍDEOS DE CIRUGÍA DERMATOLÓGICA

Colgajo paraescapular perforante para tratamiento de la hidradenitis axilar grave



Parascapular Perforating Flap to Treat Severe Axillary Hidradenitis Suppurativa

J. Tercedor-Sánchez^{a,*}, J.M. Ródenas-López^b, P. Ramón-Faba^c y F. Muñoz-Romero^c

^a UGC Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

^b UGC Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España

^c UGC Cirugía Plástica y Reparadora, Hospital Virgen de la Arreixaca, Murcia, España

PALABRAS CLAVE

Hidradenitis suppurativa;
Colgajo quirúrgico;
Colgajo perforante

KEYWORDS

Hidradenitis suppurativa;
Surgical flap;
Perforator flap

Introducción

La hidradenitis suppurativa (HS) es una enfermedad crónica inflamatoria originada en el folículo piloso, que afecta a áreas con predominio de glándulas apocrinas que causa importantes secuelas físicas y psicosociales, y cuyo tratamiento constituye un reto importante¹. La eliminación quirúrgica de los tejidos afectados se considera el tratamiento de

elección². La HS axilar grave requiere una exéresis amplia de la zona afecta con una reconstrucción compleja que se asocia con alto riesgo de complicaciones postoperatorias. Nosotros realizamos un colgajo paraescapular pediculado en un paciente con HS estadio III de Hurley.

Descripción de la técnica

La arteria toracodorsal es el principal aporte nutricional del músculo dorsal ancho. Después de dar la rama del músculo serrato se divide en 2: la rama lateral y la medial. La lateral, tras 2 cm de curso intramuscular se divide en 2 o 3 arterias perforantes. La más proximal alcanza el tejido subcutáneo a 2-3 cm posterior al margen lateral del músculo dorsal mayor, y 8 cm por debajo del pliegue axilar posterior (fig. 1b). Se coloca al paciente en decúbito lateral con el brazo abducido 90° sobre la cabeza. Con el ecógrafo se localiza y se marca la arteria perforante toracodorsal en la parte superoexterna escapular, se mide la distancia al centro de la axila homolateral, que nos marcará el tamaño del colgajo y se pinta en colgajo que se talla cuidadosamente hasta dejar un pedículo que incluya la arteria y permita suficiente movilidad para ser tunelizado hacia la axila (fig. 1a). Se extirpa toda el área afecta axilar (fig. 2a) y se realiza el túnel hacia la zona escapular, a través del cual pasamos el colgajo que se sutura por planos. Al mismo tiempo vamos realizando una sutura por planos del defecto creado por el colgajo (fig. 2b). El postoperatorio inmediato es relativamente corto si lo

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: tercedordermatologia@gmail.com,
jesus.tercedor.sspa@juntadeandalucia.es (J. Tercedor-Sánchez).

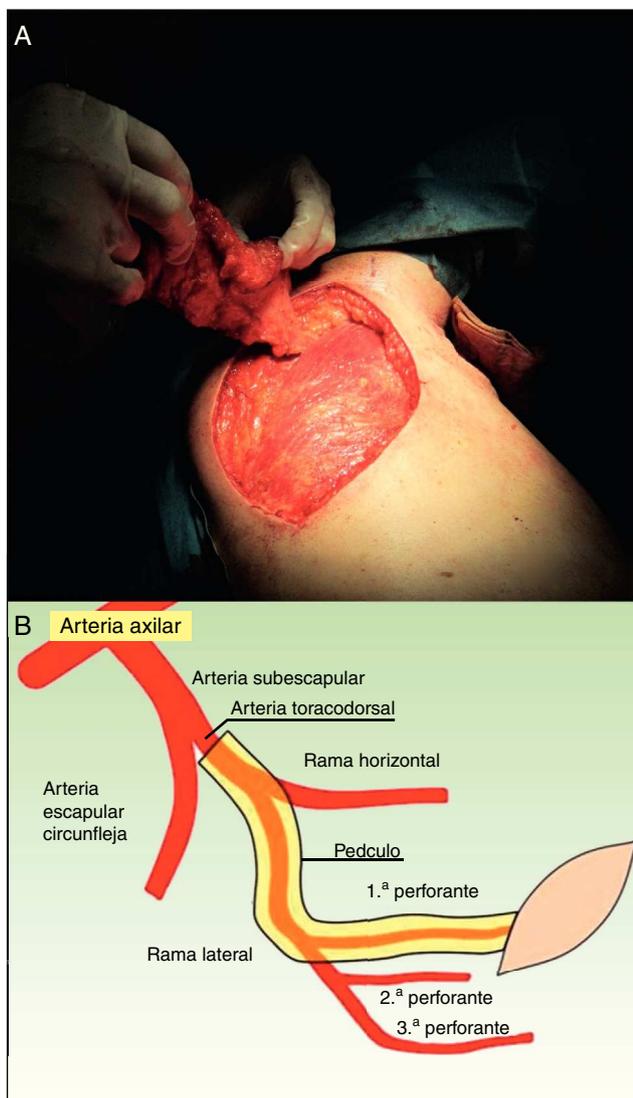


Figura 1 a) Colgajo paraescapular liberado y solo unido por su pedículo vascular. b) Esquema de la irrigación de la zona.

comparamos con la realización de injerto, y tras la retirada de los drenajes a los 4 días, el paciente pudo realizar vida normal. Por último, presentamos el resultado a los 2 años, sin recurrencia, que es más que satisfactorio para el paciente (fig. 2c y d). Además, la abducción queda completamente preservada como han aportado también otros autores³.

Indicaciones

El colgajo pediculado paraescapular ofrece ventajas sobre la realización de injertos ya que la recuperación es mucho más rápida y la tasa de complicaciones mucho más baja². Sin embargo, la duración de la intervención es mayor (4h) que si se hubiese realizado un injerto (entre 50 y 120 min). Otras opciones quirúrgicas para tratar la hidradenitis axilar pueden ser el cierre por segunda intención que presenta el inconveniente del largo plazo para la cicatrización, y la tendencia a provocar cicatrices retráctiles en dicha

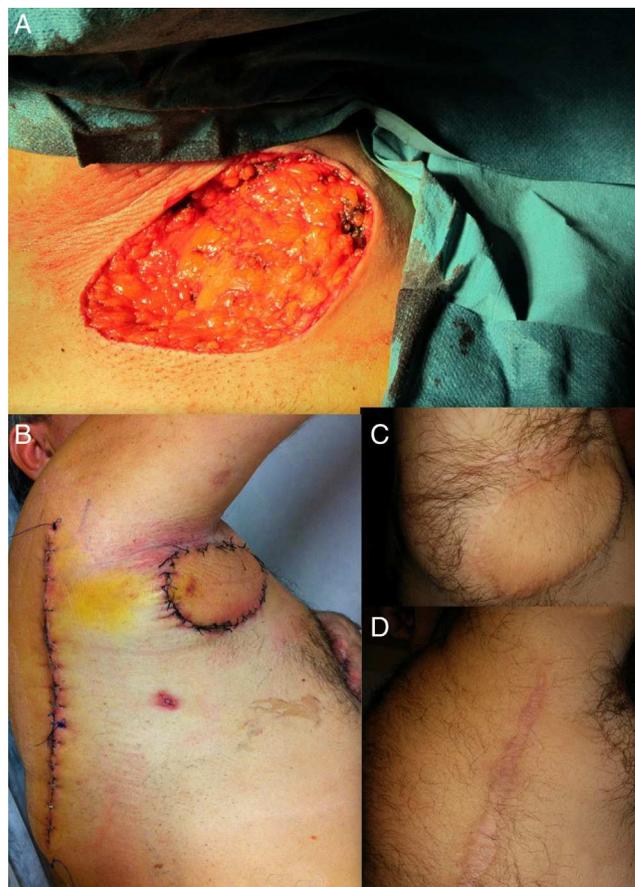


Figura 2 a) Aspecto inmediato tras la exéresis en bloque con margen de la piel afecta axilar. b) Heridas quirúrgicas tras quitar los drenajes a los 4 días. c) Axila intervenida sana a los 2 años tras la intervención. d) Aspecto parcial de la zona dadora a los 2 años.

localización. El cierre directo con tensión que lleva a la aparición progresiva de una cicatriz dehiscente. Por último, un colgajo por rotación de la piel adyacente puede ser una opción segura, con mínimo riesgo de necrosis y postoperatorio cómodo.

Complicaciones

La necrosis del colgajo es una remota posibilidad si se moviliza con cuidado y se realiza un buen despegamiento para evitar la tensión en la zona dadora donde se ubica la arteria. Hay que evitar la torsión y compresión del pedículo del colgajo. Si durante el acto quirúrgico se seccionará la arteria podríamos usar el colgajo como injerto.

Conclusiones

Hemos presentado una forma de resolver la HS axilar grave que permite una rápida recuperación del paciente con un resultado estético y funcional magnifico con gran mejora en la calidad de vida del paciente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al Dr. Eliseo Martínez García por la realización de la figura 1b.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.ad.2015.05.005](https://doi.org/10.1016/j.ad.2015.05.005).

Bibliografía

1. Carrascosa JM, Bassas J, Puig L. Hidradenitis suppurativa: nuevas oportunidades para una enfermedad dermatológica huérfana. *Actas Dermosifiliogr*. 2015. pii: S0001-7310(15)00070-8. doi: 10.1016/j.ad.2015.01.008. [en prensa].
2. Wormald JC, Balzano A, Clibbon JJ, Figus A. Surgical treatment of severe hidradenitis suppurativa of the axilla: Thoracodorsal artery perforator (TDAP) flap versus split skin graft. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2014;67:1118–24.
3. Busnardo FF, Coltro PS, Oliván MV, Busnardo AP, Ferreira MC. The thoracodorsal artery perforator flap in the treatment of axillary hidradenitis suppurativa: Effect on preservation of arm abduction. *Plast Reconstr Surg*. 2011;128:949–53.