



ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLOGÍA

ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



COMUNICACIÓN BREVE

[Artículo traducido] Escisión amplia en hidradenitis supurativa. ¿Modifica el curso de la enfermedad

B. Butrón-Bris, I. Lladó, E. Gallo, R. Navarro, P. Rodríguez-Jiménez*,¹
e Y. Delgado-Jiménez¹

Departamento de Dermatología, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

Recibido el 13 de septiembre de 2022; aceptado el 17 de octubre de 2022

PALABRAS CLAVE

Hidradenitis
supurativa;
Tratamiento;
Cirugía

KEYWORDS

Hidradenitis
suppurativa;
Treatment;
Surgery

Resumen No existen estudios que se centren en la utilidad del tratamiento con cirugía amplia para el control global de la hidradenitis supurativa. En el presente estudio hemos evaluado el curso de la enfermedad de 17 pacientes con hidradenitis supurativa a los que se les realizó extirpación de trayectos fistulosos mediante cirugía amplia entre octubre de 2018 y enero de 2022 en el Hospital Universitario de La Princesa. Encontramos como resultado que el tratamiento mediante cirugía amplia produce un beneficio global en la actividad inflamatoria de la enfermedad y puede ser importante para el control de la hidradenitis supurativa.

© 2023 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/>).

Wide Excision in Hidradenitis Suppurativa. Does it Modify the Course of Disease?

Abstract There is a lack of studies assessing whether wide excision surgery in hidradenitis suppurativa affected areas is useful for the global control of the hidradenitis suppurativa. We aimed to find whether surgery results were a better global control on the disease activity in both, the area where the surgery is performed and distant areas. We evaluated the disease course of 17 patients with hidradenitis suppurativa who underwent wide excision of complex fistula tracts between October 2018 and January 2022 at the Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. We found that wide excision of complex fistulas produces an overall positive effect on the inflammatory activity in hidradenitis suppurativa that may be important to achieve an adequate control of the disease.

© 2023 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/>).

Véase contenido relacionado en DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2022.10.045>

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pedro.rodriguez.jimenez90@gmail.com (P. Rodríguez-Jiménez).

¹ Both co-authors have worked equally in the supervision of this manuscript.

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.05.007>

0001-7310/© 2023 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/>).

Introducción

La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por abscesos dolorosos recurrentes, cicatrices y formación de tractos sinusales.

El tratamiento multidisciplinar de la enfermedad incluye terapias médicas, así como opciones quirúrgicas¹⁻³.

No existen estudios que evalúen la utilidad de la extirpación amplia local en el control global de la enfermedad. Asimismo, sigue sin explorarse la idea de que la extirpación amplia de fístulas crónicas e irreversibles pueda mejorar la actividad general y el curso de la enfermedad, reduciendo los brotes en la zona de intervención y otros sitios anatómicos. Nuestro objetivo fue determinar si los resultados de la cirugía supusieron un mejor control global de la actividad de la enfermedad, así como una reducción de las reagudizaciones, tanto en la zona en que se había practicado la cirugía, como en las zonas a distancia afectas por la enfermedad.

Serie de casos y métodos

Diseñamos un estudio retrospectivo que revisó a todos los pacientes con diagnóstico de HS de moderada a severa (escala de Hurley ≥ 2) sometidos a extirpación amplia de tractos fistulares complejos entre octubre de 2018 y enero de 2022 en nuestro centro. Se seleccionó a los pacientes a medida que presentaban una o dos zonas ($n = 3$ pacientes) predominantemente afectadas, para practicar la cirugía.

Recopilamos: parámetros demográficos (edad, sexo, peso corporal e historia de tabaquismo); parámetros de HS (duración de los síntomas de HS antes de la cirugía, número de brotes previos a la cirugía, localización de la lesión, tratamientos previos y número de brotes tras la cirugía), así como satisfacción con la cirugía y complicaciones de la misma (tabla 1). Consideramos reagudizaciones el desarrollo de nuevas lesiones que requirieron intensificación o iniciación de tratamiento para controlar la enfermedad: teniendo en cuenta si la recidiva era local (en el área anatómica previamente intervenida) o a distancia (áreas no intervenidas afectas por la enfermedad), analizando ambas localizaciones por separado.

La severidad de la HS se evaluó mediante *International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System* (IHS4) y la clasificación ecográfica de fístulas de Martorell^{4,5}. Los datos fueron evaluados a los seis, tres y un mes previos y posteriores al procedimiento quirúrgico. Dieciséis pacientes completaron el seguimiento a 12 meses. La técnica quirúrgica utilizada fue la resección local amplia de las lesiones patológicas (fístulas y nódulos), que consistió en: uso de anestesia local o tumescente, extracción de una zona afectada completa, logrando tejido graso subcutáneo clínicamente libre de enfermedad, seguido de reconstrucción o no curación por segunda intención (fig. 1).

Las estadísticas descriptivas se realizaron utilizando el software SPSS versión 22.0 (IBM Corp., Armonk, NY, EE. UU.), expresándose como medias y rangos.

Resultados

Se incluyó en el estudio a 17 pacientes, que representaron 20 resecciones amplias, siendo la edad media de 44 años (de 21

a 62 años), siendo 11 pacientes (64,7%) mujeres. La mayoría de los pacientes eran obesos (70,59%; 12/17) y tenían historia positiva de tabaquismo (82,35%; 14/17).

El tiempo medio entre el inicio de la enfermedad y la cirugía fue de 15,4 años (de dos a 31 años). En relación con la severidad de la enfermedad, 58,8% (10/17) de los pacientes presentó estadio II de Hurley y 41,2% (7/17) estadio III. La mayoría de las cirugías se desarrollaron en la axila (11), seguidas de las regiones inguinal (4), genital (3) y glúteo-perineal (2).

Una gran proporción de pacientes (65%; 13/20) presentó entre tres y seis brotes en el periodo de seis meses previo a la cirugía, y cuatro pacientes (20%; 4/20) padecieron brotes subintrales antes de la intervención quirúrgica (fig. 2a).

Antes de la cirugía todos los pacientes fueron tratados con al menos un ciclo de antibiótico oral, siguiendo tres pacientes tratamiento con adalimumab. Existieron diversos periodos de tratamiento con la consiguiente discontinuación, debido a la falta de respuesta o control de la enfermedad: el paciente 3 (33 meses), el paciente 4 (23 meses) y el paciente 8 (25 meses). Se trataron quirúrgicamente 10 fístulas de tipo B, nueve de tipo C y una de tipo D. Los tipos de reconstrucción realizados fueron colgajo local (9/20), sutura directa (10/20) o injerto cutáneo (1/20). Las complicaciones quirúrgicas fueron dolor moderado en 2/17 casos, 1/17 seromas y 1/17 infección de la herida.

Con un seguimiento medio de hasta 11,65 meses, la tasa de recidiva local fue de 10% (2/20), 15 de 17 (88,2%) pacientes permanecieron sin actividad inflamatoria (fig. 2b), no requiriendo terapia antibiótica adicional.

Durante el seguimiento a los seis meses, 40% (8/20) permaneció libre de enfermedad global, y 50% (10/20) presentó actividad leve (IHS4 ≤ 3). (fig. 3).

En cuanto a satisfacción, todos los pacientes se mostraron conformes con los resultados estético y funcional, declarando que volverían a optar por la realización del procedimiento quirúrgico en caso de ser necesario.

Discusión

Los tractos fistulosos son considerados uno de los signos de severidad más importantes en la HS, dada su capacidad para generar estructuras irreversibles que requieren manejo quirúrgico².

Los informes previos en la literatura sobre el uso de extirpación amplia en la HS se centraron previamente en la recidiva local².

En el momento de redactar este documento la extirpación amplia está aceptada como una opción quirúrgica adecuada, con una menor tasa de recidiva local (13-33%), dependiendo del periodo de seguimiento, la localización de la cirugía y el método de sutura^{6,7}. En nuestro estudio de casos, la tasa de recidiva en la zona intervenida tras la extirpación amplia de fístulas complejas fue de 10%. Walter et al. reportaron que, al realizar cirugía en las áreas afectas por la enfermedad, también se producían mejoras en zonas anatómicas diferentes a las sometidas a cirugía⁸.

Nuestros resultados muestran una reducción importante de la actividad inflamatoria tras la cirugía: el número de brotes experimentó una reducción media de 77,8%. De igual modo, la gravedad de la enfermedad se redujo

Tabla 1 Datos demográficos e hidradenitis supurativa de nuestros pacientes

n	Edad	Sexo	Localización de la lesión	Hurley (basal)	Clasificación de las fístulas	Tratamientos previos	Reconstrucción	Seguimiento (meses)
1	32	M	Axila derecha	III	C	AB + ADA	Colgajo local	12
2	43	F	Axila derecha	III	C	AB	Colgajo local	12
3	30	M	Ingle derecha	III	D	AB	Injerto	12
4	50	F	Axila derecha	III	C	AB + ADA	Colgajo local	12
5	57	F	Ingle izquierda	II	B	AB	Sutura directa	12
6	58	F	Axila derecha e ingle izquierda	III	B	AB	Sutura directa	12
7	33	M	Ingle izquierda	II	C	AB	Sutura directa	12
8	20	F	Axila derecha e izquierda	III	B/C	AB + ADA	Colgajo local	12
9	44	F	Axila izquierda	II	B	AB	Colgajo local	12
10	53	F	Axila derecha e izquierda	III	C/C	AB	Colgajo local	12
11	41	F	Genital	II	B	AB	Sutura directa	12
13	59	M	Perianal	II	B	AB	Sutura directa	12
14	21	F	Axila derecha e izquierda	II	B/C	AB	Colgajo local	12
15	17	M	Genital	III	C	AB	Colgajo local	6
16	62	F	Ingle derecha	II	B	AB	Colgajo local	12
17	60	F	Ingle derecha	II	B	AB	Sutura directa	12

AB: antibiótico; ADA: adalimumab; F: femenino; M: masculino.



Figura 1 Resección local amplia del área afectada. a) Axila con lesiones de hidradenitis supurativa (Hurley III). b) Extirpación completa de una zona afectada, alcanzando el plano de tejido graso subcutáneo clínicamente libre de enfermedad. c) Reconstrucción con colgajo de avance para reparar el defecto quirúrgico.

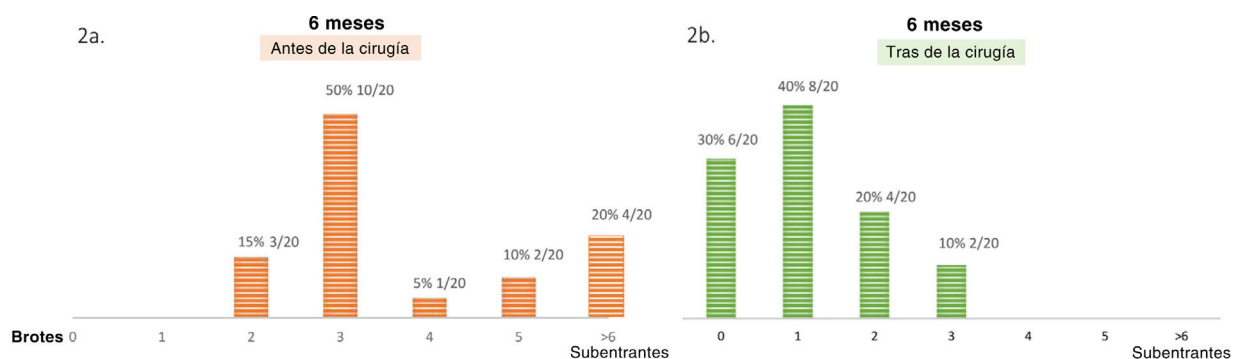


Figura 2 Reducción de brotes locales y a distancia tras la cirugía. El gráfico muestra el porcentaje de pacientes que presentan un número de brotes diferentes (de uno a cinco) o brotes subintrantes (> 6), incluyendo localizaciones locales y distantes. a) Seis meses antes de la cirugía. b) Seguimiento tras seis meses de la intervención.

significativamente: transcurridos seis meses de la cirugía, la mayoría de los pacientes no desarrolló nuevos síntomas (IHS4 = 0) o mantuvo una actividad leve (IHS4 ≤ 3). Como consecuencia de la reducción de los brotes, el uso de antibióticos a lo largo del seguimiento fue menor,

en comparación con los seis meses previos a la cirugía.

El presente estudio tiene ciertas limitaciones. En primer lugar, el tamaño muestral es pequeño y el seguimiento es breve. En segundo lugar, aunque HS tiene un impacto

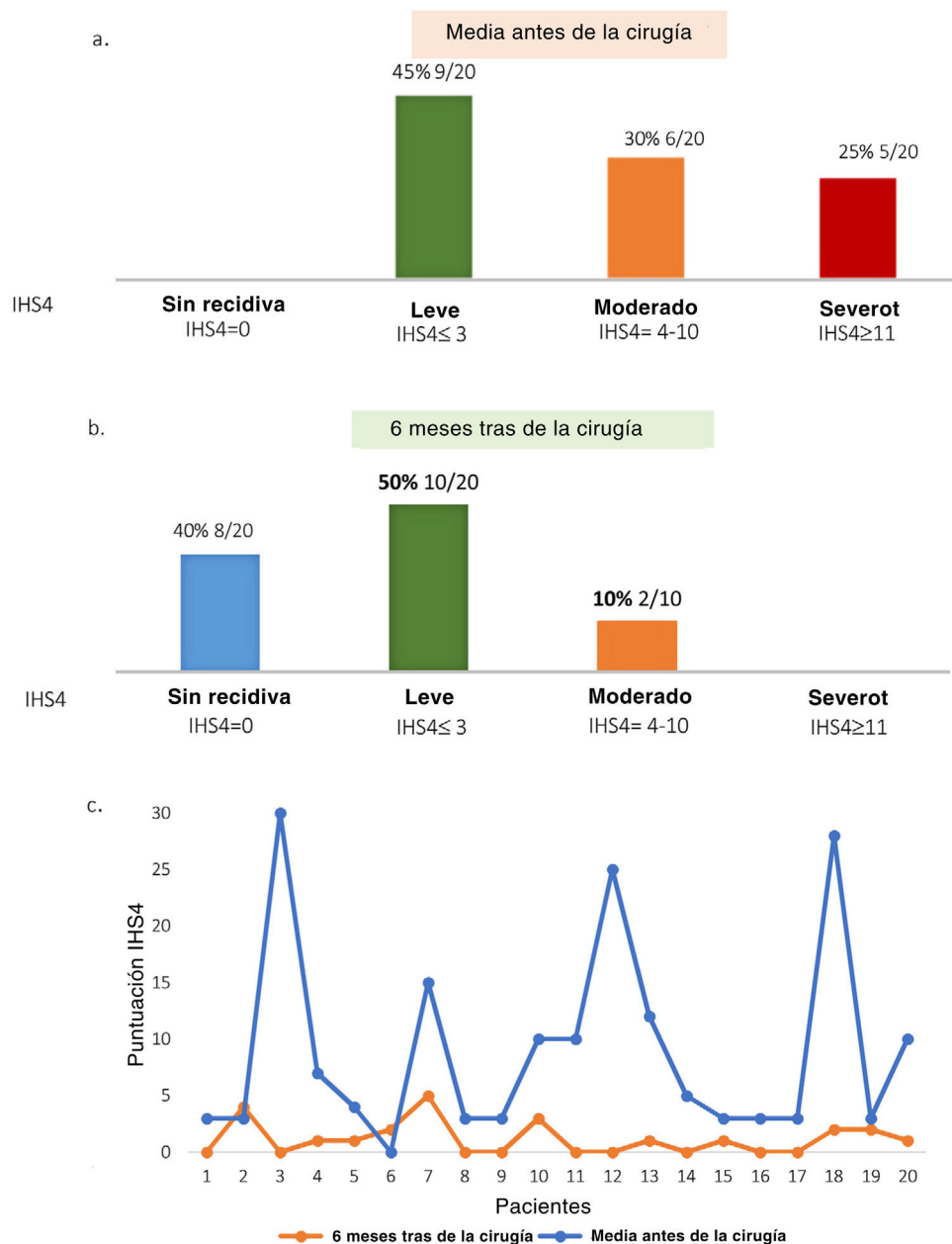


Figura 3 Reducción de la gravedad de la enfermedad tras la cirugía. El gráfico muestra el porcentaje de pacientes que presentan grados diferentes de severidad de la enfermedad, de acuerdo con el *International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System* (IHS4). a) Seis meses antes de la cirugía (media). b) A los seis meses de seguimiento tras la intervención. c) IHS4 basal (previo al procedimiento quirúrgico) y tras la cirugía (seis meses).

importante en la vida del paciente^{9,10}, no utilizamos cuestionarios para evaluar los cambios en cuanto a calidad de vida.

Conclusiones

Los resultados de nuestras series sugieren que la extirpación amplia de fístulas complejas (tipos B, C y D) mejora el control de la HS, reduciendo el número de brotes en el sitio quirúrgico y en localizaciones a distancia. En consecuencia, el uso de antibióticos orales y tópicos también se redujo. Este procedimiento presenta baja recidiva y aporta una alta

satisfacción del paciente con la cirugía y los resultados estéticos. Dichos resultados justifican la realización de estudios de validación adicionales, con cohortes mayores, con mayor tiempo de seguimiento.

Financiación

No se ha recibido financiación para la realización de este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Zouboulis CC, Desai N, Emetstam 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.
2. Posch C, Monshi B, Quint T, Vujic I, Lilgenau N, Rappersberger K. The role of wide local excision for the treatment of severe hidradenitis suppurativa (Hurley grade III): retrospective analysis of 74 patients. *J Am Acad Dermatol.* 2017;77:123–9.e.
3. Van Rappard DC, Mekkes JR. Treatment of severe hidradenitis suppurativa with infliximab in combination with surgical interventions. *Br J Dermatol.* 2012;167:206–8.
4. Martorell A, Giovanardi G, Gomez-Palencia P, Sanz-Motilva V. Defining fistular patterns in hidradenitis suppurativa: impact on the management. *Dermatol Surg.* 2019;45:1237–44.
5. Zouboulis CC, Tzellos T, Kyrgidis A, Jemec GBE, Bechara FG, Giamarellos-Bourboulis EJ, et al. Development and validation of the International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System (IHS4), a novel dynamic scoring system to assess HS severity. *Br J Dermatol.* 2017;177:1401–9.
6. Mehdizadeh A, Hazen PG, Bechara FG, Zwingerman N, Moazenzadeh M, Bashash M, et al. Recurrence of hidradenitis suppurativa after surgical management: a systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol.* 2015;73:70–7.
7. Ovardja ZN, Zugaj M, Jacobs W, van der Horst CMAM, Lapid O. Recurrence rates following reconstruction strategies after wide excision of hidradenitis suppurativa: a systematic review and meta-analysis. *Dermatol Surg.* 2021;47:106–10.
8. Walter AC, Meissner M, Kaufmann R, Valesky E, Pinter A. Hidradenitis suppurativa after radical surgery-long-term follow-up for recurrences and associated factors. *Dermatol Surg.* 2018;44:1323–31.
9. Prens LM, Huizinga J, Janse IC, Horváth B. Surgical outcomes and the impact of major surgery on quality of life, activity impairment and sexual health in hidradenitis suppurativa patients: a prospective single centre study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019;33:1941–6.
10. 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.