

Hidradenitis supurativa de localización perianal y carcinoma. Presentación de un caso

Carlos Obredor, Mariano Palermo, Carlos Zorraquín, J Carlos Albertengo

Servicio de Cirugía General. Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas.

Acta Gastroenterol Latinoam 2009;39:278-281

Resumen

La hidradenitis supurativa es un proceso inflamatorio crónico, recurrente, que afecta las glándulas apócrinas de la axila, la ingle y la región perianal. No se sabe la etiología precisa. Se presenta un paciente de 47 años de sexo masculino que presenta una fistula perianal compleja de evolución tórpida y de larga data. Se realiza una exéresis amplia de zona glútea por la lesión que se extiende desde la región perianal. Se asocia a ese tratamiento una colostomía. La anatomía patológica evidencia un carcinoma epidermoide. Esta es una rara complicación desarrollada en pacientes con hidradenitis supurativa. La terapéutica definitiva es la resección de la lesión mediante una resección amplia. El infrecuente número de casos reportados en la literatura mundial es lo que motiva la presentación de este caso.

Palabras claves. Hidradenitis supurativa, carcinoma, localización perianal, complicaciones.

Perineal suppurative hidradenitis and carcinoma. A case report

Summary

Suppurative hidradenitis is a chronic inflammatory process that involves apocrine glands of the axial, inguinal and perianal region. We present a male patient of 47 years old who was admitted to our hospital with a complex perianal fistula with not a good evolution after surgery. Then, a large resection of the gluteus was performed, because of a big lesion extended to the perianal region. A colostomy was associated. The pathology showed an epidermoid carcinoma. This is a rare

complication of the suppurative hidradenitis. The final treatment is a large resection of the lesion. The few number of cases in the literature moved us to publish this case.

Key words. Suppurative hidradenitis, carcinoma, perianal localization, complications.

La hidradenitis supurativa es un proceso inflamatorio crónico, recurrente, que abarca las glándulas apócrinas de la axila, la ingle, el perineo y la región perianal.¹⁻³ No se ha podido aclarar su etiología precisa, pero el proceso inflamatorio primario consiste en la oclusión de los conductos apócrinos o folicalures, seguida por una infección secundaria del sistema apócrino, con extensión hasta los tejidos circundantes bajo la forma de trayectos sinusales.^{4,5} La localización perianal es infrecuente.

Se estima que la incidencia es 1 cada 300 adultos. Afecta más frecuentemente a mujeres y personas de raza negra y la enfermedad perianal afecta más frecuentemente a los varones. El tratamiento médico podría mitigar temporalmente los síntomas, pero la mayoría de los pacientes con heridas crónicas requerirán algún tratamiento quirúrgico. Éste varía desde una pequeña incisión simple y un drenaje hasta resecciones amplias con injertos.

El carcinoma es una complicación rara desarrollada en las heridas crónicas de pacientes con hidradenitis supurativa.⁶ Esto motiva la presentación del caso.

Caso clínico

Es un paciente de sexo masculino de 47 años de edad que presenta como antecedente la realización del drenaje de un absceso perianal por guardia de

Correspondencia: Mariano Palermo
Las Heras 16 CP (1704). Ramos Mejía. Buenos Aires. Argentina.
Tel: (5411) 15-4526-1825
E-mail: palermomd@msn.com

emergencias a los 20 años. La evolución a partir de allí fue tórpida con drenajes a repetición aproximadamente cada dos años en por lo menos diez oportunidades. Posteriormente consulta a proctología con diagnóstico de fístula perianal por la cual es intervenido quirúrgicamente. En la cirugía ésta no se encuentra y se constata una recidiva el año 2000. Es intervenido nuevamente observándose una fístula compleja que se destecha ampliamente. Se envía material para su estudio anatomopatológico que informa tejido de granulación crónico sin atipia. La evolución es tórpida constatándose la aparición de más trayectos fistulosos (Figura 1). Se realiza una interconsulta con el Servicio de Dermatología que sugiere el diagnóstico de hidradenitis supurada de localización perineal.

Figura 1. Trayectos fistulosos en región glútea.



Tres años más tarde se decide realizar una exéresis amplia de la zona glútea de todo el tejido dermograso de la zona afectada más una colostomía transversa derivativa (Figura 2). Durante la cirugía se encuentra en la zona del periano un tejido duro elástico que infiltra el glúteo mayor labrándose camino hacia el ano. Se envía material a anatomía patológica dando como resultado un carcinoma epidermoide (Figura 3). Se biopsia nuevamente la zona y se confirma el diagnóstico. Esta nueva biopsia se realiza dada la infrecuente presentación de esta patología y la misma es enviada a otro grupo de anatomopatólogos que confirma nuestro anterior diagnóstico. Se propone un rescate con una operación de Miles, a la cual el paciente se niega. Actualmente la cicatrización del lecho cruento ha sido satisfactoria, quedando una pequeña zona de boca fistulosa con muy escasa secreción.

Figura 2. Resección amplia del tejido dermograso de la zona glútea.

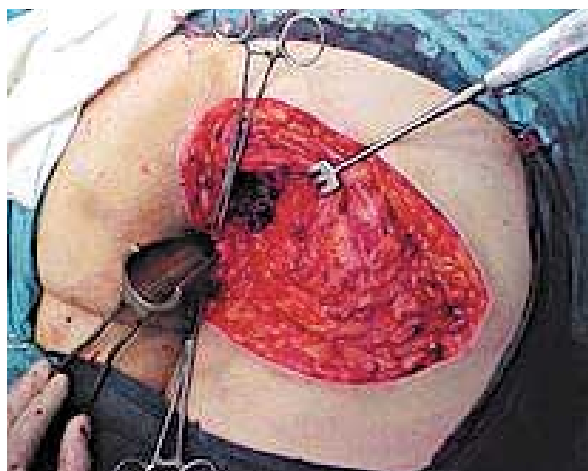
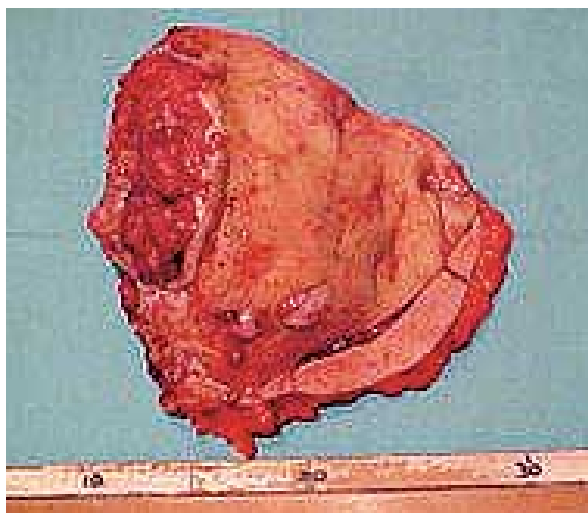


Figura 3. Pieza de resección quirúrgica (exéresis de región glútea).



Si bien no podemos certificar que la hidradenitis supurada por sí misma fue la que degeneró en carcinoma y al ser extremadamente rara la malignización de una fístula perianal, creemos que la suma de un proceso crónico fistuloso más la hidradenitis supurada en la región perianal, de localización sumamente rara, pudieron haber degenerado en la formación de un carcinoma en dicha región.

Discusión

La hidradenitis es una enfermedad crónica debilitante de la piel portadora de glándulas apócrinas. El primero en describirla fue Velpeau en 1839. Algunos años más tarde Verneuil sugirió que el ori-

gen de la enfermedad estaba dado en las glándulas sudoríparas. En 1922 Schiefferdecker clasificó más precisamente las glándulas sudoríparas como apócrinas, localizando el trastorno en éstas. Luego, en 1939 Brunsting definió la histología y sugirió que el proceso se generaba a partir de la obstrucción endoluminal de las glándulas apócrinas. En la actualidad la teoría más aceptada es que la hidradenitis suppurativa comienza con la oclusión de los conductos apócrinos o foliculares por queratina, generando como consecuencia la dilatación ductal y la estasis en el interior de la glándula. De esta manera se favorece la entrada de bacterias en el sistema apócrino por los folículos pilosos, provocando una superinfección. Las glándulas pilosas lesionadas entran en coalescencia para formar abscesos subcutáneos que drenan de manera crónica. Algunos autores relacionan a esta enfermedad con la obesidad, el tabaquismo, el consumo de andrógenos y una predisposición familiar. El trastorno es autonómico dominante.

Clínicamente se caracteriza por presentar al comienzo de la enfermedad dolor y aparición de nódulos subcutáneos profundos e indurados. Éstos pueden organizarse como abscesos y drenar en forma espontánea una secreción maloliente. Son típicos los casos de remisión y recaída de la enfermedad. El resultado final es una enfermedad muy debilitante, formando una red fibrótica, indurada, de cavidades y trayectos cuya extensión es muy variable, llegando a grandes extensiones. Debe hacerse el diagnóstico diferencial con otras infecciones cutáneas, como forúnculos, ántrax, linfogranuloma venéreo, erisipela, quistes dermoides y tuberculosis.

El carcinoma de células escamosas es una complicación rara vez informada que se desarrolla en las heridas crónicas de pacientes con hidradenitis suppurativa. Hasta 2002 han sido publicados en la bibliografía mundial menos de 30 casos.⁷ Pérez-Díaz revisó los casos publicados encontrando que la edad promedio de los pacientes era de 47 años y que en la mayoría de éstos el carcinoma apareció en la región perineal, glútea y perianal. La enfermedad había estado presente durante un promedio de 20 años antes de desarrollar el cáncer. El tratamiento varió desde las resecciones amplias a las resecciones abdominoperineales con quimioterapia y radioterapia.^{6,9} Si bien la incidencia de carcinoma de células escamosas en esta situación es infrecuente, ha sido descrita y esto hace necesario y de suma importancia vigilar estas heridas y realizar biopsias ante cual-

quier lesión sospechosa. Todo material reseca- do quirúrgicamente debe ser marcado y enviado para su estudio histopatológico.

El tratamiento inicial en lesiones no sospechosas de malignidad puede ser conservador, mediante el uso de antibióticos, cuidados locales de la herida y pequeñas incisiones con drenaje. Esto alivia los síntomas agudos de la enfermedad, pero al ser una enfermedad con altas tasas de recidiva, intervenciones quirúrgicas más radicales resultan necesarias. Entre éstas se pueden realizar destechamiento y marsupialización, extirpación local o resecciones más extensas. La mayoría de los autores recomiendan resecciones amplias ante un proceso patológico crónico y extenso. El tratamiento consiste en la resección de la zona afectada de piel portadora de glándulas apócrinas, con límites de 1 a 2 centímetros más allá de la zona afectada. Algunos autores proponen la realización de colgajos rotatorios o colgajos en V-Y o libres para la reconstrucción luego de la resección.¹⁰ La resección amplia ofrece la terapéutica definitiva, pero presenta mayor morbilidad. Sería el tratamiento de elección ante lesiones crónicas extensas y sospechosas de malignidad. La resección amplia debería ser seguida de una congelación histopatológica de los bordes de resección. La realización de una colostomía no es necesaria como parte del manejo de esta patología. La radioterapia y la quimioterapia podría ser usada como método de paliación en ciertos casos, pero según algunos autores no parecería ser beneficiosa.⁹

Referencias

1. Banerjee AK. Surgical treatment of hidradenitis suppurativa. *Br J Surg* 1992;79:863-866.
2. Endo Y, Tamura A, Ishikawa O, Miyachi Y. Perianal hidradenitis suppurativa: early surgical treatment gives good results in chronic or recurrent cases. *Br J Dermatol* 1998;139:906-910.
3. Williams ST, Busby RC, DeMuth RJ, Nelson H. Perineal hidradenitis suppurativa: presentation of two unusual complications and review. *Ann Plast Surg* 1991;26:456-462.
4. Parks RW, Parks TG. Pathogenesis, clinical features and management of hidradenitis suppurativa. *Ann R Coll Surg Engl* 1997;79:83-89.
5. Slade DE, Powell BW, Mortimer PS. Hidradenitis suppurativa: pathogenesis and management. *Br J Plast Surg* 2003;56:451-461.
6. Altunay IK, Gokdemir G, Kurt A, Kayaoglu S. Hidradenitis suppurativa and squamous cell carcinoma. *Dermatol Surg* 2002;28:88-90.

7. Pérez-Díaz D, Calvo-Serrano M, Martínez-Hijosa E, Fuenmayor-Valera ML, Muñoz-Jimenez F, Turegano-Fuentes F, Del Valle E. Squamous cell carcinoma complicating perianal hidradenitis suppurativa. *Int J Colorectal Dis* 1995;10: 225-228.
8. Mitchell KM, Beck DE. Hidradenitis suppurativa. *Surg Clin North Am* 2002;82:1187-1197.
9. Shukla VK, Hughes LE. A case of squamous cell carcinoma complicating hidradenitis suppurativa. *Eur J Surg Oncol* 1995;21:106-109.
10. Liron-Ruiz R, Torralba-Martinez JA, Pellicer-Franco E, Morales-Cuenca G, Martín-Lorenzo JG, Miguel-Perello J, Aguayo-Albasini JL. Treatment of long-standing extensive perianal hidradenitis suppurativa using double rotation plasty, V-Y plasty and free grafts. *Int J Colorectal Dis*. 2004;19:73-78.