

Colgajo dorsal ancho bilateral en el tratamiento de la hidrosadenitis supurativa axilar

Ubaldo Carpiñeyro Espín,* Mauricio Alejandro García López,**
Miguel Antonio Bustos Lozano,** Francisco Javier Velázquez Aranda**

RESUMEN

La hidrosadenitis supurativa es una enfermedad inflamatoria crónica que recurrentemente afecta a la piel que contiene glándulas sudoríparas apocrinas, dando lugar a abscesos y cicatrices. La región axilar es la más afectada, lo que lleva a la limitación de la movilidad del brazo debido a la retracción cicatricial. Aunque el manejo conservador ha sido usado para tratar la enfermedad en etapas tempranas, ha demostrado limitada eficacia y no prevé la recurrencia. Por lo tanto, la primera elección para el tratamiento de la hidrosadenitis severa es la resección quirúrgica de todas las lesiones para prevenir esta recurrencia. El colgajo musculocutáneo del dorsal ancho puede ser usado como una buena opción para la reconstrucción axilar posterior a la escisión radical de las lesiones severas de esta patología. Tiene varias ventajas en comparación con otros tipos de cobertura, incluyendo su proximidad anatómica a la axila, grosor similar y piel de alta calidad. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de esta patología y su reconstrucción axilar bilateral con este colgajo, una vez que el paciente aceptó y firmó la autorización para su publicación.

Palabras clave: Dorsal ancho, colgajo musculocutáneo, hidrosadenitis supurativa, procedimiento quirúrgico, tratamiento.

Nivel de evidencia: IV

Bilateral latissimus dorsi flap in the treatment of axillary hidradenitis suppurativa

ABSTRACT

Hidradenitis suppurativa is a chronic inflammatory disease that recurrently affects skin containing apocrine sweat glands, resulting in abscesses and scars. The axillary region is predominantly affected, which leads to limited mobility of the arm due to scar retraction. Although conservative management has been used to treat early-stage disease, it has limited efficacy and does not prevent recurrence. Therefore, the first choice for treatment of severe hidradenitis is the surgical resection of all lesions to prevent this recurrence. The latissimus dorsi musculocutaneous flap can be used as a good option for axillary reconstruction after radical excision of severe lesions of this pathology. The objective of this work is to present a case of this pathology and its bilateral axillary reconstruction with this flap once the patient agreed and signed the authorization for publication.

Key words: Latissimus dorsi, musculocutaneous flap, hidradenitis suppurativa, surgical procedure, treatment.

Level of evidence: IV

INTRODUCCIÓN

La hidrosadenitis supurativa o enfermedad de Verneuil es una patología inflamatoria supurativa y cicatricial de los folículos pilosebáceos que afecta a los grandes pliegues donde predominan las glándulas sudoríparas apocrinas: regiones axilares, inguinales, infra- e intermamarias, perineal y glútea.¹ Se caracteriza por la aparición de nódulos profundos recidivantes, dolorosos, que evolucionan hacia la abscesación y la supuración. En los casos graves, hay formación de *sinus* subcutáneos y cicatrices hipertróficas. Su prevalencia es del 1%, afecta sobre todo a mujeres de edades comprendidas entre los 20 y 40

* Cirujano Plástico y Reconstructivo.

** Residente de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga».

Recibido para publicación: 04/12/2015. Aceptado: 12/05/2016.

Correspondencia: Ubaldo Carpiñeyro Espín

Cjn. Cuicláhuac Núm. 116, Int. B9, Dpto. 303,

Col. Lorenzo Boturini,

Del. Venustiano Carranza, 15820, Ciudad de México, México.

Tel. 55 5552 7697

Cel. 55 3650 6371

E-mail: uce81@hotmail.com

años; aunque la etiología es desconocida, es característica su asociación con el tabaco. En la fisiopatología de esta enfermedad están implicados factores genéticos, inmunológicos y ambientales;² el proceso comienza con la oclusión del folículo pilosebáceo y su posterior sobreinfección. El tratamiento depende de la gravedad del proceso: los antibióticos son eficaces en las lesiones iniciales; en las formas recidivantes, la asociación antibiótica de larga duración de clindamicina/rifampicina permite disminuir la frecuencia de los episodios.³

Aunque este manejo conservador se ha utilizado para tratar la enfermedad en etapas tempranas, su eficacia es limitada y no previene las recurrencias; por lo tanto, la primera opción para el tratamiento de la hidrosadenitis severa es la resección quirúrgica de todas las lesiones para prevenir estas recidivas; por otra parte, la intervención quirúrgica promete un cambio en la historia natural de la enfermedad.⁴ La hidrosadenitis afecta predominantemente la región axilar; el desarrollo de tejido cicatricial y la retracción de la piel restringen la movilidad del hombro y el brazo, que es la principal complicación en esta área. Los pacientes que se someten a injertos de piel presentan algunas desventajas, tales como rehabilitación prolongada, disminución de la amplitud del arco de movilidad por contracción secundaria y resultados estéticos y funcionales no satisfactorios; por lo tanto, la mayoría de los cirujanos preferimos el uso de colgajos para dar cobertura a las áreas cruentas resultantes de las zonas resecaadas.⁵

Los colgajos regionales pediculados de la espalda ofrecen una piel de buena calidad y una cobertura adecuada; es por eso que el colgajo musculocutáneo del dorsal ancho es una excelente opción para la reconstrucción axilar en el tratamiento de la hidrosadenitis supurativa.⁶ El objetivo de este trabajo es presentar un caso que se reconstruyó de manera bilateral con este colgajo y hacer una revisión sobre el mismo.

Anatomía quirúrgica

El músculo dorsal ancho es el más grande de la espalda, por lo que puede aportar suficiente tejido cutáneo y muscular para la reconstrucción.⁷ Su inserción distal es muy ancha: desde la cresta iliaca en su porción externa hasta las apófisis espinosas de las vértebras lumbares y seis últimas dorsales, llegando a las últimas costillas; desde ahí forma un gran abanico que termina en la corredera bicipital del húmero mediante un tendón aplanado.⁸

A pesar de que su función es la aducción, retro-pulsión y rotación interna del húmero, la pérdida del músculo dorsal ancho no produce secuelas funcionales apreciables, salvo en individuos muy deportistas o que tienen que utilizar muletas.

La inervación del músculo dorsal ancho es responsabilidad del nervio toracodorsal. El nervio es adyacente a los vasos toracodorsales y se divide con ellos en el músculo.⁹

La vascularización del colgajo del músculo dorsal ancho es del tipo V de la clasificación de Mathes y Nahai (un pedículo principal y pedículos accesorios segmentarios). El pedículo principal es la arteria toracodorsal, procedente de la arteria subescapular, que a los pocos centímetros de su origen, en la arteria axilar, se divide en la arteria circunfleja escapular y la arteria toracodorsal. Mide unos 10 cm de longitud (entre seis y 16 cm) y entra en el músculo dorsal ancho por debajo de la escápula y un centímetro por dentro del borde anterior del músculo.¹⁰

El pedículo toracodorsal origina un gran número de ramas y vasos perforantes que van al tejido cutáneo; por este motivo, al músculo se le puede dividir en segmentos independientes y continúa siendo viable. Los pedículos accesorios segmentarios son las arterias perforantes paravertebrales; a través de ellas se podría nutrir todo el músculo, por lo que se pueden realizar colgajos de pedículo medial para la reconstrucción de defectos en la espalda.¹¹

Marcaje del colgajo

Para el éxito de la transposición del músculo dorsal ancho es necesario que el pedículo vascular principal sea permeable y pueda irrigar el colgajo. La correcta función del músculo dorsal ancho nos sugiere la integridad del nervio y del pedículo toracodorsal. Para comprobarla, se hace que el sujeto contraiga el músculo, con lo que se forma el pliegue axilar posterior. Si hay dudas, se practicará un Doppler preoperatorio.¹²

Se realiza el trazado del colgajo en posición sentada o de pie, con las manos en las caderas para poder marcar el borde anterior del músculo, así como el borde de la escápula. El tamaño de la isla cutánea depende de las dimensiones del defecto a reconstruir, pero se suele utilizar la anchura máxima, que son ocho centímetros, para que nos permita cerrar directamente el defecto sin excesiva tensión.¹³

La orientación de la isla cutánea puede ser vertical u horizontal; lo más frecuente es realizar este último diseño, colocando la incisión superior por debajo de



Lesiones axilares.

Figura 1.

Paciente con hidrosadenitis severa en ambas axilas, con limitación funcional en el ángulo de la abducción.

la escápula de forma casi horizontal, se continúa con una prolongación hacia la axila y se completa con la incisión inferior, que es la que se desplaza más, dado que la piel inferior de la espalda es la que asciende para cerrar el defecto; hay que recordar siempre que el tamaño máximo seguro de la isla cutánea será de 20 × 35 cm.¹⁴

CASO CLÍNICO

Se presenta, con la autorización del interesado, el caso de un paciente de género masculino de 20 años de edad sin antecedentes personales no patológicos, patológicos, ni heredofamiliares de importancia. Fue tratado por parte del Servicio de Dermatología por hidrosadenitis supurativa Hurley III de larga evolución, con fracaso de todos los tratamientos empleados, por lo que fue referido a nuestro servicio.

El individuo presentaba al momento de su ingreso múltiples lesiones en ambos huecos axilares, con salida de material purulento, dolor, fetidez y afección funcional que comprometía fundamentalmente la abducción de los brazos. Se le realizaron varios aseos y desbridaciones quirúrgicas, así como manejo con antibióticos dirigidos, con lo cual se logró negativizar el cultivo (*Figura 1*). Para evitar la recurrencia y ofrecerle un tratamiento definitivo que mejorara la movilidad de los brazos, se decidió realizar resección quirúrgica de las lesiones con cobertura con colgajos musculocutáneos del dorsal ancho (*Figura 2*), la cual se efectuó sin complicaciones trans- ni postoperatorias (*Figura 3*).



Marcaje prequirúrgico.

Figura 2. Marcaje bilateral de los colgajos.

Técnica quirúrgica

Se comprobó preoperatoriamente, por medio de ultrasonido Doppler, la presencia y disponibilidad de la arteria toracodorsal y se realizó el marcaje de manera convencional de ambos lados. Con el sujeto en posición decúbito ventral se realizó el levantamiento del colgajo; el plano de disección incluyó el tejido graso en el colgajo, con lo que se consiguió un mayor vo-

**Figura 3.***Resultado postquirúrgico satisfactorio.*

lumen. Este plano se extendió cefálica y caudalmente a nivel de la fascia que dividía el tejido subcutáneo, llevando con ello una extensión de tejido adiposo profundo.

Cuando se disecan dos colgajos en forma bilateral, se recomienda dejar de cuatro a cinco centímetros del origen medial del músculo para preservar la irrigación de la piel suprayacente. Una vez disecado por completo el colgajo, se realiza el túnel subcutáneo hacia la axila y se interpola el colgajo hacia esta zona. El pedículo toracodorsal debe identificarse y cuidar de no lesionarlo en la disección ni estrangularlo en la rotación.

DISCUSIÓN

La hidrosadenitis supurativa es una enfermedad crónica inflamatoria que afecta la piel que contiene glándulas apocrinas y sudoríparas, provocando abscesos y cicatrices. Se desarrolla después de la pubertad y se presenta como nódulos dolorosos, inflamados, trayectos sinuosos y abscesos. El tratamiento debe ser enfocado con base en los estadios de Hurley; el estadio I se caracteriza por abscesos aislados sin trayectos sinuosos, el abordaje es con antibióticos tópicos y por vía oral; el estadio II se identifica por abscesos recurrentes con trayectos sinuosos y cicatrices; el estadio III se distingue por múltiples trayectos sinuosos interconectados y abscesos en toda una región; para estos dos últimos se recomienda inmunomodulación; sin embargo, si no se obtiene un resultado satisfactorio, no se recomienda repetición de la terapia médica y está indicado procedimiento quirúrgico.¹⁵

En este caso, se utilizó el colgajo musculocutáneo del dorsal ancho, descrito por primera vez por Tansini en 1906,¹⁶ ya que es un colgajo fiable y predecible

que puede ser fácilmente reproducido a través de una rápida disección. Debido a su proximidad anatómica, ofrece una alta calidad de cobertura cutánea, ya que la piel del colgajo tiene características similares a las de la axila, aunado a que posee un contorno y espesor satisfactorio. Su largo pedículo presenta una capacidad versátil para la movilización y permite la cobertura de grandes defectos. El daño funcional es mínimo y el arco de movilidad de la articulación del hombro y el brazo mejora de manera muy importante tras la cirugía.¹⁷

CONCLUSIÓN

El colgajo musculocutáneo del dorsal ancho es un colgajo versátil, con características anatómicas confiables, y es una buena opción para la reconstrucción axilar después de la resección radical de las lesiones severas de la hidrosadenitis supurativa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alikhan A, Lynch PJ, Eisen DB. Hidradenitis suppurativa. A comprehensive review. *J Am Acad Dermatol.* 2009; 60: 539-561.
2. Jemec GBE, Heidenheim M, Nielsen NH. The prevalence of hidradenitis suppurativa and its potential precursor lesions. *J Am Acad Dermatol.* 1996; 35: 191-194.
3. Slade DE, Powell BW, Mortimer PS. Hidradenitis suppurativa: pathogenesis and management. *Br J Plast Surg.* 2003; 56: 451-461.
4. Banerjee AK. Surgical treatment of hidradenitis suppurativa. *Br J Surg.* 1992; 79: 863-866.
5. Morgan WP, Harding KG, Hughes LE. A comparison of skin grafting and healing by granulation, following axillary excision for hidradenitis suppurativa. *Ann R Coll Surg Engl.* 1983; 65: 235-236.
6. Blanc D, Tropet Y, Balmat P. Surgical treatment of suppurative axillary hidradenitis: value of a musculocutaneous island flap of the latissimus dorsi. Apropos of 3 cases. *Ann Dermatol Venerol.* 1990; 117 (4): 277-281.

7. Gorkisch K, Boese-Landgraf J, Vaubel E. Hidradenitis suppurativa —treatment with myocutaneous island flap or the traditional method. *Handchir Mikrochir Plast Chir*. 1984; 16 (2): 135-138.
8. Olivari N. The latissimus dorsi flap. *Br J Plast Surg*. 1976; 29: 126-128.
9. Bostwick J, Nahai F, Wallace JG. Sixty latissimus dorsi flaps. *Plast Reconstr Surg*. 1979; 63: 31-41.
10. Mathes SJ, Nahai F. *Clinical atlas of muscle and musculocutaneous flaps*. St Louis: Mosby 1979.
11. Barlett SP, May LW, Yaremchuk MJ. The latissimus dorsi muscle: a fresh cadaver study of the primary neurovascular pedicle. *Plast Reconstr Surg*. 1981; 67: 631-636.
12. Heitmann C, Pelzer M, Kuentscher M, Menke H, Germann G. The extended latissimus dorsi flap —revisited. *Plast Reconstr Surg*. 2003; 111: 1697-1701.
13. Angrigianni C, Grilli D, Siebert J. Latissimus dorsi musculocutaneous flap without muscle. *Plast Reconstr Surg*. 1995; 96: 1608-1614.
14. Friedrich W, Herberhold C, Lierse W. Vascularization of the myocutaneous latissimus dorsi flap. *Acta Anat*. 1988; 131: 97-102.
15. Hurley HJ. Axillary hyperhidrosis, apocrine bromhidrosis, hidradenitis suppurative, and familial benign pemfigus: Surgical approach. En: Roenigk RK, Roenigk HHJ, editors. *Dermatologic surgery. Principles and practice*. New York: Marcel Dekker; 1989. pp. 717-743.
16. Tansini I. Sopra il mio nuovo processo di amputazione della mammella. *Goz Med Ital*. 1906; 4: 57.
17. Russell RC, Pribaz J, Zook EG, Leighton WD, Eriksson E, Smith CJ. Functional evaluation of latissimus dorsi donor site. *Plast Reconstr Surg*. 1986; 78: 336.