

# Tratamiento de la enfermedad de Verneuil perineoglútea

**R. Lombard-Platet**

**J. Rivoire**

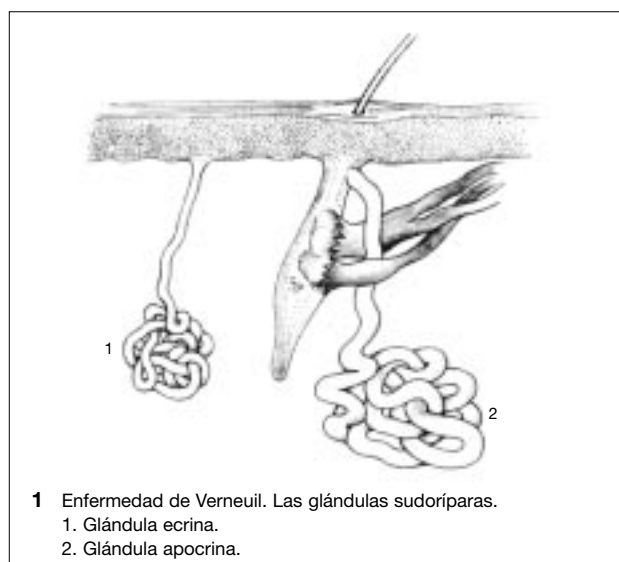
**V. Andereggen**

## Generalidades

Descrita inicialmente por Velpeau, Verneuil hizo un estudio exhaustivo en 1854 y por eso se conoce por su nombre [14, 16, 17, 18].

Se trata de una afección supurativa crónica, fistulizante y esclerosante, que se origina y se desarrolla en el tejido cutáneo de ciertas regiones donde existen glándulas apocrinas. La localización perineoglútea es menos frecuente (25 %) que la localización inguinoscrotal (40 %). A nivel del hueco axilar, la enfermedad frecuentemente se llama «hidrosadenitis de la axila» [8].

La relación que se ha establecido entre un proceso supurativo primitivo de las glándulas sudoríparas apocrinas y la enfermedad de Verneuil se basa esencialmente en la localización de las lesiones que corresponde al reparto selectivo de estas glándulas. En efecto, contrariamente a las glándulas sudoríparas ecrinas que se encuentran repartidas sobre



Roger LOMBARD-PLATET: Professeur des Universités, chirurgien des hôpitaux de Lyon.

Vicente ANDEREGGEN: Résident argentin.

Service d'urgence chirurgicale viscérale, pavillon G, hôpital Edouard-Herriot, place d'Arsonval, 69437 Lyon cedex 03.

Joseph RIVOIRE: Ancien chef de clinique dermatologique, clinique du Tonkin, 69100 Villeurbanne.

el conjunto de tegumentos con su conducto sudoríparo abierto a la superficie, las glándulas apocrinas se sitúan en las regiones perineoglúteas, inguinoscrotales, púbicas, periareolares y axilares, abocando su canal excretor en el infundíbulo de los folículos pilosos (fig. 1).

No se puede definir un aspecto característico de la enfermedad a partir del examen anatomopatológico. El tejido cutáneo y subcutáneo progresivamente se transforma en un granuloma inflamatorio inespecífico a menudo invadido por una esclerosis densa. La arquitectura de la piel desaparece y se constata la desaparición de los folículos pilosos, así como de las glándulas sebáceas y sudoríparas [9].

Algunos autores, al observar lesiones limitadas a las glándulas sudoríparas apocrinas en estadios iniciales, consideraron que eran las únicas responsables de esta alteración patológica, mientras que otros anatomopatólogos, a partir del mismo estadio, incriminan a los folículos pilosebáceos, de aquí que existan las dos teorías etiopatogénicas que se confrontan. Se puede considerar la afectación simultánea de las diversas glándulas como necesarias en el desencadenamiento de la afección [5, 10, 12, 15].

De todas formas, admitir la coexistencia frecuente de otras localizaciones de hidrosadenitis simple en el curso de la enfermedad de Verneuil, es aportar un argumento en favor de la participación de las glándulas apocrinas en este proceso patológico.

El diagnóstico se establece a partir de la evolución clínica, ya que la histología no posee elementos para asegurar el diagnóstico.

La lesión inicial aparece en la región perineoglútea en la adolescencia o en la edad adulta. El predominio masculino es neto (84 %). Puede ser tanto un nódulo subcutáneo duro e indoloro como una masa inflamatoria o un foco supurativo. Las infiltraciones se forman sucesivamente y tienen tendencia a confluir en placas. Pueden sobrevenir brotes congestivos dolorosos mientras que se desarrollan una o varias fistulas (fig. 2). Los focos de supuración se unen los unos a los otros para formar un amplio bloque con numerosos orificios por donde se escapa un líquido purulento [11].

El examen bacteriológico de este líquido muestra microbios variados, grampositivos y gramnegativos inespecíficos. Es habitual la ausencia de adenopatía.

Hace falta resaltar también que la supuración del tejido celular subcutáneo puede alterar las relaciones de contigüidad con el canal anal, pero no tiene nunca comunicación con él, salvo en aquellos casos considerados como yatrogénicos.

La evolución de las lesiones puede ser muy lenta pero a veces los brotes inflamatorios se suceden rápidamente, se crean nuevas fistulas y se aprecia extensión inguinoescrotal (67 %) o paracoccígea (24 %). El glúteo puede ser invadido en su totalidad lo que conlleva una alteración del estado general (fig. 3). Han sido descritos algunos casos excepcionales de degeneración maligna [6, 19, 29].

El diagnóstico diferencial no es difícil para aquél que ha tenido la ocasión de ver una enfermedad de Verneuil, dado lo característico de su aspecto clínico.

Al inicio se podría eventualmente discutir un forúnculo, un ántrax y sobre todo el acné conglobata, ya que la asociación con esta última dermatosis es posible. Es típico agregar la tuberculosis, amebiasis perianal, granuloma eosinófilo periorificial, la actinomicosis y ciertas neoplasias profundas.

La enfermedad de Crohn debe ser considerada ya que su frecuencia ha aumentado en los últimos años.

No debe confundirse con el quiste pilonidal, que puede dar lugar a brotes inflamatorios supurativos, pero la localización es a nivel del pliegue interglúteo con orificios fistulosos mediales o paramediales, a veces acompañados de pelos cuya presencia es muy sugestiva. En cuanto a las fistulas anales verdaderas, su cateterismo se exterioriza en una cripta



**2** Los orificios fistulosos aparecen, incluso cerca del ano, y sin relación con él.



**3** Después de largo tiempo de evolución, las lesiones pueden invadir todo el glúteo, los dos glúteos, o la raíz del muslo.

de Morgani. El aspecto es más localizado y totalmente diferente del de la enfermedad de Verneuil, incluso en las grandes fistulas en herradura [1].

## Tratamiento

Esta enfermedad es invalidante; obliga a un cuidado continuo. Provoca una importante alteración de la vida diaria para el paciente lo que acarrea una importante repercusión psicoafectiva, y justifica un tratamiento eficaz y definitivo.

El tratamiento médico es ineficaz. El tratamiento con antibióticos, las gammaglobulinas, las vacunas, la corticoterapia, la vitaminoterapia, las inyecciones de antibiótico o de antiséptico en los trayectos fistulosos sólo dan resultados transitorios. La radioterapia ha sido abandonada.

El único tratamiento es quirúrgico. Es necesario practicar una exéresis amplia, en monobloque de la piel y del tejido celular subyacente, escisión que raramente hace falta extender hasta el plano musculoaponeurótico.

El bisturí eléctrico es el instrumento de elección y hace falta recurrir a menudo a la anestesia general o locorregional. Se entiende que la cicatrización por granulación de la herida será larga. La técnica de exéresis seguida de plastias de recubrimiento tiene sus partidarios [2, 3, 4, 7, 13].

El verdadero problema viene dado por las lesiones más extensas, a menudo bilaterales, a veces perianales, circunferenciales, escrotales. Es entonces necesario realizar el tratamiento por etapas. Los injertos sólo serán recomendados en casos excepcionales, impuestos por la amplitud de los estragos, y sólo serán realizados secundariamente, algunas semanas después del tiempo de exéresis. Es en aquellas for-

mas muy extensas y bilaterales en las que, ocasionalmente, se ha discutido el interés de establecer una colostomía provisional. Esta maniobra quirúrgica siempre nos ha parecido inútil. Sin embargo, los cuidados frecuentes de la herida que son necesarios durante 24 horas y la imperiosa necesidad de conservar las heridas limpias y libres, imponen en ocasiones la hospitalización de algunas semanas.

El tiempo de evolución de la enfermedad, la fragmentación a veces necesaria de los tiempos operatorios, el tiempo de la cicatrización a menudo de varias semanas, imponen una ayuda psicológica importante a los enfermos que han utilizado ya muchas veces terapéuticas vanas. Ellos requieren estar bien informados antes de aceptar un acto quirúrgico

simple pero que puede ser invalidante durante largo tiempo para las lesiones graves.

Es necesario, incluso después de la cicatrización, explicar al enfermo el riesgo de recidiva lesional en la vecindad o a distancia y la necesidad, en ese caso, de una exéresis quirúrgica rápida.

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención: LOMBARD-PLATET R, RIVOIRE J et ANDEREGGEN V. – Traitement de la maladie de Verneuil périnéofessière. – Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris-France), Techniques chirurgicales – Appareil digestif, 40-691, 1993, 2 p.

## Bibliografía

- [1] ARNOUS J. La maladie de Verneuil périnéale. Techniques opératoires. Lyon Chir **1974** ; 70 : 271-272
- [2] BARRON J. The surgical treatment of perianal hidradenitis suppurativa. Dis Colon Rectum **1970** ; 13 : 441-443
- [3] BELLOMO R. Surgical treatment of Verneuil's disease. Coloproctology **90** ; 1 : 50-53
- [4] BROWN SC, KAZAZI N, LORD PH. Surgical treatment of perineal hidradenitis suppurativa with special reference to recognition of the perianal form. Br J Surg **1986** ; 73 : 978-980
- [5] BRUNSTING HA. Hidradenitis and other variants of acne. Arch Dermatol **1952** ; 65 : 303-315
- [6] CHING CC, STAHLGREN LH. Clinical review of hidradenitis suppurativa : management of cases with severe perianal involvement. Dis Colon Rectum **1965** ; 8 : 349-352
- [7] CULP CE. Chronic hidradenitis suppurativa of the anal canal. A surgical skin disease. Dis Colon Rectum **1983** ; 26 : 669-676
- [8] DEVIN V. Coloproctologie clinique. Medsi/McGraw Hill. Paris. **1989**
- [9] CULIGHER JC. Surgery of the anus, rectum and colon. Baillière Tindall. London. **1980**
- [10] GROSSHANS E, BOUFFIOUX B, TOUFIK-BELLACENE M. Arguments en faveur de la nature folliculaire de la maladie de Verneuil. Ann Dermatol Venerol **1991** ; 118 : 207-209
- [11] KASSAB S, SEVANT JM, BANZET P. Hidrosadénites suppurées périnéofessières. La Presse Med **1988** ; 17 : 1689-1692
- [12] LEVER WF, SCHAUMBURG-LEVER G. Histopathology of the skin, 7th ed. JB Lippincott. Philadelphia **1990** ; p 322
- [13] MASSON JK. Surgical treatment of hidradenitis suppurativa. Surg Clin North Am **1969** ; 49 : 1043-1052
- [14] MORGAN WP, HUGHES LH. The distribution, size and density of the apocrine glands in hidradenitis suppurativa. Br J Surg **1979** ; 66 : 853-856
- [15] REVUZ J. Arguments contre la nature folliculaire de la maladie de Verneuil. Ann Dermatol Venerol **1991** ; 118 : 401
- [16] VELPEAU A. Dictionnaire de médecine ou répertoire général des Sciences Médicales sous le rapport théorique et pratique. 2<sup>e</sup> éd. Bechet Jeune. Paris (1832-1845), vol 2, p 91 ; vol 3, p 304
- [17] VERNEUIL AS. Etudes sur les tumeurs de la peau : de quelques maladies des glandes sudoripares. Arch Gen Med **1854** ; 94 : 447-448
- [18] VERNEUIL AS. De l'hydrosadénite phlégmoneuse et des abcès sudoripares. Arch Gen Med **1864** ; 114 : 537-557 et **1865** ; 115 : 327-337, 437-453
- [19] WILTZ O, SCHOETZ DJ, MURRAY JJ, ROBERTS PL, VEIDENHEIMER MC. Perianal hidradenitis suppurativa. The Lahey clinic experience. Dis Colon Rectum **1990** ; 33 : 731-734
- [20] ZACHARY LS, ROBSON MC, RACHMANINOFF N. Squamous cell carcinoma occurring in hidradenitis suppurativa. Ann Plast Surg **1987** ; 18 : 71-73