

Hidradenitis supurativa, evaluación por resonancia magnética

Dres. Nelson Montaña C⁽¹⁾, Andrés Labra W⁽²⁾, Daniela Panussis F⁽¹⁾.

1. Residente de Radiología, Universidad Mayor. Santiago – Chile.

2. Médico Radiólogo, Hospital Barros Luco Trudeau. Clínica Alemana Santiago. Santiago – Chile.

Hidradenitis suppurativa (HS), evaluation using MRI

Abstract: This corresponds to an inflammatory disease of the apocrine glands, distributed mainly in the axillary, perineal and perianal regions, clinically characterized by pain, swelling, and smelly discharge. Treatment is expensive, long and leaves large scars, generating economic and psychological problems for the patient. Magnetic resonance imaging (MRI) helps to confirm the diagnosis and determine its extension, which allows it to be distinguished from other entities and to choose the best treatment. To our knowledge, there is only one review of literature dedicated to the characteristics of this pathology using MRI, therefore we present an illustrated literature review in different patients treated at our center.

Keywords: Acne inversa, Hidradenitis suppurativa, MRI, Verneuil's disease.

Resumen: Corresponde a una enfermedad inflamatoria de las glándulas apocrinas, distribuidas principalmente a nivel axilar, perineal y perianal, caracterizado clínicamente por dolor, tumefacción y secreción mal oliente. Su tratamiento es costoso, largo y deja grandes cicatrices, generando problemas económicos y psicológicos para el paciente. La resonancia magnética (RM) ayuda a confirmar el diagnóstico y a determinar su extensión, lo que permite diferenciarlo de otras entidades y elegir el mejor tratamiento. A nuestro conocimiento, existe sólo una revisión de la literatura dedicada a las características de esta patología en resonancia magnética, por lo que presentamos una revisión de la literatura ilustrada en diferentes pacientes tratados en nuestro centro de atención.

Palabras clave: Acné reverso, Enfermedad de Verneuil, Hidradenitis suppurativa, RM.

Montaña N, Labra A, Panussis D. Hidradenitis suppurativa, evaluación por resonancia magnética. Rev Chil Radiol 2014; 20(4): 159-163.

Correspondencia: Andrés Labra W. / alabra@alemana.cl

Trabajo recibido el 06 de junio de 2014. Aceptado para publicación el 22 de agosto de 2014.

Introducción

Descrita por primera vez por Velpeau en 1839⁽¹⁾ y luego por Verneuil en 1864⁽²⁾ la adenitis supurativa es una patología inflamatoria recurrente de las glándulas apocrinas las que se encuentran en el plano celular subcutáneo y están distribuidas principalmente en las axilas, periné y región perianal^(3,4). Compromete enormemente la calidad de vida del paciente dado el gran dolor que genera, mal olor asociado, alta recurrencia del cuadro, costoso tratamiento y secuelas fibróticas que llevan a la desfiguración y grandes resecciones quirúrgicas del paciente^(4,5). Su mecanismo no está del todo claro y su manejo es muy amplio, utilizándose tratamientos tópicos, medicamentos orales o resecciones quirúrgicas y debe ser personalizado a cada paciente basándonos en sus características clínicas e imagenológicas^(3,4,6).

Epidemiología

Su prevalencia se estima que puede ser de hasta 1% en la población general^(7,8), actualmente hay controversias respecto a qué sexo afecta más en general, aunque hay localizaciones que se inclinan más a algún género: la forma inguinal es más frecuente en mujeres, la forma perianal más en hombres y la axilar no tiene preferencia^(5,7,8). Este cuadro rara vez se observa en pacientes previo a la pubertad o después de la menopausia, variando su edad de presentación entre 11 y 50 años de edad, con un promedio de 23 años⁽⁶⁻⁸⁾. En hasta el 25% de los casos hay historia familiar con un patrón de herencia autosómico dominante^(6,9). Algunos factores de riesgo son trauma, consumo de andrógenos, uso de antitranspirantes, obesidad, tabaquismo^(7,10,11). Se ha descrito también algún defecto autoinmune^(12,13) e influencia hormonal⁽⁴⁾. Además existe relación con

otras patologías, como la enfermedad de Crohn (con la cual constituye un diagnóstico diferencial) enfermedad de Dowling Degos y artropatías inflamatorias⁽¹⁴⁾.

Fisiopatología

Las glándulas apocrinas se encuentran en el espesor del tejido celular subcutáneo, distribuidas en la zona axilar, región perineal, pliegue inguinal y en menor medida en la región interescapular, periareolar, pubis, retroauricular, cuero cabelludo, párpados y región malar. Desembocan en un folículo piloso y son las responsables del mal olor en la transpiración. Si bien, la causa por la cual se desencadena esta enfermedad no está del todo clara, se postula que ocurriría una obstrucción del conducto piloso y de sus glándulas apocrinas, luego una infección del folículo y posteriormente una eventual rotura al espacio subcutáneo generando abscesos en su espesor. Éstos, al igual que otros abscesos, pueden evolucionar a resolución o fistulización con importantes fenómenos fibróticos-cicatrizales^(3,4,6,9).

Cuadro clínico

Es un cuadro de inicio insidioso, que comienza con prurito asociado a eritema y luego hiperhidrosis. Posteriormente, las lesiones se vuelven dolorosas, nodulares y confluyen conformando abscesos, los que drenan hacia la piel^(3,6). En la afectación perianal, también pueden drenar hacia el recto y ano^(3,9), pudiendo coexistir con otras dos enfermedades inflamatorias, la enfermedad de Crohn y la enfermedad inflamatoria criptoglandular, constituyendo además un diagnóstico diferencial^(9,15,16,19,20). Una vez pasado el cuadro agudo, existe alta tasa de recurrencia, las cuales eventualmente llevan a formación de cicatrices y deformidad local asociada a la presencia de fístulas. El diagnóstico es netamente clínico, creándose algunos sistemas de clasificación para orientar el manejo^(17,18).

Características en resonancia magnética

Los motivos de solicitar una resonancia magnética (RM) de pelvis en esta enfermedad son tres: confirmar el diagnóstico, determinar su extensión y realizar el diagnóstico diferencial con la enfermedad de Crohn y la enfermedad inflamatoria criptoglandular. Al examen, se observa un engrosamiento del plano dérmico y celular subcutáneo, el cual es de baja señal en secuencias T1, alta señal en secuencias T2, de bordes bien delimitados (Figura 1). Presenta refuerzo con el uso de medio de contraste paramagnético (Figura 2) y restringe a la difusión (Figura 3). Estas alteraciones se asocian a colecciones de morfología redondeadas en el plano subcutáneo correspondiente a abscesos, que son de baja señal en T1, alta señal en secuencias T2, a veces difíciles de identificar por los cambios inflamatorio adyacentes, volviéndose evidentes con el uso de Gadolinio, presentando refuerzo anular con el uso de medio de contraste y restricción a la difusión (Figura 4). También se pueden observar trayectos fistulosos que se distribuyen en el plano subcutáneo de las zonas afectadas que desembocan a la piel (Figura 5), que en el caso de ubicación perianal, éstos pueden desembocar hacia el recto en su tercio distal y al canal anal, constituyendo un diagnóstico diferencial con la enfermedad de Crohn y criptoglandular, pudiendo ambas coexistir^(9,16,19).

La edad del paciente, su distribución clásica, fístulas que desembocan en la piel a partir de pequeños abscesos subcutáneos y alta recurrencia del cuadro nos orientan al diagnóstico de hidradenitis supurativa. La enfermedad criptoglandular usualmente no presenta la cronicidad y recurrencia de esta enfermedad y se limita a la región perianal. La enfermedad de Crohn por lo general se acompañará de otras manifestaciones como ulceraciones, estenosis colónica, fístulas del tubo digestivo y lesiones cutáneas^(9,20).

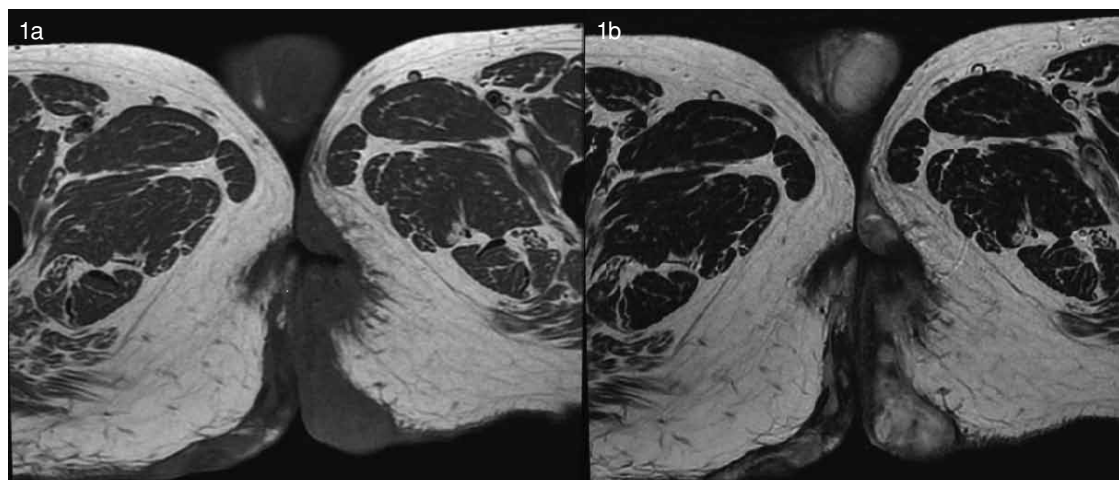


Figura 1. Resonancia magnética de pelvis. Secuencia axial ponderada en T1(a) y en T2(b) en un paciente que sufre de enfermedad de Crohn e hidradenitis supurativa como complicación. Se observa un engrosamiento del plano dérmico y tejido celular subcutáneo de la cara interna de los muslos, que se extiende a la zona perineal. Dicho engrosamiento es de bordes bien delimitados que representa el proceso inflamatorio secundario al compromiso de las glándulas apocrinas.

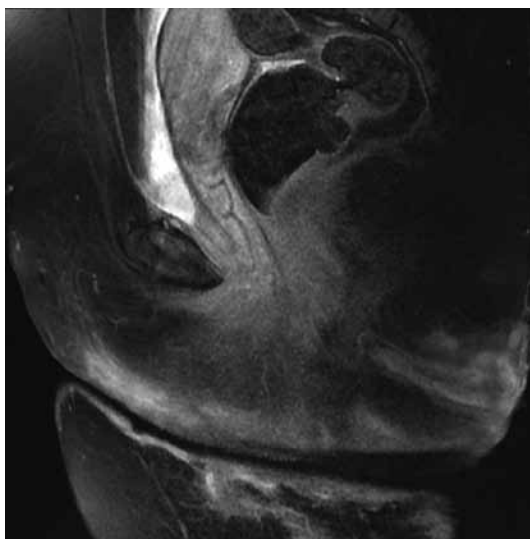


Figura 2. Resonancia magnética de pelvis. Secuencia sagital ponderada T1 con saturación grasa en fase porto-venosa luego de la inyección de medio de contraste paramagnético en un paciente cursando con hidradenitis supurativa. Se observa un importante refuerzo del plano dérmico y tejido celular subcutáneo del pliegue interglúteo, región perineal y cara interna de muslos.

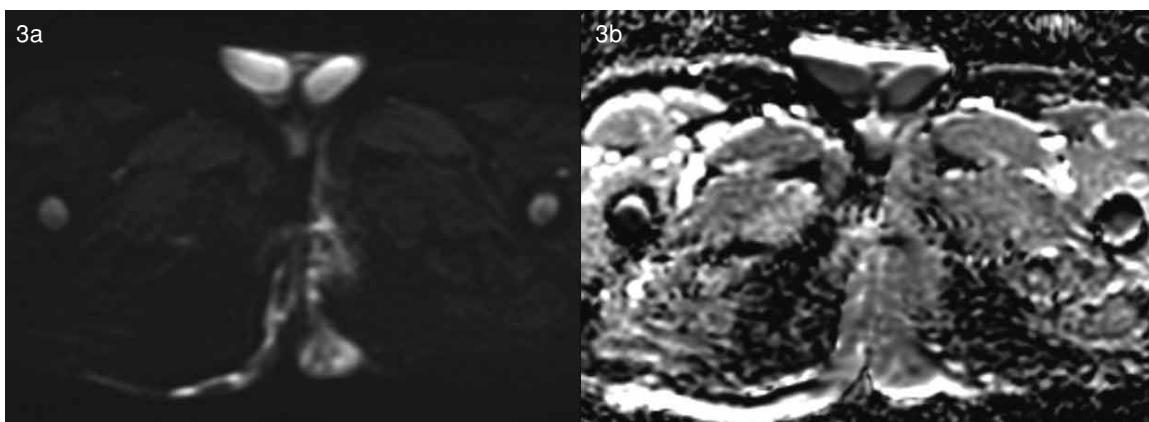


Figura 3. Resonancia magnética de pelvis. Secuencia axial de difusión (a) b800 y (b) mapa ADC al mismo nivel que los exhibidos en la Figura 1. Se aprecia una importante restricción a la difusión con correlato en mapa ADC del engrosamiento del plano dérmico y tejido celular subcutáneo previamente descrito.

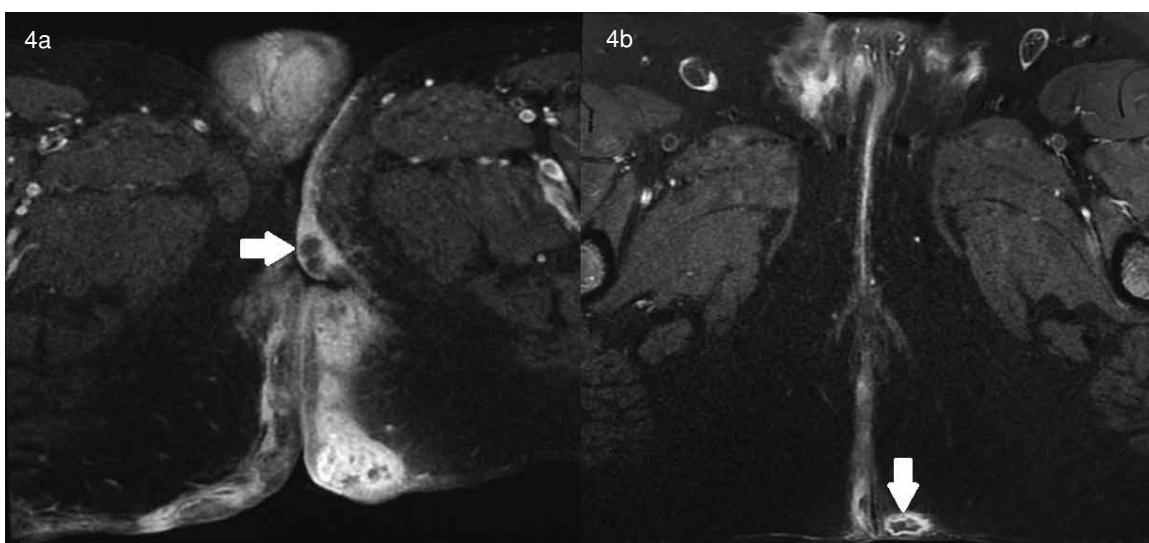


Figura 4. Resonancia magnética de pelvis. Secuencia axial ponderada en T1 con saturación grasa en fase porto-venosa luego de la inyección de medio de contraste paramagnético en los pacientes ilustrados en las Figuras 1(a) y 2(b), evidenciándose significativa captación del medio de contraste paramagnético por parte del proceso inflamatorio en ambos pacientes y en el espesor de éste se identifican imágenes nodulares que presentan refuerzo anular con el Gadolinio, compatibles con abscesos (flechas).

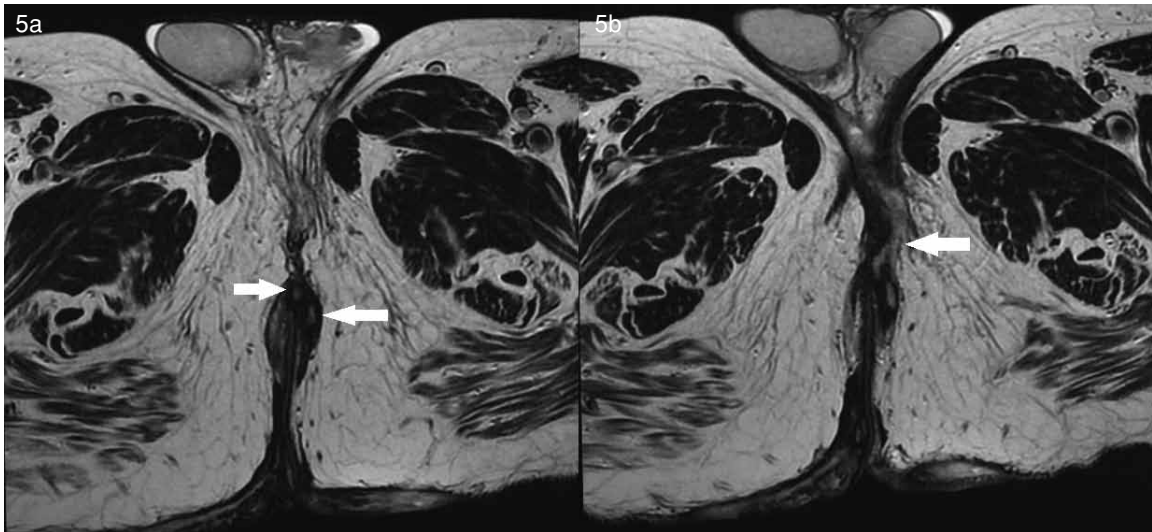


Figura 5. Resonancia magnética de pelvis. Secuencia axial ponderada en T2 en el paciente de la Figura 1, corte distal al esfínter anal externo (a) y otro inmediatamente distal a este último (b) evidenciándose 2 fístulas que se originan a las 12 y 2 en punto, según orientación horaria, de trayecto descendente y que se fusionan para desembocar juntas en la piel de la cara interna del muslo izquierdo.

Tratamiento

Se han descrito múltiples tratamientos que varían dependiendo de la gravedad y cronicidad del cuadro. Se ha utilizado bajar de peso, aseo local y compresas tibias, asociado al uso de antibióticos tópicos, antibióticos sistémicos, retinoides, hormonas y corticoides, tanto intralesionales como por vía oral, describiéndose alta recurrencia^(4,6,9). El tratamiento quirúrgico en la enfermedad localizada presenta una menor tasa de recidiva, usándose la crioterapia, radioterapia, terapia con láser e incisión-drenaje, siendo esta última la más ampliamente realizada. Para la enfermedad avanzada, la elección es la escisión en bloque, removiendo todas las glándulas apocrinas de la región afectada, cicatrizando por segunda intención o con uso de injertos. Esto puede llevar a grandes cirugías que dejan importantes cicatrices, sin embargo, es el método que presenta la menor tasa de recidiva^(4,5,9).

Conclusión

La hidradenitis suppurativa es una enfermedad poco frecuente, pero que puede llevar a un importante deterioro de la calidad de vida del paciente, debido a sus síntomas, costoso tratamiento y cicatrización en los casos tratados quirúrgicamente.

La RM es una herramienta útil para confirmar el diagnóstico, diferenciarlo de otras entidades similares y especialmente determinar su extensión para realizar el mejor tratamiento posible al paciente.

Bibliografía

1. Velpeau A. Dictionnaire de Médecine, un Répertoire Général Des Sciences Médicales Sous La Rapport Théorique et Pratique; 1839.
2. Verneuil A. Etudes sur les tumeurs de la peau: de

quelques maladies des glandes sudoripares. Arch Gen Med 1854; 2(4): 447-468.

3. Parks RW, Parks TG. Pathogenesis, clinical features and management of hidradenitis suppurativa. Ann R Coll Surg Engl 1997; 79(2): 83-89.
4. Slade DE, Powell BW, Mortimer PS. Hidradenitis Suppurativa: pathogenesis and management. Br J Plast Surg 2003; 56(2): 451-461.
5. Asgeirsson T, Nunoo R, Luchtefeld MA. Hidradenitis Suppurativa and Pruritus Ani. Clin Colon Rectal Surg 2011; 24(1): 71-80.
6. Hidradenitis Suppurativa. <http://emedicine.medscape.com/article/1073117-overview#a0156> [Accesado el 20/May/2014].
7. Revuz JE, Canoui-Poitrine F, Wolkenstein P, Viallette C, Pouget F, Poli F, et al. Prevalence and factors associated with hidradenitis suppurativa: results from two case-control studies. J Am Acad Dermatol 2008; 59(4): 596-601.
8. Wiltz O, Schoetz DJ Jr, Murray JJ, Roberts PL, Collier JA, Veidenheimer MC. Perianal hidradenitis suppurativa. The Lahey Clinic experience. Dis Colon Rectum 1990; 33(9): 731-734.
9. Kelly AM, Cronin P. MRI features of hidradenitis suppurativa and review of the literature. AJR Am J Roentgenol. 2005; 185(5): 1201 - 1204.
10. Harrison BJ, Read GF, Hughes LE. Endocrine basis for the clinical presentation of hidradenitis suppurativa. Br J Surg 1988; 75(10): 972-975.
11. Morgan WP, Leicester G. The role of depilation and deodorants in hidradenitis suppurativa. Arch Dermatol 1982; 118(2): 101-102.
12. Lapins J, Asman B, Gustafsson A, Bergström K, Emtes-tam L. Neutrophil-related host response in hidradenitis suppurativa: a pilot study in patients with inactive disease. Acta Derm Venereol 2001; 81(2): 96-99.
13. Hunger RE, Surovy AM, Hassan AS, Braathen LR, Yawalkar N. Toll-like receptor 2 is highly expressed in

lesions of acne inversa and colocalizes with C-type lectin receptor. *Br J Dermatol* 2008; 158(4): 691-697.

14. Hamoir XL, Francois RJ, Van den Haute V, Van Campenhoudt M. Arthritis and hidradenitis suppurativa diagnosed in a 48-year-old man. *Skeletal Radiol* 1999; 28(8): 453-456.
15. Van der Zee HH, van der Woude CJ, Florencia EF, Prince EP. Hidradenitis suppurativa and inflammatory bowel disease: are they associated? Results of a pilot study. *Br J Dermatol* 2010; 162(1): 195-197.
16. Griffin N, Taylor KM, Williams AB, Anderson SH, Irving PM, Sanderson JD, et al. MRI to distinguish hidradenitis suppurativa from perianal Crohn's disease. *Gut* 2012; 61(2): 324-325.
17. Roenigk and Roenigk HH, Randall K. *Dermatologic Surgery, Principles and Practice*. Can J Surg 1996; 39(5): 433.
18. Sartorius K, Lapins J, Emtestam L, Jemec GB. Suggestions for uniform outcome variables when reporting treatment effects in hidradenitis suppurativa. *Br J Dermatol* 2003; 149(1): 211-213.
19. Nadgir R, Rubesin SE, Levine MS. Perirectal sinus tracks and fistulas caused by hidradenitis suppurativa. *AJR Am J Roentgenol* 2001; 177(2): 476-477.
20. Church JM, Fazio VW, Lavery IC, Oakley JR, Milsom JW. The differential diagnosis and comorbidity of hidradenitis suppurativa and perianal Crohn's disease. *Int J Colorectal Dis* 1993; 8(3): 117-119.

BIOMUNDO

by Vistazo Group

UN MUNDO DE SOLUCIONES EN IMAGEN

Somos una empresa cercana a las necesidades del cliente, ofreciendo soluciones innovadoras a través de una amplia gama de productos y servicios, de comprobada calidad y conforme a los nuevos estándares de acreditación.

UN MUNDO DE OPCIONES EN RADIOLOGÍA, ULTRASONIDO, ESCANER, RESONANCIA, MEDICINA NUCLEAR/PET.



Toallitas Desinfectantes



Jeringas para Inyectores



Transflux CT



Equipo de Creatinina



Soluciones DICOM



Equipamiento Clínico



SOMATEX



Inyectoras



Consultoría

INSUMOS • SOLUCIONES • SERVICIO

Huérfanos N° 1178 Oficina 209 Santiago - Chile / Tel.: 56-2 2671 5736 / www.biomundo.cl