

ACNÉ CONGLOBATA CON HIDROADENITIS SUPURATIVA EN REGIÓN GLÚTEA

Dres. Luis del Castillo A.,*
Daniel Quezada V,**
Carlos de Bernard,***
Pedro Rodríguez****

El acné conglobata es una rara enfermedad en que, muchos de los comedones son dobles, acompañado de pápulas, pústulas, abscesos enormes indoloros.¹ Puede estar asociado con obstrucción e inflamación de las glándulas apocrinas de la axila, mama, periné; produciendo la hidroadenitis supurativa.^{2,3}

La hidroadenitis supurativa es recidivante y se caracteriza por abscesos, fistulas, craterizaciones y con 0.34% de prevalencia en países industrializados en mujeres jóvenes.⁴ Los síntomas iniciales son prurito, eritema, hiperhidrosis local; luego aparece un nódulo con ruptura espontánea produciendo una descarga purulenta. Tiene varios sinónimos: apocrinitis, hidroadenitis axilar, acné inversa.

Los ambientes calientes, húmedos favorecen su desarrollo. Las lesiones profundas ocasionan fístulas anales y los casos más avanzados abscesos fluctuantes.

La axila es la zona de mayor frecuencia, luego la región anogenital, mamas, región periumbilical, cuero cabelludo, área malar y zigomática de la cara, nalgas, ingle y fosa poplítea.

Hay obstrucción inicial con queratina, luego dilatación, inflamación e invasión bacteriana del ducto apocrino. Este componente bacteriano, es secundario, con flora cambiante de estafilococos, estreptococos y Gram negativos. En la

zona perianal E. coli, Klebsiella, Proteus, anaeróbicos, Bacteroides fragilis y melanogénicos.

Algunos implican al estreptococo milleri, que coloniza con frecuencia la región gastrointestinal y tracto genital femenino.

En la histopatología hay hiperqueratosis del folículo terminal con oclusión y dilatación al inicio, luego perifoliculitis con infiltrado de neutrófilos, linfocitos e histiocitos.⁴

Hemos manejado un paciente de 36 años de edad con historia de 4 años de evolución, inicialmente con pústulas en ambos glúteos que fueron creciendo con secreción fétida, dolor y tratado con múltiples antibióticos.

Estuvo hospitalizado en los servicios de cirugía, proctología, infectología sin mejoría. En su última hospitalización fue referido del servicio de cirugía y encontramos a un paciente con una autoestima muy baja, crisis depresiva, quejándose de dolores intensos y deseos de intento autolítico. Al examen físico febrícula, peso de 119 libras y su habitual es de 135 libras. En la cara presentaba comedones abiertos, quistes sebáceos en región preauricular y cicatrices atróficas en mejillas. Quistes en bolsas escrotales que drenaron espontáneamente.

En la región glútea presentaba masas induradas hipercrómicas que al presionarlas drenaba rezumamiento purulento abundante y además una úlcera en tercio superior derecho, ovalada, borde irregular de 4 x5 cm.

Los exámenes de glucosa creatinina, ácido úrico, fosfatasa alcalina, proteínas totales y fraccionadas, V.D.R.L., antígenos, febriles, frotis para BAAR, radiografía de tórax y EKG estaban normales.

* Dermatólogo del Hospital Dr. Manuel Amador Guerrero, Provincia de Colón
** Médico Internista del mismo Hospital.
*** Patólogo del mismo Hospital.
**** Médico Interno del mismo Hospital
Apartado de Correos 1009 - Colón, República de Panamá

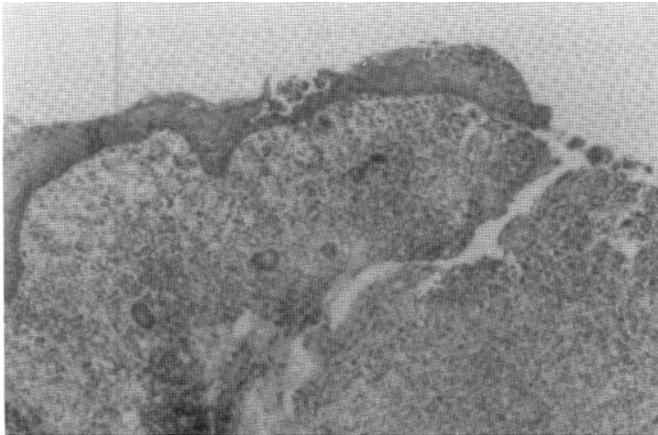


Fig. 1 Hiperqueratosis, inflamación y trayectos fistulosos

Hemoglobina= 7.9; L= 10,000; VES=58;
tipaje=0 negativo; PCR= 1 : 16; PPD= 18 mm.

Los cultivos de secreción fueron *K. pneumoniae*; *E. coli*; estreptococo gama hemolítico; estafilococo coagulasa negativo; sensibles a amoxicilina- ácido clavulánico, imipenem, cotromaxizol, amikacina, neomicina, eritromicina, penicilina, vancomicina.

La histología mostró hiperqueratosis, inflamación y trayectos fistulosos (Figura 1). Fue medicado, con metamisol magnésico, diclofenac sódico, ranitidina, cefalosporina de segunda generación, posteriormente con penicilina sódica, eritromicina, sulfato de amikacina, imipenem y tratamiento profiláctico con isoniazida. Se le transfundió una unidad de glóbulos rojos empacados, y lavados; se le agregó a su tratamiento sulfato ferroso y ácido fólico.

Localmente se le hizo curación diaria con drenaje de gasa yodoforada y solución salina y luego utilizamos ritampicina y hubo disminución de la secreción purulenta. Al cabo de 54 días de hospitalización se le dió salida con control ambulatorio.

COMENTARIO EDITORIAL

La frecuencia de las diferentes afecciones varía en los distintos países del mundo. Hemos resuelto por lo tanto, dar cabida a la contribución de los distinguidos colegas panameños como ilustración del interés que allá pueda existir sobre entidades nosológicas como la descrita en el presente trabajo.

**Dr. Mauricio Goihman Yahr,
Editor "Dermatología Venezolana"**

BIBLIOGRAFÍA

1. Andrews, G.C. Diseases of the skin. Third Ed. W B Saunders Company, Philadelphia, 1946, Pag. 227,270.
2. Cunliffe, W. J.: Management of adult Acne and Acne variants. Journal of Cutaneous Medicine and Surgery, 1998; 2: 537-547.
3. Rook, A., Wilkinson, S.D., Ebling, F.J.G., et al Tratado de Dermatología. IV Ed. Vol. 1. Ediciones Doyma, Barcelona, 1988, Pag. 882-884.
4. Brown, J.T, Rosen T, Orange, I. E: Hidradenitis, suppurativa. Southern Medical Journal; 1998, 91: 1107-1114.