

Alternativas para el tratamiento quirúrgico del acné conglobata

Alternatives for Acne Conglobata Surgical Treatment

Guillermo Martínez Valdez, ¹ **Raquel Rojas Bruzón,** ² **Yulexis Hechavarría Jiménez,** ³
Tamara Díaz Alcorta, ⁴ **Erislandy Sojo Benítez** ⁵

1. Especialista de Primer Grado en Cirugía Plástica. Hospital Provincial Docente Vladimir Ilich Lenin. Cuba.
2. Dra. C. Máster en Urgencias Médicas. Especialista de Segundo Grado en Cirugía Plástica. Profesora Auxiliar. Investigadora Agregada. Hospital Provincial Docente Vladimir Ilich Lenin. Cuba.
3. Especialista de Segundo Grado en Cirugía Plástica. Hospital Provincial Docente Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.
4. Especialista de Segundo Grado en Dermatología. Profesora Auxiliar. Hospital Provincial Docente Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.
5. Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Asistente. Policlínico Julio Grave de Peralta. Holguín. Cuba.

RESUMEN

Introducción: el acné conglobata es la forma específica de acné que se caracteriza por la formación de comedones, nódulos, abscesos, quistes, fístulas y cicatrices, las que provocan deformidades. Las lesiones segregan un líquido fétido. No hay tendencia a la resolución espontánea sino que existe un polimorfismo lesional, donde las lesiones alcanzan grandes extensiones con una evolución desfavorable y poca respuesta a los tratamientos. Por su repercusión estética y las cicatrices que quedan como secuela del proceso inflamatorio, esta problemática es de interés científico del dermatólogo y el cirujano estético.

Objetivo: organizar las alternativas quirúrgicas disponibles en nuestro contexto para el tratamiento del acné conglobata y sus resultados.

Método: se realizó un estudio experimental en un grupo de 30 enfermos de acné conglobata en las provincias de Granma y Holguín del año 2000 al 2014. Los pacientes fueron atendidos en el Hospital Lenin en Holguín, Cuba. El seguimiento a los pacientes permitió definir las lesiones que requerían tratamiento quirúrgico-dermatológico, y un criterio de operabilidad de las lesiones por parte del cirujano estético.

Resultados: se obtuvo como resultado que las lesiones con mejor respuesta al tratamiento farmacológico y quirúrgico-farmacológico fueron: comedones, pápulas, pústulas, quistes muy pequeños, menor de 1 cm, y cicatrices atróficas. Se definieron los criterios de operabilidad por la Cirugía Plástica. Se obtuvo una agrupación para los pacientes de acuerdo con la localización, complejidad del cuadro clínico y estado de las lesiones. Se realizó una intervención multidisciplinaria que permitió identificar los casos en estadio precoz y realizar tratamientos quirúrgicos, por el cirujano plástico, con técnicas menos cruentas.

Conclusiones: se obtuvieron mejores resultados estéticos, tratamientos menos cruentos y disminución de la estadía hospitalaria y sus complicaciones.

Palabras clave: acné conglobata, complicaciones, resultados estéticos, tratamiento quirúrgico.

ABSTRACT

Introduction: acnes conglobata, a specific form of acnes with comedons, nodules, abscess, cysts, fistulae and cicatrix. Lesions segregate a fetid fluid with espousal resolution and polymorph. They increase size during evolution and have no resolution capacity through the treatment. For aesthetics, the cicatrix and inflammation, are scientific matters of investigation for dermatologist and plastic surgeons.

Objective: to organize surgical alternatives and their results, in the context of treatment of conglobata acnes.

Method: an experimental study from 2000 to 2014 in Holguín and Granma provinces, where thirty patients with conglobata acnes were found. During their evolution we could realize the lesions that required plastic surgery, and the ones for dermatological treatment.

Result: the lesions with positive to treatment were comedons, papules inflamed hyperthrophic, a little cystic (lest 1 cm) and atrophic scars. Plastic surgery criteria were determined. The patients with lesions were distributed. The ones with clinical complications and lesions stated. A multidisciplinary intervention to identify the cases early staid and surgery treatment for plastic surgery with lest bloody techniques was accomplished.

Conclusion: more aesthetic results, surgery treatment with less aggressive techniques, a short time stay in the hospital and other complications.

Keywords: acne conglobata, complicated, aesthetic result, surgery treatment.

INTRODUCCIÓN

El acné conglobata es la forma especial de acné, caracterizada por la formación de comedones, nódulos, abscesos, quistes, fístulas y cicatrices. Las lesiones segregan un líquido fétido. No hay tendencia a la resolución espontánea.^{1,2}

En su cuadro clínico, existe la presencia de un polimorfismo lesional, donde las lesiones alcanzan grandes extensiones con una evolución desfavorable y poca respuesta a los tratamientos. Por su repercusión estética y las cicatrices que quedan como secuela del proceso inflamatorio, es de interés científico del dermatólogo y el cirujano estético.³

En su histopatología, se reconocen lesiones inflamatorias crónicas de la unidad pilosebácea que forman sinus, con trayectos revestidos por epitelio; tales sinus contienen corneocitos, pelos y bacterias, además de células inflamatorias y granulomas epitelioides.⁴

Cuando existen lesiones que no tienen tendencia a la regresión con el tratamiento farmacológico, se opta por el tratamiento quirúrgico, pero en lesiones muy extensas el resultado estético es desfavorable.

Por lo antes expuesto, es necesario realizar un diagnóstico precoz para su intervención oportuna. En su tratamiento intervienen fundamentalmente dermatólogos y cirujanos plásticos, por lo que es necesario integrar las disciplinas para un tratamiento quirúrgico-dermatológico completo, donde se obtengan mejores resultados estéticos.

Con el objetivo de organizar las alternativas quirúrgicas disponibles en nuestro contexto para el tratamiento del acné conglobata y sus resultados, se realiza el presente estudio.

MÉTODO

En el periodo de enero de 2000 a diciembre de 2014, se efectuó el seguimiento evolutivo (estudio experimental) de las lesiones desde su comienzo hasta siete años de evolución, en 30 pacientes en las provincias de Holguín y Granma. Los pacientes fueron atendidos en el Hospital Lenin, de

Holguín. Se reconstruyó el dato de la historia natural de la enfermedad en aquellos que llevaron largos periodos evolutivos, por lo que no se pudo observar los estadios iniciales para definir los criterios de operabilidad.

El seguimiento antes descrito, permitió definir las lesiones que requerían tratamiento quirúrgico-dermatológico y las de criterio de operabilidad, por parte del cirujano estético.

Se evaluaron los resultados del tratamiento quirúrgico en cuanto a:

- Necesidad de ingreso y estadía hospitalaria.
- Tipo de tratamiento quirúrgico empleado y resultados estéticos.
- Tipo de complicaciones del tratamiento quirúrgico.

Se aplicaron el test de Wilcoxon o de McNemar para comparar los resultados con un nivel de significación de 5%.

Los pacientes dieron su consentimiento informado y esta investigación se aprobó por el Consejo Científico y el Comité de Ética de la institución. Los autores no refieren conflictos de intereses.

RESULTADOS

- Como resultado, se obtuvo que las lesiones con mejor respuesta al tratamiento farmacológico y quirúrgico- farmacológico fueron:
 - Comedones: Limpieza de comedones.
 - Pápulas y pústulas: Se drenan las pústulas con electrocauterio con aguja capilar ([fig. 1](#)).
 - Quistes muy pequeños, menor de 1 cm: Farmacológico y criocirugía.
 - Cicatrices atróficas.
- Cirugía láser.

- Peeling químico: tratamiento de los comedones, lesiones quísticas no inflamatorias que se encuentran en estado cicatricial.



Fig 1. Drenaje de las pústulas con electrocauterio de aguja capilar

- Otro resultado fue que las lesiones con criterio de operabilidad fueron nódulos, quistes, macrocomedones, conglomerados fistulizados y bridas retráctiles ([fig. 2](#)).



Fig 2. Lesiones con criterio de operabilidad

- Se obtuvo una agrupación para los pacientes de acuerdo con la localización, complejidad del cuadro clínico y estado de las lesiones.

Agrupación

- Grupo I: Personas de riesgo.
 - Grupo II, Grupo III y Grupo IV: Enfermos.
 - Grupo V: Pacientes con lesiones malignizadas, asociadas a otros síntomas o síndromes y lesiones de acné conglobata, que forma parte de un síndrome genético.
 - Grupo VI: Pacientes con secuelas deformantes y disfuncionales.
- Se realizó una intervención multidisciplinaria que permitió identificar los casos en estadio precoz y realizar tratamientos quirúrgicos, por el cirujano plástico, con técnicas menos cruentas, por lo que el injerto libre de piel se emplea cada vez menos. Por otro lado la técnica de exéresis y cierre primario, al aportar resultados más estéticos, se difunde ([fig. 3](#)).

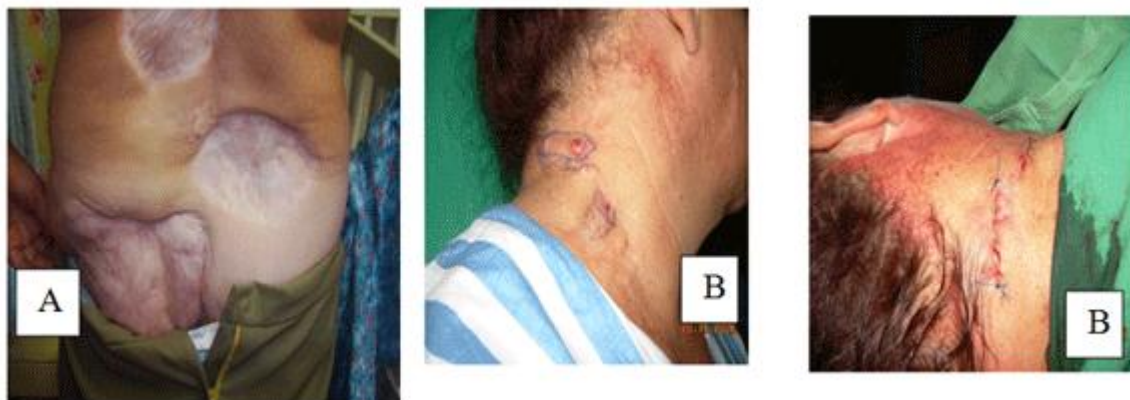


Fig 3. A. Resultados del injerto libre de piel. B. Resultados del tratamiento quirúrgico precoz con exéresis y cierre primario

En la [tabla I](#) se puede observar que, antes de la intervención, el tratamiento quirúrgico más utilizado fue el injerto libre de piel en los grupos IV y V, con el 26,6 y 30 por ciento, respectivamente.

Tabla I. Tipo de tratamiento quirúrgico utilizado

Grupos	Antes			Después		
	Injerto libre de piel	Rotación de colgajos	Exéresis y cierre	Injerto libre de piel	Rotación de colgajos	Exéresis y cierre
	n	n	n	n	n	n
Grupo II	0	3	4	0	0	7
Grupo III	3	2	0	0	0	5
Grupo IV	8	0	0	2	0	6
Grupo V	9	0	0	3	4	2
Grupo VI	1	0	0	1	0	0
Total	21	5	4	6	4	20
n=30			Test de Wilcoxon p = 0,000			

Fuente: Datos de la investigación.

El mayor número de complicaciones correspondió a los pacientes tratados con injerto libre de piel, por la extensión de las lesiones, y el cuidado e inmovilización que estos requieren.

Tabla II. Tipo de complicaciones del tratamiento quirúrgico utilizado

Tipo de complicación	Antes n	Después n	Prueba McNemar
Lisis parcial o total del injerto	7	2	p = 0,009
Necrosis o sufrimiento del colgajo	1	1	p=0,000
Dehiscencia de la sutura	1	2	p=0,000
Seroma	1	1	p=0,000
n=30			

Fuente: Datos de la investigación.

La necesidad de hospitalización disminuyó con la intervención en los grupos IV y V, los que al inicio fueron los más complicados ([tabla III](#)). Con ello también la estadía de aquellos pacientes que todavía necesitaron hospitalización ([tabla IV](#)).

Tabla III. Necesidad de hospitalización después de la intervención

Hospitalización	Antes		Después	
	SI	NO	SI	NO
Grupos	n	n	n	n
Grupo II	0	7	0	7
Grupo III	4	1	0	5
Grupo IV	8	0	4	4
Grupo V	9	0	4	5
Grupo VI	1	0	1	0
Total	22	8	9	21
n=30				

Fuente: Datos de la investigación.

Tabla IV. Estadía hospitalaria

Estadía hospitalaria (días)	Antes		Después	
	n	%	n	%
1 a 10	2	6,70	5	16,6
11 a 20	13	43,30	2	6,70
21 a 30	3	10	1	3,30
31 a 40	1	3,30	1	3,30
41 a 50	1	3,30	0	0
51 a 60	1	3,30	0	0
Total	21	70	9	30
n=30				

Fuente: Datos de la investigación.

Antes de la intervención, el número de pacientes que obtuvieron un resultado no estético fue mucho mayor que los de un resultado estético o cicatrización normal ([tabla 5](#)).

Tabla V. Resultados estéticos del tratamiento quirúrgico

Grupos	Antes			Después		
	Normal	Patológico	Inestético	Normal	Patológico	Inestético
	n	n	n	n	n	n
Grupo II	4	2	1	8	1	0
Grupo III	3	1	1	3	1	0
Grupo IV	1	1	6	6	1	0
Grupo V	0	0	9	6	0	3
Grupo VI	0	0	1	0	0	1
Total	8	4	18	23	3	4
n=30		Test de Wilcoxon p = 0,000				

Fuente: datos de la investigación.

DISCUSIÓN

En la [tabla I](#) se puede observar que antes de la intervención, el tratamiento quirúrgico que más se utilizó fue el injerto libre de piel en los grupos IV y V, en un 26,6% y 30%, respectivamente. El número de pacientes en los que se utilizó la técnica de exéresis y cierre primario al final de la intervención, fue de 20 pacientes, para el 66,6%, mientras que el injerto libre de piel lo utilizaron cinco, para el 16,6%. Según la experiencia sobre el tratamiento del acné conglobata en la provincia de Holguín, el tratamiento quirúrgico de quistes, nódulos, macrocomedones y conglomerados fistulizados produce una solución definitiva de la lesión y los tratamientos quirúrgicos resultan menos cruentos.^{5,6}

En la [tabla II](#) se evidencia que el mayor número de complicaciones correspondió a los pacientes tratados con injerto libre de piel, debido a la extensión de las lesiones y el cuidado e inmovilización que estos requieren (23,3%); sin embargo, en la técnica de la exéresis y cierre primario solo se presentó antes de la intervención, y después, un seroma pequeño que se trató ambulatoriamente; aumentó, en solo un caso, la dehiscencia de sutura (6,7%). Para esta última técnica después de la intervención, lo que no desacredita esta opción, pues la mayoría de los casos (20 pacientes) fueron operados de esta forma. Estos resultados aparecen en la literatura publicada por los autores.⁶

Como se muestra en la [tabla III](#), la necesidad de hospitalización disminuyó con la intervención, en los grupos IV y V hasta un 26,6 y 30,0%. Para cada uno, antes de y después del tratamiento, solo el 13,3% de los grupos necesitaron hospitalización para ser tratados quirúrgicamente. En estos últimos, los pacientes con lesiones más extensas y complicadas, se hospitalizaron primero en salas de dermatología, según criterios de ingresos dermatológicos.

Allí se prepararon las lesiones localmente y a los pacientes desde el punto de vista general, para luego recibir el tratamiento quirúrgico indicado. El uso del protocolo repercutió de manera muy positiva en este aspecto, porque el paciente al que se le realiza tratamiento ambulatorio, puede recuperar en el menor tiempo posible su vida social y laboral.

La necesidad de hospitalización después de la intervención, en relación con los que la habían necesitado antes, fue menor. La cantidad de pacientes que se trataron de forma ambulatoria después del protocolo fue mayor. No se encontró ningún estudio similar en la literatura revisada.

Cuando se analiza el desglose de los días perdidos por hospitalización antes y después del protocolo ([tabla IV](#)), se observa que: el 43,3% de los pacientes en el antes de, tuvieron una

hospitalización por períodos de 11 a 20 días y otros dos períodos más largos de 21 a 30 días. Un grupo pequeño de pacientes tuvieron estadías más largas, de 51 a 60 días. Luego de la intervención, los pacientes se trataron, en su mayoría, de forma ambulatoria. En el período de 1 a 10 días, hubo mayor número de pacientes con solo 5, para el 16,6%.

Los enfermos de acné conglobata que necesitan tratamiento quirúrgico con autoinjerto de piel y rotación de grandes colgajos, tienen períodos hospitalarios muy largos. Esto se correspondió con lo reportado por Pagano y Cols.³

Cuando se analiza la variable de Resultados Estéticos (tabla V), se observa que, antes de la intervención, el número de pacientes que obtuvieron un resultado no estético fue de 18, para el 60%, y solo cuatro pacientes experimentaron una cicatrización normal, para el 13,3%.

Después de la intervención, se obtuvo el 13,3% de resultados no estéticos, y el 76,7% de cicatrización normal.

Los resultados inestéticos en ambos momentos (antes y después) se obtuvieron mayoritariamente en los grupos IV y V, pues estos necesitaron tratamiento quirúrgico del tipo injerto libre de piel (ver [fig. 3](#)).

El resultado estético es mejor cuando se hace posible la coaptación adecuada de los bordes de la herida, como ocurre con la técnica de exéresis y cierre primario y a su imposibilidad con la rotación de colgajos. Cuando se elimina la lesión y se injerta la zona cruenta en el mismo acto quirúrgico, se agregan riesgos para el fracaso del injerto como: su deslizamiento por el posible sangrado del lecho, y las secuelas no estéticas que causan las cicatrices deprimidas por falta de almohadillado de esta zona cruenta ([fig. 3A](#)), por lo que en aras de obtener mejor resultado estético, se debe hacer el injerto en un segundo tiempo quirúrgico después de la exéresis de la lesión, y solo cuando se ha obtenido un tejido de granulación óptimo.⁶

Aun los resultados que fueron evaluados como no estéticos por haberseles realizado injerto libre de piel, tres casos en el Grupo V (10%) y uno en el Grupo VI (3,3%), tuvieron un resultado con mejor calidad que los que se injertaron antes a la intervención, pues después de esta, todos los injertos se realizaron de forma diferida, o sea, no antes de lograr un tejido de granulación que sirva de almohadillado a la piel y de esta forma minimizar el grado de depresiones.

En relación con los resultados estéticos en pacientes con lesiones del tipo nodular, quísticas o fístulas y conglomerados pequeños, se planteó que: estos son superiores en cuanto a la

minimización de la cicatriz ([fig. 3B](#)). Los grupos II, IV y V incrementaron el número de pacientes hacia buenos resultados estéticos, al obtener una cicatrización normal en el grupo II, con ocho pacientes, para el 26,6%. En el IV, seis pacientes, para el 20% e igual resultado para el grupo V. En el caso de los pacientes que obtuvieron una cicatrización patológica, no hubo grandes diferencias en el antes en relación con el después, ya que esta depende mucho de las características de la cicatrización de cada sujeto.

CONCLUSIONES

El tratamiento quirúrgico- dermatológico obtiene resultados favorables en comedones, pápulas, pústulas y algunos pequeños quistes.

Con la cirugía plástica predominó el tratamiento quirúrgico ambulatorio al final de la intervención. Los resultados estéticos fueron superiores con la técnica de exéresis y plastia local que con el injerto libre de piel.

Se logró disminuir la necesidad de ingreso hospitalario y la estadía de los pacientes.

Disminuyeron las complicaciones quirúrgicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ingram JR, Piguet V. Phenotypic heterogeneity in hidradenitis suppurativa (acne inversa): classification is an essential step toward personalized therapy .J Invest Dermatol. 2013[citado 15 dic 2014]; 133(6):1453-1456. Disponible en: <http://ac.els-cdn.com/S0022202X15362977/1-s2.0>
2. Rojas Bruzón R, Martínez Valdez G, Santos Falcon N, Mederos Almaguer L, Tamayo Chang V, Álvarez Ocampo J. Caracterización clínico epidemiológica del acné conglobata en las provincias de Holguín y Granma. CCM. 2017 [citado 21 nov 2017]; 21(3).Disponible en: <http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2571>
3. Pagano A, Feldman MJ. Management of Chronic Gluteal Follicular Occlusive Disease. Eplasty. 2013[citado 15 dic 2014]; 13.Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3711341/pdf/eplasty13ic50.pdf>

4. Cárdenas ML, López F, Hernando Moreno L. Report of a patient with acne conglobata and perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens. Colombia Med. 2011 [citado 1 abr 2016]; 42(2): 224-227. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28318450013>

5. Rojas Bruzón R, Socarrás Fonseca L, Rodríguez Arce MA. Cambios psicológicos en una familia holguinera afectada de acné conglobata después de una intervención médica. Rev Ciencias Holguín. 2012 [citado 1 abr 2016]; 19(1):1-10. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181525741002>

6. Rojas Bruzón R, Martínez Valdez G, Socarrás Fonseca L. Consideraciones sobre el acné conglobata a propósito de un caso. Rev Ciencias Holguín. 2009 [citado 1 abr 2016]; 15(4). Disponible en: <http://www.ciencias.holquin.cu/index.php/cienciasholquin/article/view/517>

Recibido: 7 de noviembre de 2016

Aprobado: 21 de noviembre de 2017

Dr.C. *Raquel Rojas Bruzón*. Hospital Provincial Docente Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba
Correo electrónico: bruzonhl@infomed.sld.cu