



## COMUNICACIÓN BREVE

# [Artículo traducido] Factores determinantes de la severidad de la enfermedad en los pacientes con hidradenitis supurativa evaluados en un hospital español durante un periodo de 5 años

F.J. Melgosa Ramos\*, R. García Ruíz, A. Aguado Vázquez, A. Estébanez Corrales, T. Díaz Corpas y A. Mateu Puchades

Department of Dermatology, Hospital Universitario Doctor Peset, University of Valencia, España

Recibido el 11 de julio de 2023; aceptado el 9 de octubre de 2023

### PALABRAS CLAVE

Hidradenitis supurativa;  
Gravedad de la enfermedad;  
Comorbilidades;  
Sinus pilonidal;  
Factores de riesgo cardiovascular

### KEYWORDS

Hidradenitis suppurativa;  
Disease severity;  
Comorbidities;  
Pilonidal sinus;  
Cardiovascular risk factors

**Resumen** Es necesario identificar qué factores o comorbilidades se asocian con una hidradenitis supurativa (HS) más grave, con el objetivo de identificar qué pacientes pueden beneficiarse de un tratamiento sistémico precoz o un enfoque más agresivo. Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó a pacientes diagnosticados de HS en el Servicio de Dermatología de un hospital español durante un periodo de cinco años. Se incluyeron 322 pacientes. Se encontró una asociación entre el retraso en el diagnóstico, la presencia de acné conglobata, sinus pilonidal y/o factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, dislipidemia y/o diabetes mellitus) y una forma de HS más grave. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la presencia de comorbilidad psiquiátrica y la gravedad de la HS. La presencia de afectación perianal o troncular se asoció significativamente con HS grave. El sexo femenino y la presencia de antecedentes familiares de HS se asociaron con un inicio más temprano de la enfermedad. © 2024 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

### Determinant Factors of Disease Severity for Patients With Hidradenitis Suppurativa Evaluated in a Spanish Hospital Over a 5-Year Period

**Abstract** It is necessary to identify which factors or comorbidities are associated with more severe hidradenitis suppurativa, aiming to identify which patients may benefit more from early systemic treatment or a more aggressive approach. A retrospective study was conducted, including patients diagnosed with HS at the dermatology department of a Spanish hospital over a 5-year period. A total of 322 patients were included. A relationship was found between

Véase contenido relacionado en DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2023.10.051>

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [javimelgo2017@gmail.com](mailto:javimelgo2017@gmail.com) (F.J. Melgosa Ramos).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.10.019>

0001-7310/© 2024 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: F.J. Melgosa Ramos, R. García Ruíz, A. Aguado Vázquez et al., [Artículo traducido] Factores determinantes de la severidad de la enfermedad en los pacientes con hidradenitis supurativa evaluados en un hospital español durante un periodo de 5 años, ACTAS Dermo-Sifiliográficas, <https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.10.019>

diagnostic delay, the presence of acne conglobata, pilonidal sinus, cardiovascular risk factors (hypertension, dyslipidemia, and/or diabetes mellitus) and more severe HS. No significant relationship was found between psychiatric comorbidities and the severity of the HS. The presence of perianal or truncal involvement was significantly associated with severe HS. Female sex and the presence of a family history of HS were associated with an earlier onset of the disease. © 2024 AEDV. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria sistémica, crónica y recurrente con un elevado número de comorbilidades asociadas, que empeoran el pronóstico de los pacientes<sup>1</sup>. Por tanto, el enfoque multidisciplinar correcto a estas enfermedades asociadas podría conducir a mejorar el pronóstico<sup>2</sup>. Además, se ha suscitado la hipótesis de un tratamiento “ventana de oportunidad”, en el que ciertos pacientes pueden beneficiarse más del tratamiento dirigido sistémico temprano<sup>3,4</sup>. Por ello, es necesario identificar las características y los factores de riesgo<sup>5–12</sup> que guardan relación con una enfermedad más grave, a fin de contribuir a mejorar el pronóstico del paciente.

## Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional unicéntrico retrospectivo, que incluyó pacientes diagnosticados de HS en la unidad monográfica del departamento de Dermatología del hospital terciario Doctor Peset (Valencia, España) entre junio de 2015 y junio de 2020. El objetivo primario fue identificar aquellos factores relacionados con una enfermedad más severa. El objetivo secundario fue describir las características basales de los pacientes. Se recopilaron y analizaron los datos sociodemográficos (tabla 1), la gravedad de la enfermedad determinada por las puntuaciones PGA e IHS4, el número de localizaciones o zonas afectadas, las terapias biológicas y las comorbilidades a lo largo de un periodo de cinco años. La demora diagnóstica (en años) se definió como la diferencia en términos temporales entre el inicio de la enfermedad y el momento de la evaluación por parte de un dermatólogo. También se determinó la influencia del sexo, historia familiar y tratamiento biológico de la HS, tabaquismo y número de cigarrillos en la edad de inicio de la enfermedad. Las variables cuantitativas se expresaron como media y desviación estándar, y las variables cualitativas como porcentajes. Se consideró estadísticamente significativo un valor  $p < 0,05$ . Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el software JMP Statistics v17.

## Resultados

Se incluyó un total de 322 pacientes. Las características basales de los pacientes se detallan en la tabla 1. Se observó una ligera predominancia del sexo femenino (53%), y se encontraron diferencias significativas entre sexos en cuanto al número de pacientes con estadio III de Hurley, que fue más

**Tabla 1** Características sociodemográficas de los pacientes con hidradenitis incluidos en la cohorte

N = 322	
Edad (años)	42,1 ± 13,7
Sexo (mujer, %)	173 (53%)
Edad de inicio de la enfermedad (años)	23,8 ± 11,9
Historia familiar de HS (%)	127 (42,1%)
Tabaquismo (número total, %)	211 (65,7%)
Número medio de cigarrillos diarios	9,8 ± 9,4
Índice de masa corporal (IMC) kg/m <sup>2</sup>	27,2 ± 6,1
Obesidad/IMC > 30 kg/m <sup>2</sup> (%)	78 (25,5%)
Número medio de zonas afectadas	2 ± 0,9
Estadio de Hurley	
I	66 (20,5%)
II	139 (43,2%)
III	117 (36,3%)
PGA (Physicians's Global Assessment)	2,3 ± 0,9
IHS4 (International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System)	5,7 ± 6,5
Tratamiento biológico (%)	95 (29,5%)
Número medio de intervenciones quirúrgicas	1,1 ± 1,5

elevado en varones ( $p = 0,002$ ). La demora diagnóstica media fue de 9,5 años, sin encontrarse diferencias entre hombres y mujeres. Se encontró una relación entre la demora diagnóstica y la enfermedad más grave y más propensa a secuelas, por lo que existió una diferencia de 11,75 años en cuanto a demora diagnóstica entre los casos de estadios I y III, y una diferencia de 7,4 años entre los casos de estadios I y II de Hurley, con resultados estadísticamente significativos ( $p = 0,001$  y  $p = 0,03$  respectivamente). En cuanto a las zonas afectadas, se encontraron diferencias significativas en cuanto a distribución por sexos. La localización en la zona inguinal fue superior en las mujeres ( $p = 0,01$ ), mientras que el compromiso perianal ( $p = 0,014$ ) y el facial ( $p = 0,002$ ) fue superior en hombres.

Las comorbilidades se detallan en la tabla 2. La presencia de sinus pilonidal fue detectada en hasta el 52% de los pacientes, con mayor frecuencia en hombres ( $p = 0,005$ ), y la prevalencia de enfermedad psiquiátrica fue considerablemente mayor en las mujeres ( $p = 0,025$ ). También se exploró la influencia de las comorbilidades recopiladas en la gravedad de HS. Se encontró que la presencia de acné conglobata y/o sinus pilonidal está asociada a una enfermedad más

**Tabla 2** Comorbilidades presentes en los pacientes de la cohorte

Comorbilidades de los pacientes	Número de pacientes (%)
Acné conglobata y/o sinus pilonidal	110 (34,5%)
Otras enfermedades autoinmunes (psoriasis, artritis psoriásica, SAPHO, espondiloartropatía, etc.)	29 (9,1%)
Enfermedad intestinal inflamatoria (Crohn o CU)	6 (1,9%)
Factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes mellitus, y/o dislipidemia)	81 (25,3%)
Enfermedad psiquiátrica (depresión, ansiedad, y/o trastornos de la personalidad)	103 (31,9%)
Historia previa de neoplasias	21 (6,5%)
Historia previa de episodios cardiovasculares adversos mayores (infarto de miocardio, ictus, embolia pulmonar)	16 (4,9%)
VIH y/o virus hepatotrópicos (VHB o VHC)	10 (3,1%)

grave en términos de índice IHS4, PGA y número de zonas afectadas. La presencia de factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, dislipidemia y/o diabetes mellitus) también fue relacionada con una HS más grave en términos de PGA y número de zonas afectadas. (Anexo A Tabla Suplementaria) Sin embargo, no se encontró relación significativa entre la enfermedad psiquiátrica y la gravedad en los términos mencionados. Con relación a las localizaciones, se observó que el compromiso perianal y/o troncal estaba significativamente asociado a una mayor severidad de HS.

Se encontró que el sexo femenino y la presencia de historia familiar de HS están asociados a un inicio más temprano de la enfermedad, con una diferencia de 3 y 5 años, respectivamente, lo cual es estadísticamente significativo. La edad de inicio fue menor en los no fumadores (3 años) pero, entre los fumadores, fue menor en aquellos que consumían un mayor número de cigarrillos. Los pacientes que recibieron tratamiento biológico debutaron, de media, 2,3 años antes, aunque las diferencias no fueron significativas. (Anexo A Tabla Suplementaria) Un total de 95 (29,5%) pacientes recibieron uno o más tratamientos biológicos, principalmente adalimumab (92,6%) a una dosis de 80 mg cada 7-14 días, seguido de secukinumab (13,7%) a una dosis de 300 mg cada 14-28 días, sobre la base de la gravedad, control clínico y series de la vida real<sup>13</sup>. Otros fármacos biológicos presentes en los pacientes de la cohorte incluyeron certolizumab, ustekinumab, golimumab y guselkumab, aunque en un porcentaje más pequeño de pacientes.

## Discusión

Los resultados obtenidos son similares a los obtenidos en informes previos<sup>4-12</sup>. No existieron diferencias significativas en cuanto a demora diagnóstica entre hombres y mujeres, con una mediana de 9,5 años, lo cual es similar a lo publicado en la literatura (7-8,5 años). En nuestra serie, las localiza-

ciones más frecuentes fueron la axila y las ingles, aunque nos gustaría destacar el alto porcentaje de compromiso facial y de la zona de la barba (7%), lo cual no se reporta a menudo<sup>1</sup>. Los compromisos perianal y troncal en nuestra serie están asociados al incremento de la gravedad de HS, según las mediciones de PGA e IHS4, y el número de zonas afectadas. Esto suscita la cuestión de si debería considerarse un tratamiento más agresivo para los pacientes con HS severa y estas localizaciones específicas<sup>2,15</sup>.

El tabaquismo y la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (hipertensión arterial, dislipidemia o diabetes) en nuestra serie es similar o ligeramente superior a lo reportado en otros estudios<sup>5,10,12</sup>, estando asociados al incremento de la gravedad de la HS. Otras enfermedades inflamatorias crónicas, tales como la psoriasis, han sido asociadas a los factores de riesgo cardiovascular y al síndrome metabólico, lo cual sugiere mecanismos comunes subyacentes posibles entre ambas y los trastornos inflamatorios, por lo que el control de dichos factores de riesgo o el enfoque colaborativo que implique a endocrinología puede tener beneficios clínicos en el tratamiento de la HS. En nuestra serie, la presencia de comorbilidad psiquiátrica no guardó relación con una mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular o una forma de HS más grave. Sin embargo, algunos estudios recientes con muestras de mayor tamaño han reportado lo contrario<sup>14</sup>. Las comorbilidades autoinmunes encontradas en nuestra serie son similares a las reportadas en la literatura (psoriasis, artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica, uveítis, SAPHO, entre otras)<sup>4</sup>. La prevalencia de enfermedad intestinal inflamatoria (EII) es del 1,9%, principalmente a causa de la enfermedad de Crohn. Ello es similar a la prevalencia estimada en años recientes, y se aleja de la prevalencia previamente sugerida. No encontramos relación alguna entre las localizaciones específicas, el número de cigarrillos consumidos diariamente, las comorbilidades aisladas y el desarrollo de EII. La presencia de sinus pilonidal<sup>16</sup> y/o acné conglobata en nuestra serie estuvo asociada al incremento de la gravedad de la HS en términos de IHS4, PGA y el número de zonas afectadas, lo cual es consistente con las publicaciones recientes. Las limitaciones de este estudio incluyen su naturaleza retrospectiva, el tamaño de la muestra, la falta de un grupo control y la ausencia de variables tales como enfermedad renal crónica y disfunción hepática<sup>17,18</sup>. A modo de conclusión, realizamos un estudio retrospectivo unicéntrico que incluyó 322 pacientes con HS, analizando qué características de la enfermedad y/o comorbilidades asociadas guardan relación con una mayor gravedad, con el objetivo de establecer un enfoque más agresivo y precoz en estos pacientes.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran la ausencia de conflicto de intereses.

## Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.ad.2024.10.019](https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.10.019).

## Referencias

- 193  
194  
195  
196  
197  
198  
199  
200  
201  
202  
203  
204  
205  
206  
207  
208  
209  
210  
211  
212  
213  
214  
215  
216  
217  
218  
219  
220  
221  
222  
223  
224  
225
1. Goldberg SR, Strober BE, Payette MJ. Hidradenitis suppurativa: epidemiology, clinical presentation, and pathogenesis. *J Am Acad Dermatol.* 2020;82:1045–58.
2. Melgosa Ramos FJ, García-Ruiz R, Mateu Puchades A, Martorell A. Can we improve prognosis in hidradenitis suppurativa? Identifying patients in the window of opportunity. *Actas Dermosifiliogr.* 2023. S0001-7310(23)00179-5.
3. Marzano AV, Genovese G, Casazza G, Moltrasio C, Dapavo P, Micali G, et al. Evidence for a ‘window of opportunity’ in hidradenitis suppurativa treated with adalimumab: a retrospective, real-life multicentre cohort study. *Br J Dermatol.* 2021;184:133–40.
4. Tzellos T, Zouboulis CC. Which hidradenitis suppurativa comorbidities should I take into account? *Exp Dermatol.* 2022;31 Suppl. 1:29–32.
5. Mintoff D, Benhadou F, Pace NP, Frew JW. Metabolic syndrome and hidradenitis suppurativa: epidemiological, molecular, and therapeutic aspects. *Int J Dermatol.* 2022;61:1175–86.
6. Phan K, Ng WHS, Lai B, Garg A, Smith SD. Hidradenitis suppurativa and association with stroke: systematic review and meta-analysis. *J Dermatol Treat.* 2022;33:2309–16.
7. Egeberg A, Gislason GH, Hansen PR. Risk of major adverse cardiovascular events and all-cause mortality in patients with hidradenitis suppurativa. *JAMA Dermatol.* 2016;152:429–34.
8. Hambly R, Kearney N, Hughes R, Fletcher JM, Kirby B. Metformin treatment of hidradenitis suppurativa: effect on metabolic parameters, inflammation, cardiovascular risk biomarkers, and immune mediators. *Int J Mol Sci.* 2023;24:6969.
9. Jennings L, Nestor L, Molloy O, Hughes R, Moriarty B, Kirby B. The treatment of hidradenitis suppurativa with the glucagon-like peptide-1 agonist liraglutide. *Br J Dermatol.* 2017;177:858–9.
10. Kromann CB, Deckers IE, Esmann S, Boer J, Prens EP, Jemec GB. Risk factors, clinical course and long-term prognosis in hidradenitis suppurativa: a cross-sectional study. *Br J Dermatol.* 2014;171:819–24.
11. Andriano TM, Benesh G, Babbush KM, Hosgood HD, Lin J, Cohen SR. Serum inflammatory markers and leukocyte profiles accurately describe hidradenitis suppurativa disease severity. *Int J Dermatol.* 2022;61:1270–5.
12. Özkur E, Karadağ AS, Üstüner P, Aksoy B, Eşme P, Çalışkan E, et al. Clinical and demographic features of hidradenitis suppurativa: a multicentre study of 1221 patients with an analysis of risk factors associated with disease severity. *Clin Exp Dermatol.* 2021;46:532–40.
13. van Straalen KR, Ingram JR, Augustin M, Zouboulis CC. New treatments and new assessment instruments for Hidradenitis suppurativa. *Exp Dermatol.* 2022;31 Suppl. 1:33–9.
14. Sampogna F, Fania L, Mastroeni S, Fusari R, Napolitano M, Ciccone D, et al. Correlation between depression, quality of life and clinical severity in patients with hidradenitis suppurativa. *Acta Derm Venereol.* 2020;100, adv00319.
15. Kokolakis G, Wolk K, Schneider-Burrus S, Kalus S, Barbus S, Gomis-Kleindienst S, et al. Delayed diagnosis of hidradenitis suppurativa and its effect on patients and healthcare system. *Dermatology.* 2020;236:421–30.
16. Wark KJL, Der Sarkissian SA, Tatian A, Woods J, Cains GD. The association between pilonidal sinus disease and hidradenitis suppurativa: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol.* 2023;188:673–5.
17. Gau SY, Hsiao YP, Liao WC, Ma KS, Wu MC. Risk of liver dysfunction and non-alcoholic fatty liver diseases in people with hidradenitis suppurativa: a systematic review and meta-analysis of real-world evidences. *Front Immunol.* 2022;13, 959691.
18. Gau SY. Increased risk of renal diseases in people with hidradenitis suppurativa: a systematic review and meta-analysis. *Int J Dermatol.* 2023;62:e4–6.
- 226  
227  
228  
229  
230  
231  
232  
233  
234  
235  
236  
237  
238  
239  
240  
241  
242  
243  
244  
245  
246  
247  
248  
249  
250  
251  
252  
253  
254  
255  
256  
257  
258  
259  
260