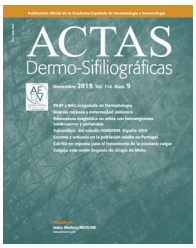
ACTAS Dermo-Sifiliográficas 116 (2025) 542–544

ACTAS
Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



FORO DE RESIDENTES

FR – Metformina en el tratamiento de la hidradenitis supurativa

RF – Metformin as Part of the Therapeutic Armamentarium of Hidradenitis Suppurativa

J.M. Camino Salvador*, A. Martínez Fernández y C. Chiloeches Fernández

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

PALABRAS CLAVE
Hidradenitis supurativa;
Acné inversa;
Metformina;
Sobrepeso;
Diabetes

KEYWORDS
Hidradenitis suppurativa;
Acne inversa;
Metformin;
Overweight;
Diabetes

La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica del folículo piloso caracterizada por nódulos, abscesos, fístulas y cicatrices. Sus principales comorbilidades incluyen la obesidad, la diabetes mellitus (DM), el síndrome metabólico (SM) y el síndrome del ovario poliquístico (SOP)[1].

La metformina, principal tratamiento para la DM 2, debido a su capacidad para mejorar la sensibilidad tisular a la insulina, también exhibe propiedades pleiotrópicas antiinflamatorias e inmunorreguladoras, según el reciente trabajo de Petrasca et al.[1]. Este estudio señala la capacidad de la metformina para atenuar la glicólisis y la vía de la diana de la rapamicina en mamíferos (mTOR). Además, se evidenció su capacidad para normalizar los perfiles de expresión de interleucina (IL)-17A, interferón-gamma e IL-6 en neutrófilos y explantes cutáneos de pacientes con HS[2].

El uso de la metformina como segunda línea en HS en la práctica clínica es frecuente[1]. Sin embargo, pese a incluirse en las guías americana (nivel de recomendación 3) y británica *(good practice point)*, no existen ensayos clínicos que evalúen su eficacia[3,4].

La evidencia actual proviene de 6 series de casos (tabla 1)[1,5], abarcando 228 pacientes tratados con metformina, mayoritariamente mujeres (83,3%), con una edad media de 38,4 años. Más del 50% de los casos presentaban sobrepeso u obesidad, y comorbilidades como SOP (21,2%) o DM (9,6%). Una serie registró 16 pacientes pediátricos. La escala de Hurley fue la más empleada para definir la

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: jose.caminosalvador@gmail.com (J.M. Camino Salvador).

https://doi.org/10.1016/j.ad.2024.04.031
0001-7310/© 2025 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/).

Tabla 1 Resumen de las series de casos publicadas de pacientes con HS tratados con metformina

		Demografía	Comorbilidades	Severidad	Régimen	Posología (mg/día)	Tasa de respuesta	Mejoría de DLQI	Duración del tratamiento (meses)	Tasa de supervivencia	Abandonos
Senent-Valero et al.[5], 2023	Serie de casos retrospectiva	N = 96 92% mujeres 37 años	Sobrepeso u obesidad (91%) SM (23%) SOP (19%)	H-II 93% SS 14,5 ± 11,1	Adyuvancia (94%). Resorcinol (n = 77)	850	NE	NE	12 (5,3-22,8)	51% a 12 meses 21,9% a 24 meses	Falta de respuesta (34%) RAM (16%)
Segura-Palacios et al., 2021[6]	Serie de casos retrospectiva	N = 27 66% mujeres 32,1 años	Sobrepeso u obesidad (70,4%)	H-I 51,8% H-II 48,2%	Monoterapia	1.700-2.550	Reducción de 1 punto en HS-PGA: 40,7%	13 a 9 (p = 0,001)	3	NE	RAM (14,8%) Deseo gestacional (3,7%)
Jennings et al., 2020[7]	Serie de casos retrospectiva	N = 53 85% mujeres 37 años	P. medio 102 kg DM (7%) SOP (9,5%)	H-I 4% H-II 72% H-III 24%	Monoterapia, posterior adición: Dapsona (n = 7) Antibiótico (n = 2) Acitretino (n = 1) Adalimumab (n = 1)	1.500 (500-3.000)	Mejoría clínica subjetiva: 68% (n = 36) RC: 19% RP: 58% H-II, 55% H-III	NE	11,3	61% a 6 meses 39% a 12 meses	RAM (5,6%) Falta de respuesta (20,7%)
Moussa et al., 2020[8]	Serie de casos retrospectiva	N = 16 75% mujeres 13,7 años	Obesidad (81%) DM (63%) SOP (25%) AN (50%)	H-I 69% H-II 31% H-III 0%	Monoterapia o adyuvancia, N/S	500-1.000	Reducción de n.° brotes: 31%	NE	N/S	NE	Falta de respuesta (6,2%) RAM (12,5%)
Sanz-Bueno et al., 2017[9]	Serie de casos retrospectiva	N = 11 45% mujeres	N/S	N/S	Monoterapia	450-2.550	Mejoría del SS: 18% (n = 2)	Reducción media DLQI 5,5 puntos en 36%	N/S	NE	*Flare-up* (18%)
Verdolini et al., 2013[10]	Serie de casos prospectiva	N = 25 88% mujeres 31,5 años	Sobrepeso (88%) IG (88%) SOP (88%)	SS 34,40 (17-58)	Monoterapia	500-1.500	Mejoría del SS: 76% (n = 19) Cambio de severo a leve-moderado en el 48% (n = 12)	Reducción de DLQI > 50% en 64% 6 pacientes no mejoraron	> 6 meses	NE	Falta de respuesta (28%)

AN: acantosis nigricans; DLQI: *Dermatology Life Quality Index*; DM: diabetes mellitus; HS-PGA: *Hidradenitis Suppurativa Physician Global Assessment*; IG: intolerancia glucídica; RAM: reacción adversa medicamentosa; SM: síndrome metabólico; SOP: síndrome de ovario poliquístico.

gravedad y el estadio Hurley II el más representado (139 pacientes).

Existen importantes disparidades en los métodos de evaluación utilizados, solo empleándose herramientas estandarizadas *(Sartorius Score*, *Physician Global Assestment)* en 3 de los estudios. El resto emplearon descriptores de actividad (número de brotes, supuración y dolor). Pese a la heterogeneidad, la mayoría de los estudios recogieron mejorías clínicas en el 31-76% de los pacientes. La falta de respuesta fue la causa más frecuente de abandono (6,2-34%). La metformina fue bien tolerada y las molestias digestivas transitorias el efecto adverso más reportado y, aunque la serie pediátrica describió 2 casos de cambios de humor, no precisaron suspensión. Tres estudios describieron cambios en el *Dermatology Quality of Life Index* (DLQI), y su reducción en 4 puntos demostró ser significativa ($p < 0,01$) en una serie de 27 sujetos. Esta misma serie mostró una tasa de supervivencia a 12 meses del 31%. Solo 2 series han aportado datos de supervivencia, la más reciente por Senent-Valero et al., quienes mostraron una persistencia del fármaco del 51% a 12 meses y del 21,9% a 24 meses en una cohorte de 96 pacientes, la mayor publicada hasta la fecha[5].

Así, a pesar de la heterogenicidad de los datos disponibles, la metformina se presenta como opción terapéutica, económica y bien tolerada, con propiedades prometedoras para pacientes con HS leve-moderada. Es posible que el bajo porcentaje de pacientes con comorbilidades (DM, SOP) incluidos en las series subestime el efecto real del fármaco en estos subgrupos. Aunque los datos recogidos apoyan el uso de metformina en HS, se requieren estudios adicionales para evaluar con precisión su eficacia y seguridad.

Bibliografía

1. Tsentemeidou A, Vakirlis E, Papadimitriou I, Ioannides D, Sotiriou E. Metformin in hidradenitis suppurativa: Is it worth pursuing further? Skin Appendage Disord. 2023;9:187–90, http://dx.doi.org/10.1159/000529359.
2. Petrasca A, Hambly R, Kearney N, Smith CM, Pender EK, Mac Mahon J, et al. Metformin has anti-inflammatory effects and induces immunometabolic reprogramming via multiple mechanisms in hidradenitis suppurativa. Br J Dermatol. 2023;189:730–40, http://dx.doi.org/10.1093/bjd/ljad305.
3. Alikhan A, Sayed C, Alavi A, Alhusayen R, Brassard A, Burkhart C, et al. North American clinical management guidelines for hidradenitis suppurativa: A publication from the United States and Canadian Hidradenitis Suppurativa Foundations: Part II: Topical, intralesional, and systemic medical management. J Am Acad Dermatol. 2019;81:91–101, http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2019.02.068.
4. Ingram JR, Collier F, Brown D, Burton T, Burton J, Chin MF, et al. British Association of Dermatologists guidelines for the management of hidradenitis suppurativa (acne inversa) 2018. Br J Dermatol. 2019;180:1009–17, http://dx.doi.org/10.1111/bjd.17537.
5. Senent-Valero M, Matijasevich A, Jara-Rico N, Sivera F, Pascual JC. Drug survival of metformin in patients with hidradenitis suppurativa. Br J Dermatol. 2023;190:125–7, http://dx.doi.org/10.1093/bjd/ljad364.
6. Segura Palacios JM, Colmenero Sendra M, del Boz González J, Rivas Ruiz F, de Troya Martín M. Metformin for the treatment of hidradenitis suppurativa: our experience with 27 patients. Actas Dermosifiliogr. 2021;112:202–8, http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2020.12.001.
7. Jennings L, Hambly R, Hughes R, Moriarty B, Kirby B. Metformin use in hidradenitis suppurativa. J Dermatolog Treat. 2020;31:261–3, http://dx.doi.org/10.1080/09546634.2019.1592100.
8. Moussa C, Wadowski L, Price H, Mirea L, O'Haver J. Metformin as adjunctive therapy for pediatric patients with hidradenitis suppurativa. J Drugs Dermatol. 2020;19:1231–4, http://dx.doi.org/10.36849/JDD.2020.5447.
9. Sanz Bueno J, Gutiérrez Medina S, Sánchez-Gilo A, Vicente Martín F. Metformin failed to improve hidradenitis suppurativa in a cohort of eleven patients. In: 26th EADV Congress; 2017: Abstract BL 1125.
10. Verdolini R, Clayton N, Smith A, Alwash N, Mannello B. Metformin for the treatment of hidradenitis suppurativa: a little help along the way. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2013;27:1101–8, http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-3083.2012.04668.x.