

Gradu Amaierako Lana / Trabajo Fin de Grado
Medikuntza Gradua / Grado en Medicina

IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HIDRADENITIS SUPURATIVA ATENDIDOS EN LA CONSULTA MONOGRAFICA DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE BASURTO

Estudio prospectivo

Egilea / Autor:
IRATI PUERTAS GONZÁLEZ
Zuzendaria / Director/a:
ROSA MARÍA IZU BELLOSO

© 2019, Irati Puertas González

INDICE DEL TRABAJO

RESUMEN.....	I
1.INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 DEFINICIÓN	1
1.2 EPIDEMIOLOGÍA	1
1.3 ETIOPATOGENIA	1
1.4 CLÍNICA.....	4
1.5 DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN	6
1.6 COMORBILIDADES	11
1.7 TRATAMIENTO	13
1.8 ENFERMEDAD Y CALIDAD DE VIDA	15
2.OBJETIVOS	17
3. MATERIAL Y MÉTODOS	17
4.RESULTADOS.....	20
5.DISCUSIÓN.....	28
6. CONCLUSIONES.....	33
7. BIBLIOGRAFÍA.....	34
ANEXOS	A1
Anexo 1: Consentimiento Informado para Participantes de Investigación	A1
Anexo 2: Informe del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC).....	A2

RESUMEN

Introducción: La hidradenitis supurativa (HS) es un trastorno crónico y recidivante de la piel, caracterizado por un proceso inflamatorio del folículo pilosebáceo en áreas ricas en glándulas apocrinas, que pueden conducir a la formación de abscesos, fístulas y secreción maloliente. La repercusión de esta enfermedad sobre la calidad de vida (CdV) no ha sido estudiado ampliamente, en especial, en la población española. La herramienta más utilizada para medir el impacto de esta enfermedad en la calidad de vida es la escala DLQI.

Objetivo: Identificar la repercusión sobre la CdV en la serie de pacientes con HS controlados en el Servicio de Dermatología, y conocer si existe una asociación entre el impacto sobre la CdV y la gravedad de esta enfermedad.

Material y métodos: Se recoge una muestra de 50 pacientes que acuden a la consulta de HS durante el primer trimestre de 2019. Se clasifica a los pacientes según la gravedad clínica de la enfermedad empleando la escala de 3 grados propuesta por Hurley. El deterioro de la CdV se determina por medio de la versión validada en español del Índice de Calidad de Vida Dermatológico (DLQI). Se recogen además otras características de interés de los pacientes como; sexo, edad, edad al diagnóstico, localización de las lesiones, peso, talla, IMC y hábito tabáquico.

Resultados: El 34% de los pacientes de la serie fueron hombres y 66% mujeres, con una edad media de 44,82 años. La edad media al diagnóstico fue de 30,92 años. La localización más frecuente de hidradenitis fueron las ingles (74%), seguidas de axilas (58%) y glúteos (26%). En cuanto a la gravedad de la enfermedad en función de la clasificación de Hurley, 50% de los pacientes fueron grado I, 42% grado II y 8% grado III. Por otro lado, casi el 78% de los pacientes mostraron un peso elevado ($IMC > 25 \text{ kg/m}^2$) y el 88% son o han sido fumadores activos. Se encontró asociación significativa entre la afectación de la CdV y la edad actual de los sujetos. No se hallaron resultados significativos de asociación entre CdV y género, edad al diagnóstico, severidad del cuadro, IMC y hábito tabáquico.

Conclusiones: Nuestros resultados demográficos y clínicos apoyan y coinciden con la literatura científica sobre el tema. Hemos observado una mayor prevalencia de HS en mujeres y en fumadores en nuestro estudio, así como de sobrepeso y obesidad, por lo que sería interesante un seguimiento de los pacientes para valorar si la reducción de peso y el abandono del hábito tabáquico mejoran el cuadro de HS. La calidad de vida es algo muy subjetivo por lo que probablemente en un mismo estadio encontremos pacientes muy afectados y otros con bajas puntuaciones en el DLQI. La enfermedad tiene un claro impacto emocional que requiere de empatía y apoyo psicológico por parte de los profesionales del ámbito sanitario. La HS tiene un importante impacto en la CdV de los pacientes aunque el DLQI resulte insuficiente como herramienta para valorar este impacto, por lo que sería interesante el uso de nuevos cuestionarios como HSSA y HSIA, aún no validados.

1.INTRODUCCIÓN

1.1 DEFINICIÓN

La hidradenitis supurativa (HS), también conocida como acné inverso, es una enfermedad cutánea crónica en la que se produce inflamación en la unidad pilosebácea, generando nódulos dolorosos, abscesos o fístulas que predominan en las grandes áreas intertriginosas corporales, como axilas, las ingles y la región anogenital¹⁻³.

1.2 EPIDEMIOLOGÍA

La ausencia de estudios suficientes nos impide conocer con exactitud la prevalencia e incidencia de la hidradenitis a nivel nacional. La mayor parte de estudios que analizan los aspectos epidemiológicos se centran en la población europea o norteamericana. La prevalencia en estudios europeos oscila entre el 0.98% y el 4%: por ejemplo en la población francesa la cifra ronda el 1%, mientras que en estudios norteamericanos esta prevalencia se reduce al 0.13%^{1,4,5}. Esta variabilidad en cuanto a los datos de prevalencia es atribuible a las diferencias poblacionales y metodológicas de los estudios existentes^{3,4}.

La HS suele iniciarse en la pubertad o en la segunda década de la vida con un pico de actividad máxima en la etapa comprendida entre los 20 y los 40 años^{3,4}.

Se ha observado que esta enfermedad es más frecuente en mujeres con una relación 3:1 respecto a los hombres. En cuanto a su distribución por etnias algunos estudios afirman que la prevalencia de esta patología es mayor en la raza negra^{2,4}.

1.3 ETIOPATOGENIA

Clásicamente se consideraba como mecanismo etiopatogénico de esta enfermedad la afectación de las glándulas apocrinas⁶, ya que la enfermedad aparece en zonas donde asientan dichas glándulas. Sin embargo, en la actualidad la hidradenitis se define como una enfermedad inflamatoria multifactorial que afecta de forma crónica y recurrente al folículo pilosebáceo asociada a un desequilibrio del sistema inmune que se da en individuos genéticamente predispuestos^{3,4,6}.

La aparición de lesiones surge tras una secuencia de acontecimientos, siendo el primero la aparición de hiperqueratosis y oclusión del folículo que generará la dilatación de la unidad pilosebácea con la rotura y consiguiente salida del contenido folicular a la dermis desencadenándose una respuesta inflamatoria local. Este proceso se verá perpetuado por la llegada de células y citoquinas inflamatorias que prolongan la inflamación dando lugar a la creación de abscesos, nódulos y trayectos fistulosos⁴.

Se ha demostrado la existencia de un desequilibrio inmunológico en los pacientes afectados por esta patología que se manifiesta como un mal control de la respuesta inflamatoria en los folículos pilosos de las áreas intertriginosas corporales. Este mecanismo patogénico se ve sustentado además por la asociación observada entre la hidradenitis y otras enfermedades autoinmunes y autoinflamatorias como el pioderma gangrenoso y la enfermedad de Crohn⁴.

Se habla de la hidradenitis como una enfermedad con múltiples factores implicados, algunos de ellos como factores predisponentes y desencadenantes, y otros como agravantes de las lesiones existentes^{1,4}.

Dentro de los factores predisponentes destaca la predisposición genética, ya que se ha observado que hasta un 40% de los pacientes posee algún familiar afectado, siendo el patrón de herencia más frecuente el autosómico dominante^{1,3,4,6}.

A nivel de mediadores inflamatorios destaca la implicación en la patogénesis de la interleuquina 1 β (IL-1 β) y del factor de necrosis tumoral α (TNF- α). Se ha visto que los niveles de IL-1 β son hasta 31 veces superiores en las lesiones y en la piel sana perilesional respecto a la piel sana, además de la existencia de una correlación entre estos niveles elevados de IL-1 β y la gravedad de la sintomatología. Esta correlación también aparece con la elevación del TNF- α , viéndose valores más altos de esta citocina en las lesiones y piel perilesional. Cabe destacar que la IL-1 β aparece elevada en otras patologías a las que se asocia la HS como los síndromes PASH (Pioderma Gangrenoso, Acné e Hidradenitis Supurativa) y PAPASH (a las entidades anteriores se les añade la Artritis Piogénica). Otras interleuquinas posiblemente implicadas en la patogénesis de la hidradenitis son: IL-10, IL-17, IL-12/23 e IL-22^{2,6}.

Además se ha demostrado la existencia de un biofilm en los folículos pilosos y trayectos fistulosos de la HS, que hace pensar en las alteraciones del microbioma o flora microbiana como factor presente en la patogénesis^{1,4}.

Por otro lado, como factores desencadenantes y agravantes de esta enfermedad encontramos el tabaco, la obesidad, factores hormonales, el uso de ropa ajustada y de desodorantes, la depilación y la toma de determinados fármacos.

Se ha visto que entre un 70 y 88.9% de los afectados por hidradenitis son fumadores^{3,4,8}. De igual manera, se ha establecido que los pacientes fumadores padecen hidradenitis con mayor frecuencia y que, dentro de los ya afectados por esta patología, la intensidad es mayor entre quienes fuman^{1,8}. El tabaquismo condiciona la evolución de la hidradenitis ya que altera la quimiotaxis de los neutrófilos, induce en el epitelio folicular hiperqueratosis y acantosis, y estimula la sobreproducción de IL-10 a través de la nicotina⁴.

La obesidad y el sobrepeso aparecen descritos como factores que empeoran el cuadro de hidradenitis, al igual que la ropa ajustada, el uso de desodorantes y la depilación por la irritación, la oclusión y la maceración que producen^{1,3,4,8}. Se ha descrito que hasta un 75% de los pacientes con hidradenitis presentan sobrepeso u obesidad. Así mismo, se ha demostrado que existe una relación entre la gravedad del cuadro y el índice de masa corporal (IMC) del paciente¹⁻⁷, observándose mejoría en aquellos pacientes que logran una reducción del peso⁸.

Respecto a los factores hormonales y su relación con la hidradenitis existen hipótesis acerca de un posible hiperandrogenismo implicado en la patogénesis de esta patología. Esta teoría se vería respaldada por el predominio de la patología en el sexo femenino, la aparición de brotes premenstruales, el inicio tras la pubertad, y la mejoría del cuadro tras la menopausia y durante la gestación. Sin embargo, la ausencia de respuesta terapéutica esperada al tratamiento con anticonceptivos junto con los estudios hormonales de los pacientes no avalan esta hipótesis^{1-4,7}.

Por último, fármacos como el litio, los anticonceptivos o la isotretinoína pueden intervenir generando brotes de repetición de la enfermedad^{1,3,4}.

1.4 CLÍNICA

La hidradenitis es una enfermedad con manifestaciones clínicas muy variadas que puede cursar por brotes, con fases de actividad clínica y fases de latencia, o progresar a un estado inflamatorio crónico. Se caracteriza por la presencia de lesiones inflamatorias, dolorosas y profundas como nódulos, abscesos y fístulas. En los casos crónicos, se han descrito como lesión típica, junto con la presencia de cicatrices hipertróficas, los dobles comedones^{1,3,4} (**Figura 1**).



Source: Carol Soutor, Maria K. Hordinsky:
Clinical Dermatology
Copyright © McGraw-Hill Education. All rights reserved.

Figura 1. Dobles comedones. Lesión típica en casos crónicos de Hidradenitis.

Las lesiones se localizan en las áreas intertriginosas del cuerpo: axilas, ingles, glúteos y regiones perianal, perineal, mamaria e inframamaria. Se ha descrito una variación en la distribución de las zonas afectadas ligada al sexo de los pacientes^{3,4}. De esta forma, las lesiones inframamarias, axilares e inguinales se presentan con mayor frecuencia en mujeres (**Figuras 2 y 3**), mientras que, en los hombres, se afectan más las zonas atípicas (nuca y retroauricular) y las regiones glútea y perianal (**Figura 4**).



Figura 2. Abscesos en mama y región inframamaria. Localización de Hidradenitis más frecuente en mujeres.
Imagen obtenida del Servicio de Dermatología del Hospital de Basurto.

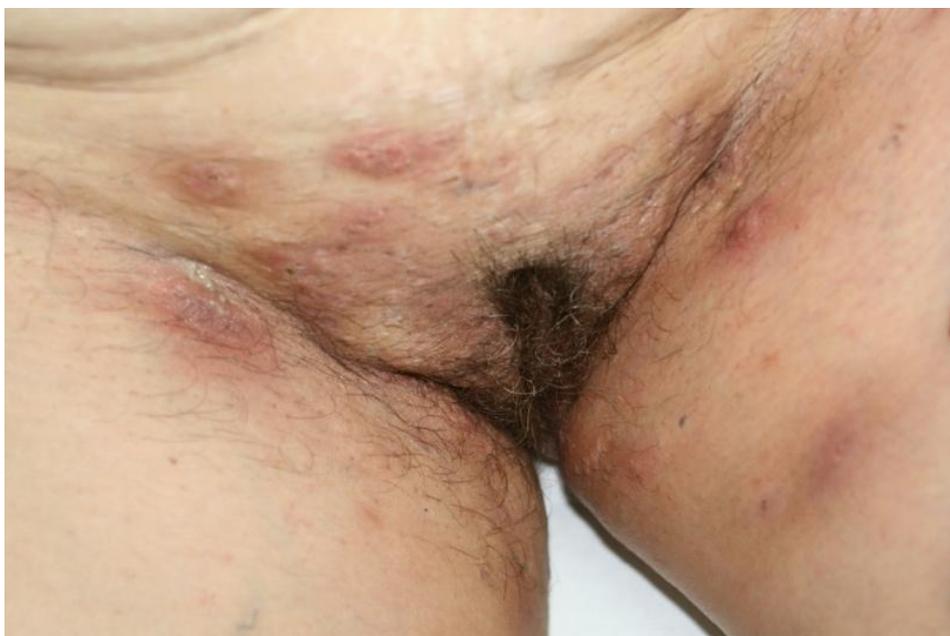


Figura 3. Abscesos en región inguinal y pubis. Localización de Hidradenitis más frecuente en mujeres.
Imagen obtenida del Servicio de Dermatología del Hospital de Basurto.



Figura 4. Afectación difusa de la región glútea con cicatrices. Localización de Hidradenitis más frecuente en hombres. Imagen obtenida del Servicio de Dermatología del Hospital de Basurto.

Los síntomas predominantes de esta patología son el dolor, el prurito, la secreción maloliente y, en los casos en los que se produzca una cicatrización deformante, puede llegar a presentarse una limitación a la hora de realizar determinados movimientos. Los brotes suelen cursar con aumento del dolor y supuración y mejorando espontáneamente en 7-10 días^{1,3,4}.

La clínica suele aparecer entre la segunda y tercera década de la vida. Los casos de comienzo precoz de la hidradenitis (en niños) se han asociado a una mayor susceptibilidad genética, así como a una mayor extensión de las lesiones⁴.

1.5 DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN

El diagnóstico de la HS es fundamentalmente clínico, siendo frecuente la confusión con otras patologías, lo que origina un retraso en el diagnóstico de hasta 7 años^{4,10}. Esta confusión en el diagnóstico podría explicarse por la heterogenicidad de la patología y el hecho de que muchos médicos no estén familiarizados con ella, a lo

que se suma que muchos pacientes no acuden al médico ante la presencia de abscesos simples o recurrentes^{3,6}.

Los criterios a la hora de diagnosticar la hidradenitis son 3:

- Deben observarse las lesiones típicas previamente mencionadas, nódulos dolorosos, abscesos, fístulas, comedones abiertos, cicatrices y lesiones confluyentes.
- Las lesiones se localizan en las áreas intertriginosas corporales (más frecuentemente en axilas e ingles).
- Se aprecian recurrencia y cronicidad.

Dentro del diagnóstico el empleo de la ecografía se presenta como un instrumento útil, que nos permite llevar a cabo una estadificación de las lesiones y un diagnóstico diferencial con otras entidades similares^{1,3,4}. A nivel ecográfico los principales hallazgos de hidradenitis son la alteración difusa del patrón dérmico, el engrosamiento del folículo pilosos y la detección de colecciones fluidas y de tractos fistulosos³

La ecografía es muy útil también en el control de la respuesta a los tratamientos y la evolución de la enfermedad^{1,9}.

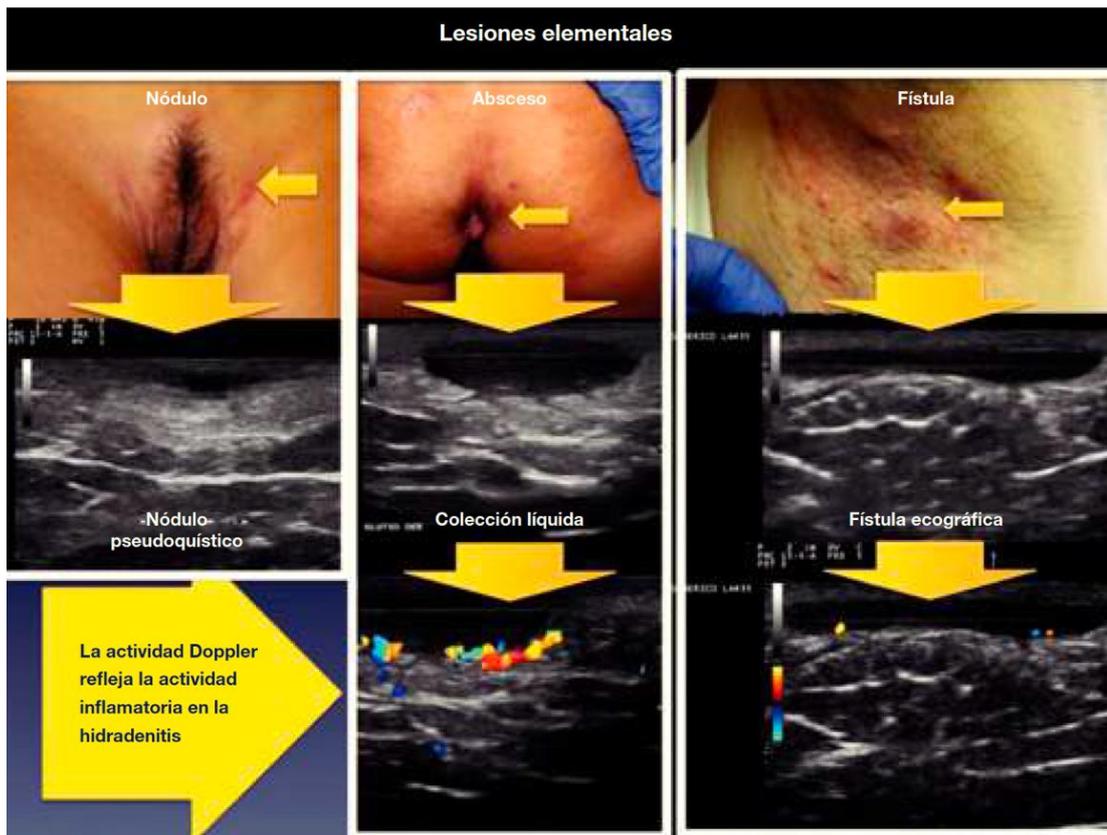


Figura 5. Lesiones clínico-ecográficas elementales en la exploración de la HS⁹

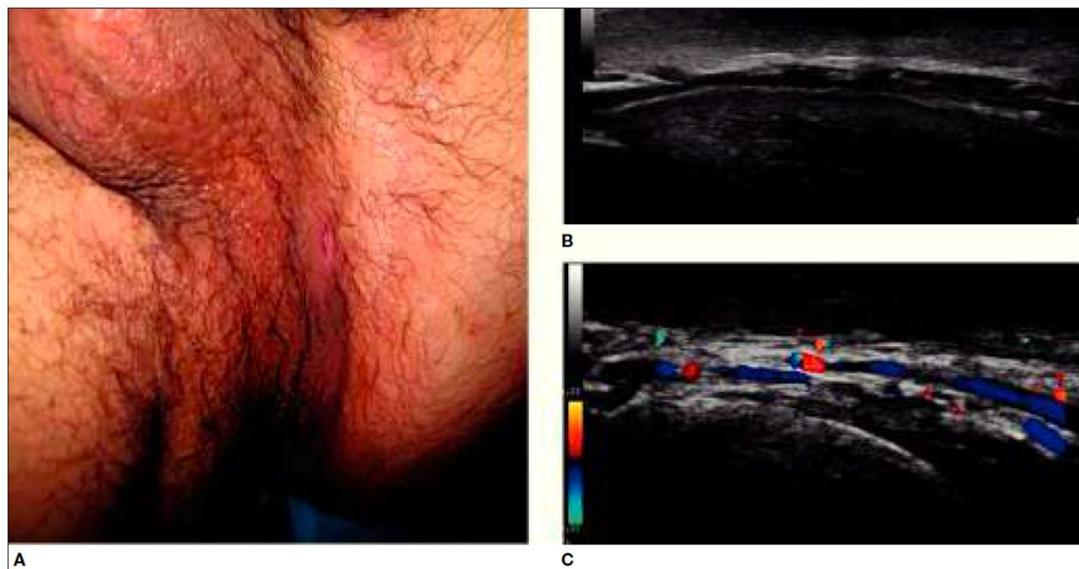


Figura 6. A) lesión supurativa en región inguinoperineal izquierda. B) Tracto fistuloso hipodérmico. C) Doppler que muestra actividad inflamatoria intensa en el tracto fistuloso⁹

A la hora de realizar el diagnóstico diferencial de hidradenitis es importante tener en cuenta otras entidades como el acné, la foliculitis, los abscesos simples, la erisipela, la celulitis, manifestaciones cutáneas de la enfermedad de Crohn, las fístulas anales y perianales, el pioderma gangrenoso, el linfogranuloma venéreo, la actinomicosis, la escrofulosis y neoplasias cutáneas primarias o secundarias^{1,3}.

Existen numerosas escalas de gravedad para la hidradenitis pero la más empleada en la actualidad en la práctica clínica es la de Hurley, por su sencillez y su rapidez. Esta clasificación presenta como inconveniente que, al ser un modelo cualitativo no tiene en cuenta el número de zonas afectadas, ni el número de lesiones presente en cada una de estas regiones, por lo que, no resulta adecuada emplearla para valorar la respuesta al tratamiento o para el seguimiento de la patología⁴. En esta escala distinguimos tres estadios o niveles de gravedad (I, II, III) en función del número de abscesos y de la presencia de fístulas y cicatrices^{3,4}.

Tabla 1. Estadios de Hurley, 1989. Características clínicas y prevalencia de los estadios I, II y III.⁴

Estadio	Abscesos	Fístulas/cicatrices	Prevalencia
I	1 o más	0	7-68%
II	Separados en el espacio y recurrentes	Escasos	28-83%
III	Múltiples	Múltiples	4-22%



Figura 7. Estadios de Hurley, 1989. De izquierda a derecha estadios de Hurley I, II y III.¹⁰

Además de esta clasificación contamos con otras como la puntuación de Sartorius, en la que se valoran la región anatómica, el tipo de las lesiones, la distancia entre lesiones y la presencia de piel sana separando las lesiones. Esta medición por puntuaciones permite a diferencia de la de Hurley, evaluar la respuesta terapéutica.

Tabla 2. Puntuación de Sartorius. Puntuación de Sartorius a partir de las regiones afectadas, el tipo de lesiones y la distancia entre lesiones.⁴

Puntos	Puntos
<p>Axila derecha</p> <p>Nódulos y fístulas</p> <p>Distancia máxima</p> <p>Hurley III sí/no</p>	<p>Axila izquierda</p> <p>Nódulos y fístulas</p> <p>Distancia máxima</p> <p>Hurley III sí/no</p>
<p>Ingle derecha</p> <p>Nódulos y fístulas</p> <p>Distancia máxima</p> <p>Hurley III sí/no</p>	<p>Ingle izquierda</p> <p>Nódulos y fístulas</p> <p>Distancia máxima</p> <p>Hurley III sí/no</p>
<p>Región glútea derecha</p> <p>Nódulos y fístulas</p> <p>Distancia máxima</p> <p>Hurley III sí/no</p>	<p>Región glútea izquierda</p> <p>Nódulos y fístulas</p> <p>Distancia máxima</p> <p>Hurley III sí/no</p>
<p>Otras localizaciones</p> <p>Nódulos y fístulas</p> <p>Distancia máxima</p> <p>Hurley III sí/no</p>	<p>Suma total</p>

Otra de las clasificaciones existentes, y la más empleada en los ensayos clínicos para valorar la respuesta terapéutica, es la HS-PGA (Hidradenitis Suppurativa Physician Global Assesment) que se traduce como Evaluación global efectuada por el facultativo. En esta clasificación se establecen seis grados de gravedad teniendo en cuenta el total de abscesos, fístulas, nódulos inflamatorios y nódulos no inflamatorios de las áreas afectadas^{1,4}.

Tabla 3. Gravedad de la enfermedad caracterizada por HS-PGA en 6 grados. ABS: abscesos, DF: fistula drenante, IN: nódulos inflamatorios, NIN: nódulos no inflamatorios. ⁴

Categoría	Descripción
Sin lesiones	0 ABS, 0 DF, 0 IN, 0 NIN
Mínimo	0 ABS, 0 DF, 0 IN, ≥ 1 NIN
Leve	0 ABS, 0 DF, < 5 IN 1 (ABS o DF), 0 IN
Moderado	0 ABS, 0 DF, ≥ 5 IN 1 (ABS o DF), ≥ 1 IN 2-5 (ABS o DF), < 10 IN
Severo	2-5 (ABS o DF), ≥ 10 IN
Muy severo	> 5 (ABS o DF)

Por último, aunque no se trate de una clasificación como tal, encontramos el HiSCR (Hidradenitis Suppurativa Clinical Response) que se traduce como Respuesta clínica en HS. Se trata de un parámetro de medición de la respuesta al tratamiento que pretende cuantificar la gravedad del cuadro y determinar un objetivo clínico⁴.

1.6 COMORBILIDADES

Existe poca literatura^{4,5,7} acerca de la HS y sus comorbilidades, aunque parece que se asocia a un elevado número de patologías, algunas de ellas con un mecanismo fisiopatológico o una base genética común a la de la hidradenitis^{1,4,5,7}.

Se ha descrito una asociación entre la hidradenitis y trastornos autoinmunes e inflamatorios como son la enfermedad inflamatoria intestinal, el síndrome de Sjögren y el síndrome SAPHO (sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis y osteítis). La probabilidad de desarrollar hidradenitis en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal es hasta 9 veces mayor a la de población general⁷. Además, la hidradenitis se ha relacionado con un aumento de la incidencia de artritis y espondiloartropatías HLA-B27 negativas, coincidiendo los brotes de estas patologías con los de hidradenitis y observándose una mejoría al administrar el tratamiento para la hidradenitis⁷.

Otra de las asociaciones de la hidradenitis es con la obesidad, ya mencionada como agente agravante del cuadro, y con el síndrome metabólico. El síndrome metabólico

se diagnostica a partir de la presencia de 3 de 5 criterios que incluyen; hipertensión arterial (>130/85 mmHg tratamiento farmacológico), niveles de colesterol HDL bajos (<50 mg/dl en mujeres y <40mg/dl en varones), obesidad central (perímetro abdominal >88 cm en mujeres y >102 cm en varones), hipertrigliceridemia (>150mg/dl o en tratamiento farmacológico) y glucemia en ayunas >100 mg/dl o diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada previamente. La diabetes está presente en un 5-20% de los pacientes con hidradenitis, mientras que la hiperglucemia se describe en un 26% y a intolerancia a la glucosa en un 39%. En cuanto a las alteraciones lipídicas, en un 33-54% de los afectados por hidradenitis se han observado niveles bajos de HDL. Respecto a la hipertensión, no se ha logrado establecer una relación estadísticamente significativa con la hidradenitis^{2,7}.

Dada la mayor prevalencia de la hidradenitis en mujeres, se ha planteado el papel de las hormonas y su implicación en la patogénesis de la enfermedad, existiendo estudios que afirman la correlación entre la hidradenitis y el síndrome de ovario poliquístico⁷.

La hidradenitis forma parte de la tetrada de oclusión folicular junto con el quiste pilonidal, el acné conglobata y la celulitis disecante del cuero cabelludo, siendo la prevalencia de esta tetrada folicular un 6%. La coexistencia de acné vulgar con hidradenitis se aprecia en un 13-36% de los pacientes, habiéndose dado un cuadro de acné vulgar previo en un 23-44% de los sujetos con HS. Por último, dentro de las enfermedades dermatológicas relacionadas con la HS encontramos el pioderma gangrenoso que puede aparecer individualmente o dentro de los síndromes como el PAPA (artritis piógena, pioderma gangrenoso y acné), el PASH (pioderma, acné e HS), el PAPASH (se añade a los anteriores la artritis piogénica) y el PsPAPASH (artritis psoriásica, pioderma, acné e HS)^{1,2,4,7}.

El desarrollo de cáncer cutáneo no melanoma en los pacientes con HS podría explicarse como una complicación de la inflamación crónica que provoca esta patología (**Figura 6**). Aunque la prevalencia de este tipo de neoplasia en los pacientes con HS va desde un 0.5 hasta un 4.6%, no se puede afirmar que exista una relación clara entre ambas entidades. En algunos pacientes, tras 25 años con HS en la región glútea o perineal, se ha reportado el desarrollo de carcinomas epidermoides en

la zona lesionada. (9) Además del carcinoma epidermoide, algunos estudios hablan del posible desarrollo de linfomas cutáneos como comorbilidad asociada a la HS^{1,4}.



Figura 8. Hurley III. Carcinoma epidermoide. Desarrollo de carcinoma epidermoide en la zona glútea de HS tras 33 años de enfermedad. Imagen obtenida del Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Basurto.

Respecto al hábito tabáquico, se ha establecido^{4,5,7} una relación entre la gravedad del cuadro de HS y el tabaquismo. Se habla del tabaco como una comorbilidad y también como un factor agravante de HS. En estos estudios^{5,7} se ha observado que existe una mayor tasa de remisión de HS en aquellos pacientes que no fuman. No parece existir una asociación significativa con la HS y una mayor prevalencia del consumo de alcohol y drogas^{2,7}.

Por último, cabe mencionar la existencia de una importante comorbilidad psiquiátrica y un deterioro de la calidad de vida en los pacientes con HS, aspectos que se detallarán más adelante en el apartado 1.8 Enfermedad y calidad de vida.

1.7 TRATAMIENTO

La HS es una patología en la que el tratamiento debe pautarse de forma individual para cada uno de los pacientes, teniendo en cuenta la gravedad del cuadro y que, por su amplia comorbilidad y heterogenicidad clínica, requiere de una buena comunicación y colaboración por parte de los diferentes profesionales sanitarios.

Dentro del abordaje inicial se plantean unas medidas generales relacionadas con los diferentes factores de riesgo y agravantes de la HS: evitar el tabaco, el uso de desodorantes que resulten irritantes o las técnicas de depilación agresivas, aconsejándose la depilación láser, controlar el peso, vestir ropa holgada, mantener una buena higiene especialmente en las localizaciones afectadas y controlar los factores de riesgo cardiovascular. Además, dado el impacto de la enfermedad se recomienda ofrecer al paciente un apoyo psicológico¹¹.

En los casos leves o estadio Hurley I, el tratamiento de elección será tópico, con clindamicina o resorcinol, pudiéndose emplear también corticoides tópicos³.

En caso de encontrarnos ante enfermedad moderada o grave, Hurley II y Hurley III respectivamente, se pautará un tratamiento personalizado que incluya corticoides intralesionales, como el acetónido triamcinolona, junto con el empleo de diferentes tratamientos sistémicos^{3,4}.

Dentro de los tratamientos sistémicos más empleados encontramos la combinación de clindamicina oral con rifampicina, como antibioterapia oral (300mg/24h de ambos antibióticos en ciclos de no más de 12 semanas), el uso de sulfonas con efecto antibacteriano y antiinflamatorio como la dapsona, de retinoides como la acitretina en los casos en los que aparezca la hiperplasia psoriasiforme y finalmente, el empleo de tratamientos biológicos anti-TNF α , siendo adalimumab el fármaco de mayor evidencia científica y el único recomendado por la Asociación Europea del Medicamento para el tratamiento de la HS^{3,4}.

El tratamiento quirúrgico se considera una indicación en los nódulos aislados, las fístulas delimitadas, y en los casos extensos y graves que no respondan al tratamiento previamente mencionado. Las técnicas quirúrgicas utilizadas actualmente son la incisión y drenaje, el derroofing o exposición del lecho inflamatorio y marsupialización, la extirpación localizada y la extirpación amplia. Los resultados de este tratamiento quirúrgico parecen ser buenos en los casos leves mientras que en las formas que asocian un gran componente inflamatorio la tendencia a recidivar es alta¹¹.

Es importante que al tratamiento escogido se añada un tratamiento de los síntomas haciendo especial hincapié en el abordaje del dolor, inicialmente a través de

antiinflamatorios. Al tratamiento sintomático del dolor debe sumarse el del prurito otros de los síntomas más frecuentes en los pacientes con HS que será tratado con corticoides tópicos o antihistamínicos orales^{3,4}.

La complejidad de la hidradenitis junto con la variedad de mecanismos implicados en su patogénesis y el deterioro de la salud global de los pacientes, requieren de una mayor investigación, así como de una atención individualizada, especializada y multidisciplinar que permita limitar el impacto de la enfermedad.

1.8 ENFERMEDAD Y CALIDAD DE VIDA

Se ha demostrado que los sujetos que padecen HS refieren un marcado empeoramiento de su calidad de vida. La evaluación de la calidad de vida en los pacientes con HS se realiza a partir de cuestionarios como el Dermatology Life Quality Index (DLQI). El DLQI es el cuestionario de calidad de vida más utilizado en Dermatología, ya que es el único validado para numerosas patologías cutáneas, pero adolece de especificidad para la mayoría de ellas. Al realizar este cuestionario, se ha observado que los afectados por hidradenitis obtienen puntuaciones superiores a otras enfermedades dermatológicas como la psoriasis o la dermatitis atópica¹². Los pacientes refieren un impacto en la CdV similar al de pacientes con cáncer, patología hepática, enfermedades cardiovasculares y patología pulmonar obstructiva crónica¹³.

Los factores de mayor impacto en la calidad de vida de los pacientes de hidradenitis descritos por los propios pacientes son: el dolor crónico, la desfiguración provocada por las lesiones, las cicatrices, el mal olor, el exudado y el deterioro de la vida sexual. Estos elementos contribuyen al aislamiento social de los sujetos afectados, así como al absentismo escolar y/o laboral^{1,12-14}.

Junto al DLQI se han desarrollado otros cuestionarios como el Hidradenitis Suppurativa Symptom Assesment (HSSA) y el Hidradenitis Suppurativa Impact Assesment (HSIA) que han demostrado ser de utilidad a la hora de evaluar en profundidad la calidad de vida de los pacientes con HS¹⁴ pero que todavía no están validadas ni traducidas al castellano. En estos cuestionarios se interroga al paciente acerca de signos y síntomas de la HS, muchos de los cuales no se recogen en el DLQI como el enrojecimiento, la sensibilidad de la región afectada, la inflamación,

la sensación de endurecimiento y de quemazón, el picor, el mal olor, la presión, el escozor o el aumento de temperatura y se valora la relación con aspectos de la vida diaria del paciente.

A la repercusión emocional de la enfermedad, se suma la comorbilidad psiquiátrica de la misma, agravando la situación de los pacientes. Dos de las patologías psiquiátricas que aparecen asociadas a los afectados por HS, son la depresión y la ansiedad. Se habla de depresión en hasta un 43% de los pacientes con HS, habiéndose observado una relación entre la severidad de la patología y la presencia de depresión^{13,15}. La ansiedad en los pacientes con HS aparece asociada al temor por revelar accidentalmente las cicatrices que deja la enfermedad, o por la posibilidad de que otros perciban el mal olor de las lesiones¹².

Se ha descrito una mayor ideación suicida entre los pacientes que padecen HS junto a baja autoestima, sentimiento de soledad y vergüenza y estigmatización, provocada por la visibilidad de las lesiones^{13,15}. El rechazo social se manifiesta en la percepción por parte de los afectados, de una disminución del contacto físico que aumenta esta sensación de soledad y el aislamiento. A nivel económico, la afectación se produce por el coste del tratamiento, el tiempo que requiere llevar a cabo los cuidados de las lesiones y la abstinencia laboral que se ve aumentada en estos pacientes¹².

La existencia de estas comorbilidades plantea la importancia del apoyo psicológico y el tratamiento multidisciplinar a la hora de abordar esta patología.

2.OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es medir mediante el DLQI la repercusión sobre la calidad de vida (CdV) en pacientes con HS controlados en el Servicio de Dermatología, conocer si existe una asociación entre el impacto sobre la calidad de vida y la gravedad de esta enfermedad, y si dicha herramienta es útil para cumplir estas tareas en nuestros pacientes.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio prospectivo transversal ha incluido los pacientes adultos con HS que se controlan en la Unidad de HS durante el primer trimestre de 2019. Los pacientes han sido clasificados según la gravedad clínica de la enfermedad empleando la escala de 3 grados propuesta por Hurley. El deterioro de la CdV se determinará por medio de la versión validada en español del Índice de Calidad de Vida Dermatológico (DLQI).

Se ha obtenido el visto bueno del Comité de Ética e Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitario Basurto (HUB) y los pacientes han leído y formado un consentimiento informado (ver anexos) previo a su inclusión en el estudio.

Del total de pacientes (n=50) a los que se les ha realizado el cuestionario se han recogido datos acerca de género, edad, edad al diagnóstico de HS, zonas afectadas por la HS, estadio de Hurley, hábito tabáquico y peso y talla con los que se calculó el IMC de los pacientes.

El cuestionario DLQI se compone de 10 preguntas relacionadas con la calidad de vida del sujeto que hacen referencia a la última semana. La puntuación varía de 0 a 30, considerándose una puntuación > de 10 como una marcada afectación en la calidad de vida del paciente.

Tabla 4. Cuestionario DLQI sobre Calidad de vida. Mucho= 3 Bastante = 2 Un poco = 1 Nada = 0 Valor máximo = 30 Valor mínimo = 0

1	Durante los últimos 7 días, ¿ha sentido picor, dolor o escozor en la piel?	<input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Nada	
---	--	--	--

2	Durante los últimos 7 días, ¿se ha sentido incómodo/a o cohibido/a debido a sus problemas de piel?	<input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Nada	
3	Durante los últimos 7 días, ¿le han molestado sus problemas de piel para hacer la compra u ocuparse de la casa (o del jardín)?	<input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Sin relación
4	Durante los últimos 7 días, ¿han influido sus problemas de piel en la elección de la ropa que lleva?	<input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Sin relación
5	Durante los últimos 7 días, ¿han influido sus problemas de piel en cualquier actividad social o recreativa?	<input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Sin relación
6	Durante los últimos 7 días, ¿ha tenido dificultades para hacer deporte debido a sus problemas de piel?	<input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Sin relación
7	Durante los últimos 7 días, ¿sus problemas de piel le han impedido totalmente trabajar o estudiar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sin relación
	Si la respuesta es "Sí": Durante los últimos 7 días, ¿le han molestado sus problemas de piel en su trabajo o en sus estudios?	<input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Nada	
8	Durante los últimos 7 días, ¿sus problemas de piel le han ocasionado dificultades con su pareja, amigos íntimos o familiares?	<input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Sin relación
9	Durante los últimos 7 días, ¿le han molestado sus problemas de piel en su vida sexual?	<input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Un poco	<input type="checkbox"/> Sin relación

		<input type="checkbox"/> Nada	
10	Durante los últimos 7 días, ¿el tratamiento de su piel le ha ocasionado problemas, por ejemplo, ocupándole demasiado tiempo o ensuciando su domicilio?	<input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Sin relación

A la hora de realizar el análisis estadístico, en las variables cualitativas como género, localización de la HS y hábito tabáquico, se llevó a cabo un estudio de la frecuencia, realizándose un recuento del número de sujetos en las diferentes categorías a partir del cual se calcularon los porcentajes. Por otro lado, en variables cuantitativas como edad, edad al diagnóstico, puntuación obtenida en el DLQI, peso, altura e IMC se calcularon media, mediana, percentil 25, percentil 75, mínimo, máximo y desviación estándar.

Para el estudio de correlaciones se emplearon tanto pruebas paramétricas como no paramétricas.

Como pruebas no paramétricas, empleadas en los casos en los que las muestras eran pequeñas o se querían analizar variables cualitativas, se utilizaron para la comparación de medias entre 2 grupos la U de Mann-Whitney y el test de Wilcoxon.

Para el análisis y comparación de medias entre 3 o más grupos como el DLQI y otros como el género, la localización de las lesiones, el estadio de Hurley, el IMC y el hábito tabáquico se empleó el ANOVA.

Para el análisis de asociación entre variables cuantitativas como la puntuación en el DLQI y la edad actual de los sujetos, así como la relación entre la puntuación del DLQI y la edad al diagnóstico de HS, se han empleado correlación de Pearson y la Rho de Spearman para variables ordinales o que no cumplieran criterios de normalidad.

Para todas las pruebas realizadas se estableció un nivel de significación en 0.05. El programa empleado para la realización del análisis estadístico fue el SPSS. Iñigo Gorostiza Hormaetxe de la Unidad de Docencia e Investigación nos ayudó con esta parte del trabajo.

4.RESULTADOS

Tal y como se muestra en la **Figura 9** del total de 50 sujetos a los que se les realizó el cuestionario 17 (34%) fueron hombres y 33 (66%) mujeres.

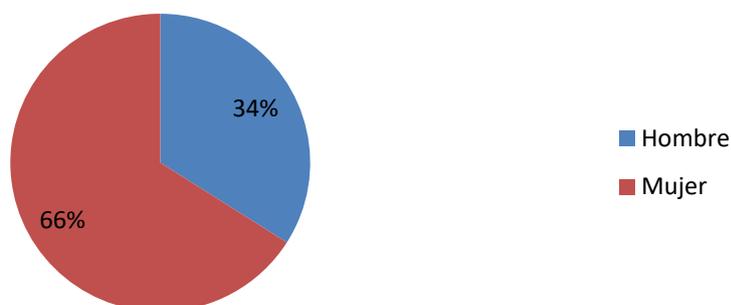


Figura 9. Frecuencia y porcentaje de mujeres y hombres afectados por HS.

La edad media de los pacientes encuestados fue de 44.82 años (**Figura 10**) y la edad media al diagnóstico de la enfermedad 30.92 años (**Figura 11**).

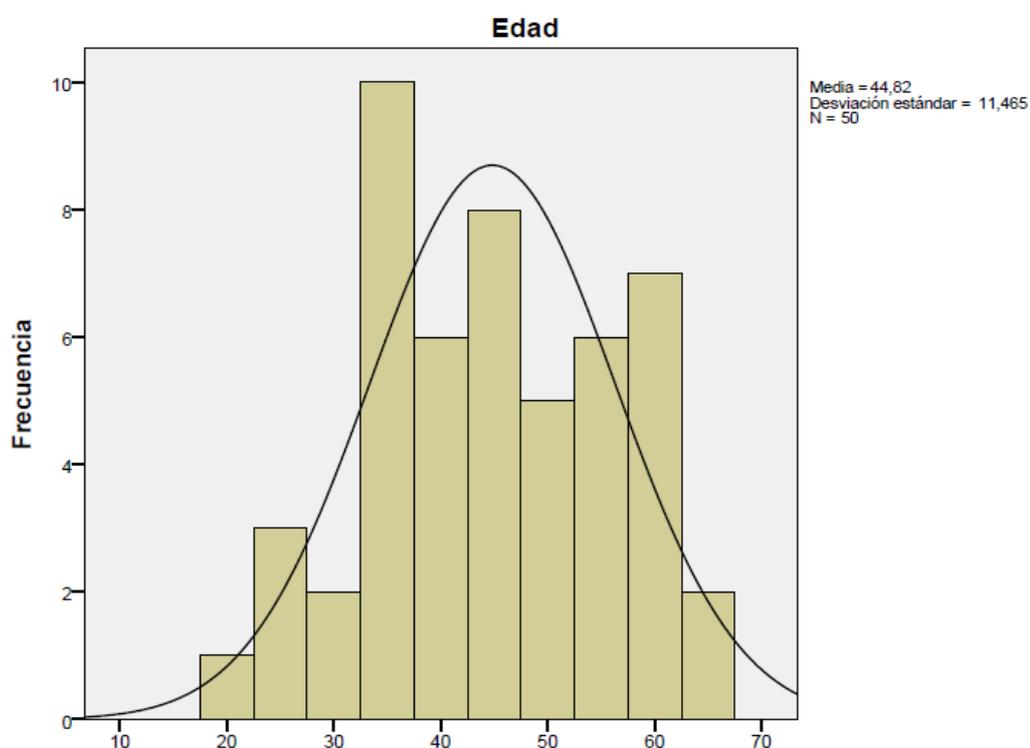


Figura 10. Edad actual. Media (44,82) en años y desviación estándar (11,465) de la edad actual de los 50 pacientes encuestados.

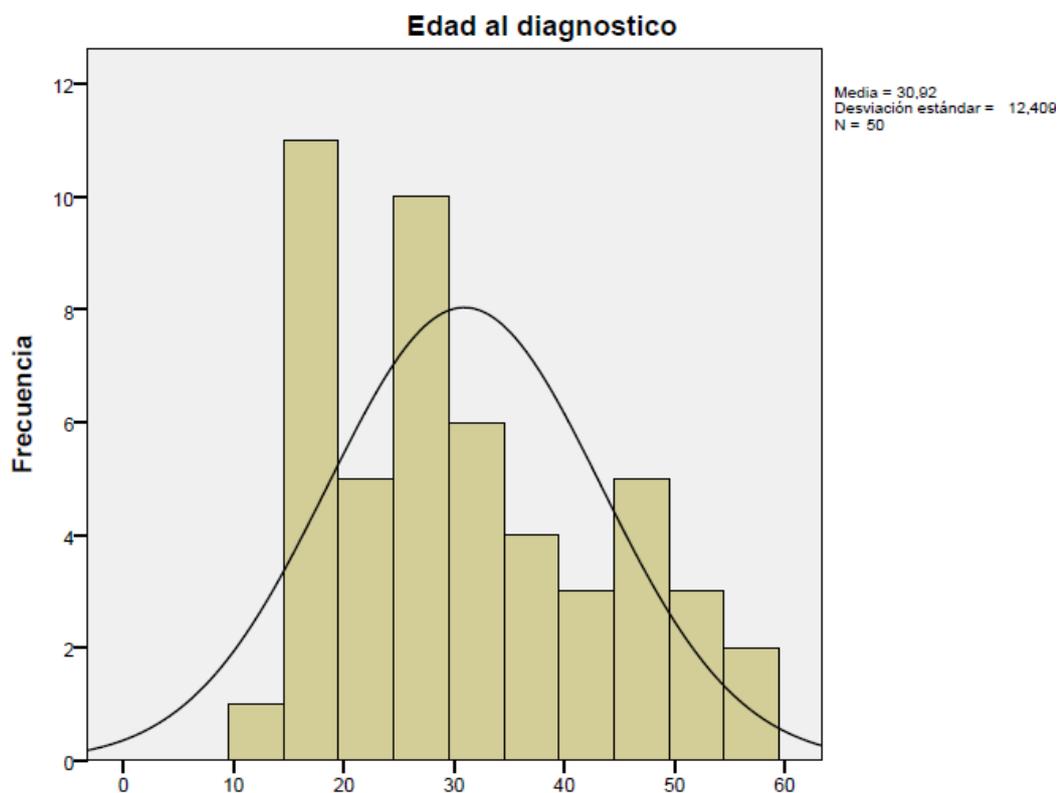


Figura 11. Edad al diagnóstico. Media (30,92) en años y desviación estándar (12,409) de la edad al diagnóstico de HS de los 50 pacientes encuestados.

Respecto a la localización de la hidradenitis, 37 pacientes presentaban HS en ingles (74%), 29 pacientes en axilas (58%), 13 pacientes en glúteos (26%), 11 pacientes en periné (22%), 10 pacientes en región inframamaria (20%) y 10 pacientes del total de 50 en otras localizaciones (20%). Dentro del grupo de otras localizaciones (n=10) se ha descrito afectación por HS en abdomen, cintura, espalda, región infraumbilical, muslos, nuca, pubis y labios mayores, pene y testículos. (**Figura 12**)

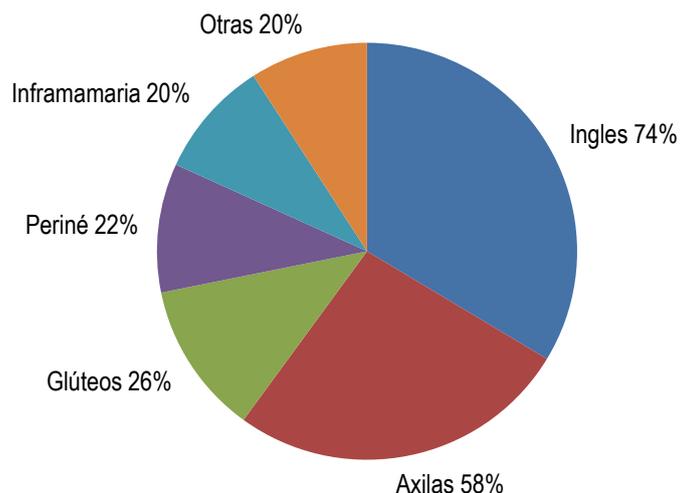


Figura 12. Localización de HS. Porcentaje respecto del total de pacientes (n=50) que presentan afectación por HS en ingles, axilas, glúteos, periné, región inframamaria y otras.

A la hora de distribuir a los pacientes por estadios se empleó la clasificación de Hurley, ya que es la utilizada en la práctica clínica habitual. Del total de pacientes 25 correspondían al grado I (50%), 21 al grado II (42%) y 4 al grado III (8%). (Figura 13).

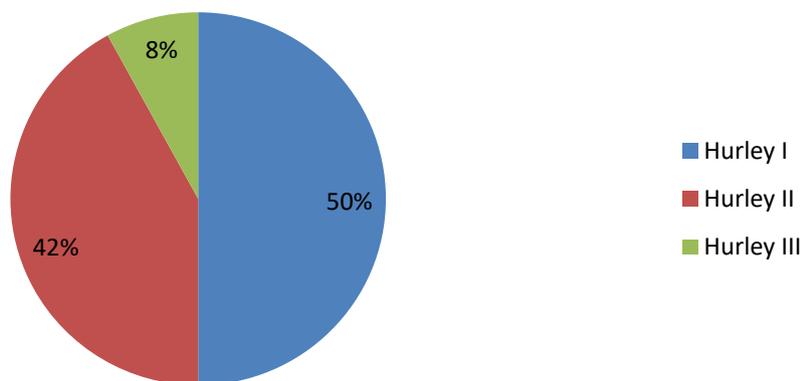


Figura 13. Grados de Hurley. Porcentaje de pacientes del estudio con grados I, II y III de Hurley.

En relación a la obesidad y/o sobrepeso recogimos el IMC de 47 pacientes (en 3 pacientes no se pudo obtener ese dato). Solo un paciente tenía un IMC <18.5 o bajo peso (2,1%), 9 sujetos con IMC entre 18,5 y 24.99 o normopeso (19.1%), 22 con IMC entre 25 y 29.99 o sobrepeso (46,8%), 7 con IMC entre 30 y 34,99 u obesidad grado I (14.9%), 3 con IMC entre 35 y 39,99 u obesidad grado II (6,4%) y finalmente 5 pacientes con IMC superior a 40 u obesidad grado III (10,6%). **Figura 14.**

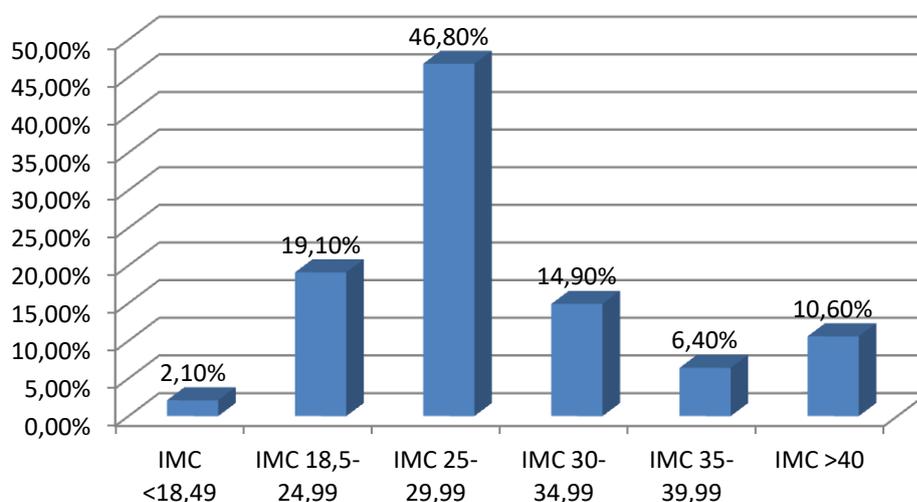


Figura 14. Índice de masa corporal (IMC). Porcentaje de pacientes con bajo peso (2,1%), normopeso (19.1%), sobrepeso (46,8%), obesidad grado I (14.9%), obesidad grado II (6,4%) y obesidad grado III (10,6%).

Al igual que la obesidad el tabaco juega un papel muy importante como agravante de la HS por lo que se estudió el tabaquismo en los 50 sujetos que completaron el cuestionario. Se clasificó a estos pacientes en; 37 fumadores (74%), 7 exfumadores (14%) y 6 no fumadores (12%).(Figura 15)

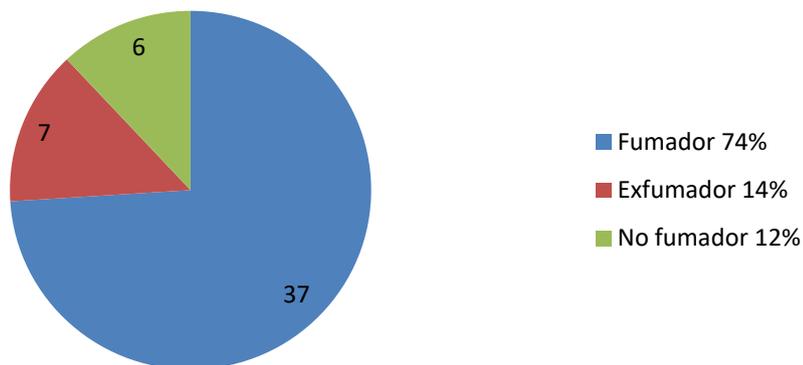


Figura 15. Hábito tabáquico. Porcentaje de pacientes fumadores(74%), exfumadores (14%) y no fumadores (12%).

La media de puntuación de los cuestionarios DLQI contestados por los 50 pacientes fue de 10,06 puntos, la mediana 6,50 puntos y la desviación estándar 9,724. (**Figura 16**).

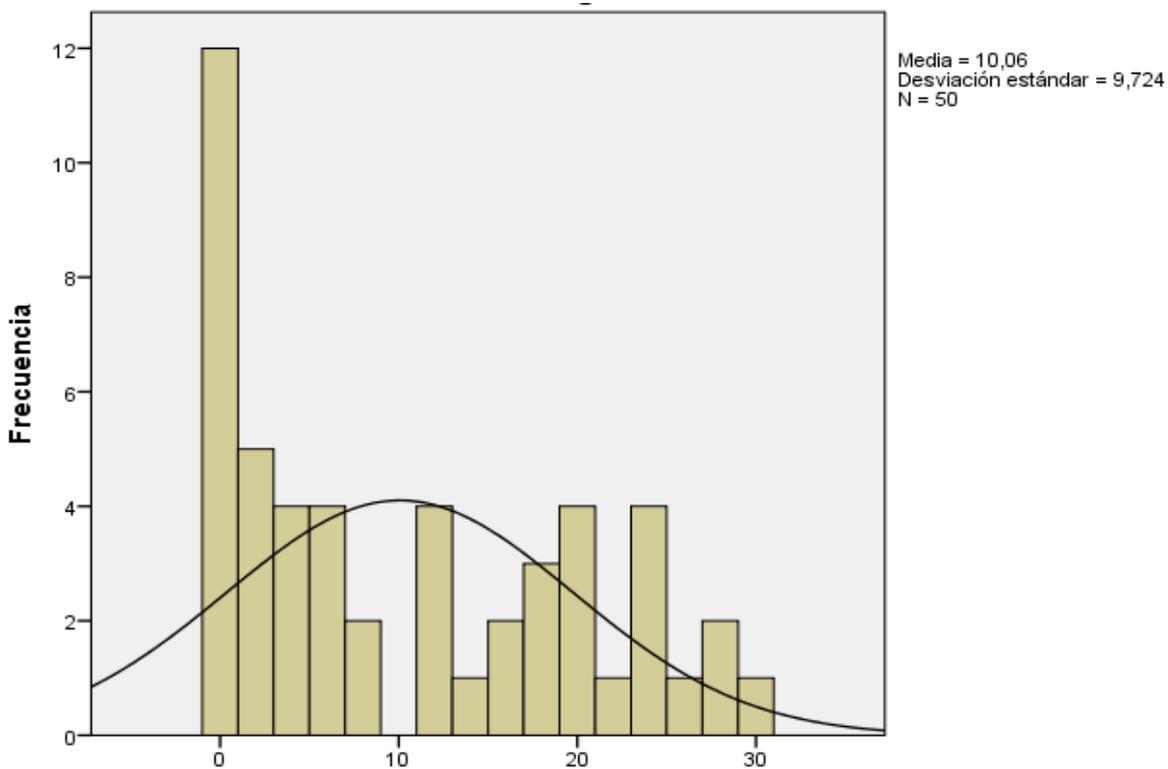


Figura 16. DLQI. Resultados de puntuación del cuestionario en los 50 sujetos del estudio, media de puntuación y desviación estándar.

A partir de la puntuación obtenida DLQI se clasificó a los sujetos en 4 categorías. A quienes obtuvieron una puntuación entre 0 y 1 se consideró que la HS no afectaba a su CdV. Los casos en los que la puntuación oscilaba entre 2 y 5, se clasificaron como escasa afectación de la CdV. Las puntuaciones entre 6 y 10 se relacionaron con una afectación moderada de la CdV. Por último, se establece que la CdV está afectada por la enfermedad con puntuaciones superiores a 10 en el DLQI.

De los pacientes estudiados 17 (34%) obtuvieron puntuaciones entre 0-1, otros 6 pacientes (12%) sacaron puntuaciones entre 2 y 5 y el resto de pacientes un total de 23 personas (46%) pertenecen al grupo con puntuaciones superiores a 10 en el DLQI, correspondientes a una mala CdV en relación a la enfermedad. (**Figura 17**)

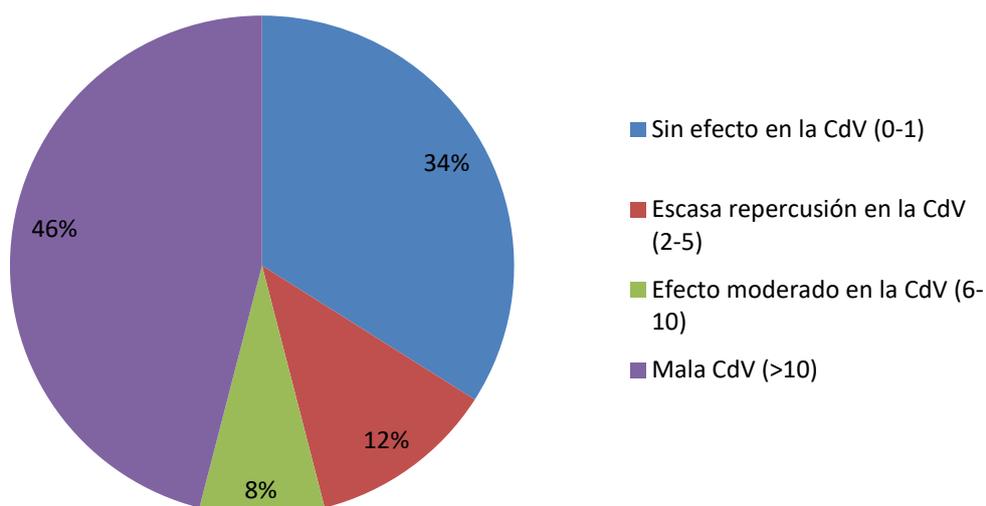


Figura 17. Afectación de HS en la calidad de vida según DLQI. Porcentaje de pacientes en cada uno de los rangos de afectación de la CdV. Sin efecto en CdV (34%), escasa repercusión en CdV (12%), efecto moderado en CdV (8%) y mala CdV (46%).

Se sabe que la proporción de HS es mayor en mujeres y en este estudio se ha valorado la media de puntuación del DLQI en el total de hombres y de mujeres. La media de puntuación en hombres fue de 8,53 y en mujeres de 10,85 puntos, con una desviación estándar de 9,599 y de 9,840 respectivamente. A la hora de estudiar la correlación entre el resultado en el DLQI y el género de los pacientes, mediante el

empleo de pruebas como el ANOVA y pruebas no paramétricas como la W de Wilcoxon y la U de Man -Whitney, no se pudo demostrar una asociación significativa ($p=0,307$, $p>0.05$).

Tampoco se encontró una asociación significativa ($p= 0,115$, $p>0,05$) al emplear el coeficiente de correlación de Pearson para valorar la relación entre la edad actual de los pacientes y el resultado en el DLQI. Sin embargo, sí que parece existir asociación si empleamos pruebas no paramétricas, como la Rho de Spearman, obteniendo un $p=0,027$, es decir, $p<0.05$, lo que indica una correlación significativa entre ambos parámetros, siendo la relación inversa, es decir, a menor edad mayor puntuación en el cuestionario y por tanto, peor CdV. No obstante, al valorar con ambas pruebas, la asociación entre la edad al diagnóstico y el resultado en el DLQI no se obtuvo una relación significativa ($p>0.05$).

Se decidió valorar la existencia de una asociación entre el área o región afectada por HS, y el impacto en la CdV, según la puntuación obtenida en el cuestionario DLQI. Ninguna de las localizaciones estudiadas, siendo éstas; axilas, región inframamaria, ingles, glúteos y periné, ha presentado una asociación significativa con la puntuación obtenida en el DLQI ($p>0.05$).

A la hora determinar el impacto en la CdV de la HS, se consideró importante buscar la existencia de una posible correlación entre el estadio de la patología (Hurley I, II y III) y la puntuación obtenida en el DLQI. Se observó que la media de puntuación en el grupo de pacientes correspondientes al estadio Hurley I ($N=25$), fue de 9,60 puntos, la media en el grupo correspondiente a Hurley II ($N=21$) fue de 10,86 puntos y la media de puntuación en el estadio Hurley III ($N=4$) fue de 8,75 (**Tabla 5**). No se hallaron asociaciones significativas entre el estadio de Hurley y la puntuación obtenida en el DLQI ($p>0.05$).

Tabla 5. DLQI y Estadios de Hurley. Se muestran los 3 estadios de Hurley (I, II y III), la media de puntuación obtenida en el DLQI, el número de sujetos correspondiente a cada estadio (N) y la desviación estándar.

Estadio	Media	N	Desviación estándar
Hurley I	9,60	25	8,756
Hurley II	10,86	21	10,584
Hurley III	8,75	4	13,251

Se trató de valorar la existencia de una correlación entre la puntuación del DLQI y el IMC dada la comorbilidad de la obesidad descrita en los estudios consultados, pero no se hallaron asociaciones significativas entre IMC y el resultado del DLQI ($p>0.05$)

Por otro lado, sabiendo la importancia del tabaco como factor implicado en la etiopatogenia de la HS, agravando la patología, se recogieron los datos del DLQI en los grupos de fumadores, no fumadores y exfumadores. Tanto en el grupo de no fumadores (N=6) como en el de exfumadores (N=7), la media de puntuación obtenida en el cuestionario fue de 10 puntos, mientras que en el grupo mayoritario, el de fumadores (N=37), la media fue de 10,08 (**Tabla 6**). No se hallaron asociaciones significativas entre el hábito tabáquico de los pacientes y la puntuación obtenida en el DLQI ($p>0.05$).

Tabla 6. DLQI y hábito tabáquico. Se muestra la media de puntuación obtenida en el DLQI, el número de sujetos correspondiente a cada grupo (N) y la desviación estándar, en los pacientes no fumadores, exfumadores y fumadores del estudio-

Tabaco	Media	N	Desviación estándar
No fumador	10,00	6	9,899
Exfumador	10,00	7	7,211
Fumador	10,08	37	10,316

5.DISCUSIÓN

El 34% de los pacientes del estudio son hombres frente al 66% de mujeres. Esto apoya lo afirmado en otros estudios acerca de una prevalencia superior de la HS en mujeres. La relación de prevalencia descrita en la bibliografía consultada habla de una prevalencia 3:1^{2,4}, mientras que en nuestro estudio la prevalencia de HS es de 2:1 de mujeres respecto de los hombres. El hecho de que no se llegue a alcanzar la proporción de 3:1 podría explicarse por el tamaño de la muestra empleado (N=50), que aunque es reducido ha resultado ser suficiente para confirmar este hecho.

La media de edad de los 50 pacientes ha sido de 44,82 años. Los datos se acercan aunque no coincidan exactamente con los de la bibliografía que describe un pico de actividad máxima en la etapa comprendida entre los 20 y los 40 años^{3,4}.

Por otra parte, la de edad media al diagnóstico de HS de los pacientes fue de 30,92, cuando en la literatura se describe el inicio de la enfermedad y su diagnóstico en la etapa posterior a la pubertad. Al igual que lo sucedido con el género de los participantes, un aumento del tamaño muestral podría solventar la falta de coincidencia entre los datos del estudio y los de la bibliografía consultada. Así mismo, esta diferencia respecto a la edad al diagnóstico se explicaría por el retraso en el diagnóstico bien por la tardanza en acudir de los propios pacientes o a la hora de derivar al servicio de Dermatología por parte de Atención Primaria, ambos hechos mencionados en algunos de los artículos consultados donde se habla de un retraso de hasta 7 años⁶ o de un mal diagnóstico de la enfermedad que es confundida con otras patologías³.

La localización más frecuentemente afectada, presente en un 74% de los sujetos, fueron las ingles, seguidas en frecuencia por axilas, 58%, y glúteos, 26%. Estos datos coinciden con la literatura que describe como áreas afectadas por la HS las zonas intertriginosas corporales⁴.

El estadio más prevalente, entre los pacientes incluidos en el estudio es el de menor severidad, Hurley I descrito en la mitad de los sujetos (50%). El grado moderado o Hurley II, aparece en 21 pacientes (42%), mientras que en la muestra solo encontramos 4 sujetos (8%) con el grado de mayor severidad o Hurley III. La

prevalencia de los diferentes grados de severidad de nuestro estudio coincide exactamente con la descrita en la literatura donde se habla de una prevalencia entre 7 y 68% de Hurley I, entre 28 y 83% del Hurley II y de entre 4 y 22% de Hurley III⁴. Aunque los rangos de prevalencia sean amplios y en el estudio los porcentajes obtenidos se incluyan dentro de este rango, el escaso número de pacientes afectados por Hurley III, tan solo 4 sujetos, dificulta el objetivo del estudio de relacionar severidad de la HS con CdV. Esto podría solventarse aumentando el tamaño muestral.

Como factor muy asociado a la HS, en la literatura, se habla de un IMC aumentado y de una prevalencia de hasta un 75% de sobrepeso u obesidad entre los pacientes de HS¹⁻⁷. Entre los 47 sujetos de los que se pudo obtener información acerca de su IMC, la media de éste fue de 30, la prevalencia de sobrepeso fue de 46,8%, la de obesidad 31,9%, siendo un 14.9% obesidad grado I, un 6,4% obesidad grado II y un 10,6% obesidad grado III. La suma de ambos porcentajes (sobrepeso y obesidad) daría una prevalencia del 78,7 % que coincide con lo previamente mencionado y avala la existencia de sobrepeso y obesidad como una más que probable comorbilidad asociada a la HS.

Respecto al hábito tabáquico el 74% de los sujetos (N=37) son fumadores, lo que coincide con los datos de los artículos consultados en los que se habla de entre un 70 y 88.9% de fumadores^{3,4,8}.

La media de puntuación en el cuestionario DLQI fue de 10,06 puntos con una desviación estándar de 9,724. Esta puntuación media en el DLQI es similar a la obtenida en otros estudios de $11,43 \pm 6,61$ puntos¹². De los sujetos estudiados 17 (34%) obtuvieron puntuaciones entre 0-1, es decir, no vieron su CdV afectada por la HS. Otros 6 (12%) sacaron puntuaciones entre 2 y 5 correspondientes a una afectación escasa de la CdV. El resto de sujetos, un total de 23 personas (46%) pertenecen al grupo con puntuaciones superiores a 10 en el DLQI, correspondientes a una mala CdV. Frente a lo encontrado en nuestro estudio, tenemos los datos recogidos la investigación realizada por Kouris A, Platsidaki E, Christodoulou C, et al, donde se habla de un 20,21% de pacientes con HS que describieron una

afectación baja de su CdV, un 24,47% de pacientes con un impacto moderado en su CdV, un 41,49% de pacientes con un impacto importante en su CdV.

La media de puntuación del cuestionario DLQI en hombres fue de 8,53 y en mujeres de 10,85 puntos, con una desviación estándar de 9,599 y de 9,840 respectivamente, sin hallarse una diferencia significativa ($p>0.05$) en la puntuación obtenida asociada al género, mientras que en el estudio de Kouris A, Platsidaki E, Christodoulou C, et al, se habla de que las participantes obtuvieron una media de $12,94\pm 7,24$ puntos frente a los hombres que obtuvieron una media de puntuación de $9,63\pm 5,31$ puntos, demostrando la existencia de una asociación significativa entre el género y el impacto de la HS en la CdV ($p=0.01$).

En los resultados obtenidos se observó la existencia de una correlación significativa entre la edad de los sujetos y la puntuación obtenida en el DLQI, siendo la relación inversa, es decir, a menor edad mayor puntuación en el cuestionario y por tanto, peor CdV. Esta correlación no ha aparecido reflejada en la literatura consultada por lo que sería interesante tener en cuenta la edad y valorarla en relación con la CdV de cara a futuros estudios. Por otra parte, podría presuponerse que al ser la HS una enfermedad crónica y recidivante, y, teniendo en cuenta que la etapa en la que se diagnostica, tal y como se ha mencionado previamente, es la postpuberal, en las edades más avanzadas los pacientes comprenden mejor la enfermedad y han aprendido a aceptarla con el paso del tiempo. De esta manera veríamos como el impacto en la CdV, a nivel emocional, va disminuyendo a medida que aumenta la edad y la aceptación de la patología, junto con las sensaciones de soledad o aislamiento y vergüenza que suelen acompañar a esta enfermedad.

El estudio de la posible influencia de la localización de la HS en la CdV asentaba sobre lo recogido en la literatura acerca de la ansiedad que referían los pacientes, ante la posibilidad de que se visualizasen sus lesiones y la baja autoestima fruto de ver la deformación generada por la HS en sus cuerpos¹³. Sin embargo, ninguna de las localizaciones estudiadas, siendo éstas; axilas, región inframamaria, ingles, glúteos y periné, ha presentado una asociación significativa con la puntuación obtenida en el DLQI ($p>0.05$). En ninguno de los artículos de la bibliografía se refleja

el estudio de esta asociación, por lo que sería interesante, ampliando el tamaño muestral, valorarlo en futuros estudios.

A la hora de estudiar la relación entre gravedad (grado Hurley) y media de puntuación en el grupo de pacientes correspondientes al estadio Hurley I (N=25), fue de 9,60 puntos (curiosamente muy alta para en teoría la escasa gravedad clínica) la media en el grupo correspondiente a Hurley II (N=21) fue de 10,86 puntos y la media de puntuación en el estadio Hurley III (N=4) fue paradójicamente de 8,75. No se hallaron asociaciones significativas entre el estadio de Hurley y la puntuación obtenida en el DLQI ($p>0.05$). En el estudio realizado por A, Platsidaki E, Christodoulou C, et al, se recogió una media de puntuación en el estadio Hurley I(N=27), Hurley II (N=45) y Hurley III (N=22) de $4,81\pm 2,83$, $11,53\pm 3,80$ y $19,32\pm 5,65$ puntos respectivamente. En este estudio se halló una asociación estadísticamente significativa entre el estadio de Hurley de los sujetos y la afectación en la CdV, mostrando una afectación marcadamente superior aquellos sujetos que se encontraban en el grupo correspondiente al estadio de mayor gravedad (Hurley III).

En nuestro estudio, la ausencia de una muestra suficientemente grande y la falta de sujetos Hurley III probablemente explique que no hayamos obtenido resultados estadísticamente significativos a la hora de establecer correlaciones entre la CdV, en nuestro estudio representada por la puntuación obtenida en el DLQI, y parámetros como IMC, tabaquismo, estadio de Hurley, género o edad al diagnóstico.

Además de un tamaño muestral insuficiente, el cuestionario empleado, el DLQI es un cuestionario centrado en los últimos 7 días y que se compone únicamente de 10 preguntas. Por esto, aunque resulte sencillo y rápido de realizar, parece poco específico para valorar el impacto en la CdV de pacientes con HS, dado que esta es una enfermedad crónica. Además, a la hora de realizar el cuestionario se observó que muchos pacientes, aunque afirmaban que su CdV sí que se había visto notablemente afectada por la enfermedad, como el cuestionario incidía en los 7 últimos días y en ese periodo se encontraban razonablemente bien la puntuación fue baja. Por ello, resultaría conveniente desarrollar herramientas que hagan referencia a periodos de tiempo más amplio especialmente tratándose de una enfermedad crónica que cursa

con brotes, ya que en el momento del brote la CdV y en los periodos entre exacerbaciones las puntuaciones del cuestionario variarán mucho.

Así mismo, es importante tener en cuenta que la afectación de la calidad de vida es un parámetro difícil de evaluar por la subjetividad del mismo. La presencia de brotes o la respuesta al tratamiento son parámetros que influyen en la CdV y sería conveniente tenerlos en cuenta a la hora de evaluar el impacto de la HS sobre la misma.

Tal y como describen Kimball AB, Sundaram M, Banderas B, Foley C, Shields AL, deberían plantearse la traducción, validación y el uso de nuevos cuestionarios con los que se pueda evaluar de manera mas precisa y en rango de tiempo mas ampliado la afectación de la CdV de los pacientes. Cabe mencionar que nuestra idea inicial fue traducir y validar dichos cuestionarios, pero nos encontramos con una tarea faraónica más propia de una tesis doctoral que de un trabajo fin de grado, por lo que nos propusimos objetivos más asequibles a nuestro nivel.

6. CONCLUSIONES

- Nuestros resultados demográficos y clínicos apoyan y coinciden con la literatura científica sobre el tema. Además del predominio en sexo femenino, se ha observado una mayor prevalencia de fumadores en nuestro estudio así como de sobrepeso y obesidad, por lo que sería interesante un seguimiento de los pacientes para valorar si la reducción de peso y el abandono del hábito tabáquico mejoran el cuadro de HS.

- Otro punto interesante a valorar en futuros estudios sería la existencia de correlación entre el tratamiento de los pacientes, su respuesta terapéutica y el impacto en la CdV. En este TFG no hemos entrado en este apartado dado su complejidad, más en línea con una tesis doctoral que está en marcha.

- La HS tiene un importante impacto en la CdV de los pacientes aunque el DLQI resulte insuficiente como herramienta para valorar este impacto. La calidad de vida es algo muy subjetivo por lo que probablemente en un mismo estadio encontremos pacientes muy afectados y otros con bajas puntuaciones en el DLQI.

La validación y traducción de nuevos cuestionarios como HSSA y el HSIA es un objetivo razonable a desarrollar por los especialistas encargados de esta patología.

- La enfermedad tiene un claro impacto emocional que requiere de empatía y apoyo psicológico por parte de los profesionales del ámbito sanitario. En este TFG tampoco hemos incluido la valoración psicológica y/o psiquiátrica de nuestro grupo de pacientes ya que excedía nuestros objetivos.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. García-Valdés L, Flores-Ochoa J, Vega-Memije M, Arenas R. Hidrosadenitis supurativa. Parte I. Epidemiología, etiopatogenia, clínica y su diagnóstico *Dermatología CMQ*. 2017;15(3):176-183.
2. Shlyankevich J, Chen A, Kim G, Kimball A. Hidradenitis suppurativa is a systemic disease with substantial comorbidity burden: A chart-verified case-control analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2014;71(6):1144-1150.
3. García-Martínez F, Pascual J, López-Martín I, Pereyra-Rodríguez J, Martorell Calatayud A, Salgado-Boquete L et al. Actualización en hidrosadenitis supurativa en Atención Primaria. *SEMERGEN - Medicina de Familia*. 2017;43(1):34-42.
4. Martorell A, García-Martínez FJ, Jiménez-Gallo D, Pascual JC, Pereyra-Rodríguez J, Salgado L, Vilarrasa E. Actualización en hidradenitis supurativa (I): epidemiología, aspectos clínicos y definición de la enfermedad. *Actas Dermosifiliogr*. 2015;106 (9):703-15.
5. Revuz JE, Canoui-Poitrine F, Wolkenstein P, Viallette C, Gabison G, Pouget 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.
6. Van der Zee HH, Laman JD, Boer J, Prens EP. Hidradenitis suppurativa: viewpoint on clinical phenotyping, pathogenesis and novel treatments. *Exp Dermatol*. 2012; 21: 735-739. doi:10.1111/j.1600-0625.2012.01552.x
7. Kohorst JJ, Kimball AB, Davis MD. Systemic associations of hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol*. 2015;73(5):27-35.
8. Kromann C, Deckers I, Esmann S, Boer J, Prens E, Jemec G. Risk factors, clinical course and long-term prognosis in hidradenitis suppurativa: a cross-sectional study. *Br J Dermatol*. 2014;171(4):819-824.
9. Martorell A, Segura Palacios JM. Ecografía de la hidradenitis supurativa. *Actas Dermosifiliogr*. 2015 Nov; 106 (Supl 1): 49–59.
10. Dermatoweb.net [Internet]. Lleida: JM Casanova ; 1997 [citado 20 marzo 2019]. Disponible en: <http://dermatoweb2.udl.es/index.php>
11. Martorell A, García-Martínez FJ, Jiménez-Gallo D, Pascual JC, Pereyra-Rodríguez J, Salgado L, Vilarrasa E. Actualización en hidradenitis supurativa (II): aspectos terapéuticos. *Actas Dermosifiliogr*. 2015; 106 (9): 716-24

12. Kouris A, Platsidaki E, Christodoulou C, et al. Quality of life and psychosocial implications in patients with hidradenitis suppurativa. *Dermatology* 2016;232:687–691
13. Patel, Z.S., Hoffman, L.K., Buse, D.C. et al. Pain, Psychological Comorbidities, Disability and Impaired Quality of Life in Hidradenitis Suppurativa. *Curr Pain Headache Rep* 2017 21: 49. <https://doi.org/10.1007/s11916-017-0647-3>
14. Kimball AB, Sundaram M, Banderas B, Foley C, Shields AL. Development and initial psychometric evaluation of patient-reported outcome questionnaires to evaluate the symptoms and impact of hidradenitis suppurativa. *J Dermatolog Treat.* 2017;29(2):152-164.
15. Shavit E, Drelher J, Freud T, et al. Psychiatric comorbidities in 3207 patients with hidradenitis suppurativa. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015; 29 (2): 371-6.