

Hidradenitis suppurativa. Informe de caso Hidradenitis suppurativa. Case report

Yanelis María Campos Carralero^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-3730-8477>

Ernesto Carmenates Ricardo² <https://orcid.org/0000-0003-1700-6372>

*Autor para correspondencia. yanelismaria80@gmail.com

RESUMEN

Introducción: la hidradenitis suppurativa es una enfermedad infravalorada debido a la similitud de sus síntomas con los de otras enfermedades cutáneas. Su singularidad radica en la atención a los factores de riesgos y a la clínica; es importante la evaluación integral en casos dermatológicos aparentemente simples.

Información del paciente: paciente femenina de 27 años con antecedentes de asma bronquial intermitente que experimentó forúnculos recurrentes en las axilas durante más de dos años, con aislamientos de *Staphylococcus aureus*. A pesar de múltiples tratamientos antibióticos no hubo mejoría. Se sugirió ultrasonido que evidenció ovarios poliquísticos, con lo que se sospechó de hidradenitis suppurativa. El tratamiento incluyó dieta, ejercicio y farmacoterapia con metformina y espironolactona, con una evolución favorable a lo largo del seguimiento.

Conclusiones: se deben considerar las enfermedades sistémicas en presentaciones cutáneas aparentemente simples y es relevante una evaluación integral. Se evidenció la eficacia de la metformina y de los cambios en el estilo de vida, mientras que el abuso de antibióticos subraya la importancia de un manejo cuidadoso para prevenir resistencias bacterianas.

Palabras clave: nódulos; abscesos; diagnóstico; síndrome de ovarios poliquísticos

ABSTRACT

Introduction: hidradenitis suppurativa is an underestimated disease due to its symptomatic similarity with other skin diseases. Its uniqueness lies in the attention to risk factors and clinical features, highlighting the importance of a comprehensive evaluation in apparently simple dermatological cases.

Case presentation: a 27-year-old female patient with a history of intermittent bronchial asthma experienced recurrent boils in the armpits for more than 2 years, with *Staphylococcus aureus* isolates. Despite multiple antibiotic treatments, there was no improvement. An ultrasound was suggested, which showed polycystic ovaries, thus hidradenitis suppurativa was suspected. Treatment included diet, exercise, and pharmacotherapy with metformin and spironolactone, with a favorable evolution throughout the follow-up.

Conclusions: this case highlighted the need to consider systemic diseases in apparently simple skin presentations, highlighting the relevance of a comprehensive evaluation. The efficacy of metformin and lifestyle changes was demonstrated, while antibiotic overuse underlines the importance of careful management to prevent bacterial resistance.

Key Words: nodules; abscesses; diagnosis; polycystic ovaries

Recibido: 20/01/2024 - Aprobado: 02/07/2024

INTRODUCCIÓN

La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad crónica e inflamatoria de la piel no transmisible. Clínicamente, se caracteriza por la aparición de nódulos dolorosos en las lesiones iniciales y, en las fases más avanzadas, por la formación de abscesos, cicatrices en puente y comedones abiertos que se presentan como “lápidas”. Estas lesiones se localizan comúnmente en las axilas, el surco inguinal y el área submamaria. La prevalencia global de la HS oscila entre el uno y el 4%.^(1,2,3,4,5) Esta enfermedad afecta tres veces más a las mujeres que a los hombres, principalmente entre los 18 y los 29 años, y es rara en personas mayores de 55 años.^(1,6,7)

La aparición de la HS está asociada a varios factores de riesgo entre los que se incluyen el consumo de tabaco, la obesidad, los trastornos hormonales como la diabetes mellitus, la predisposición genética, el uso de desodorantes irritantes o de ropa ajustada, las dietas con alto contenido glucémico, el sedentarismo y la presencia de ovarios poliquísticos.^(1,3,7,8)

La base de la HS radica en una hiperqueratosis que eventualmente provoca una oclusión folicular y que resulta en la dilatación de la unidad pilosebácea. Esta dilatación conduce a la ruptura y la liberación del contenido folicular hacia la dermis y desencadena una reacción inflamatoria secundaria. Este proceso inflamatorio se caracteriza por un aumento en los niveles de factor de necrosis tumoral alfa (TNF±) y de interleucinas 6, 10, 12, 17 y 23, así como la liberación de otras citoquinas, y perpetúa la inflamación, que culmina en la formación de fístulas y abscesos cutáneos. Las fístulas y los tractos sinusales facilitan la formación de biopelículas, la colonización bacteriana y la infección secundaria, lo que contribuye a la extensión de las lesiones.^(5,8,9,10)

La HS se puede clasificar objetivamente utilizando la escala de Hurley. En el estadio I de esta escala se observan abscesos sin formación de cicatrices. En el estadio II aparecen abscesos recurrentes acompañados de cicatrización, con lesiones únicas y ampliamente separadas. En el estadio III se presentan numerosos trayectos fistulosos interconectados y abscesos que afectan zonas extensas.^(5,7) Un estudio sugiere que cuando la enfermedad no responde al tratamiento y se vuelve crónica se debe evaluar la posibilidad de cáncer de piel.⁽¹⁾

El diagnóstico de la HS muestra una considerable heterogeneidad y la literatura existente a menudo aborda esta variabilidad de manera superficial, lo que puede llevar a una subestimación de los síntomas experimentados por los pacientes. Por tanto, es fundamental enfatizar la correlación entre factores de riesgo, signos clínicos, síntomas y los resultados de estudios de laboratorio e imagenológicos.^(1,10)

Debido a que no existe una cura definitiva para la HS el tratamiento se centra en el manejo del dolor asociado con las diversas manifestaciones de la enfermedad, a través de tres estrategias principales:

1. Tratamiento farmacológico: adaptado a las características específicas de las lesiones y las comorbilidades del paciente con el objetivo de reducir el dolor y tratar las infecciones bacterianas secundarias.
2. Tratamiento no farmacológico: orientado a la modificación del estilo de vida y al apoyo de la salud mental del paciente, buscando una mejora integral en la calidad de vida.
3. Tratamiento quirúrgico: indicado para casos avanzados e incapacitantes de la enfermedad que incluye la incisión y el drenaje de abscesos dolorosos y fluctuantes con el propósito de aliviar los síntomas severos.^(1,9,10,11)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Paciente femenina, 27 años, de raza blanca, procedencia urbana atendida en el Hospital Pediátrico Provincial “Octavio de la Concepción de la Pedraja” de la Ciudad de Holguín, de la provincia del mismo nombre.

Antecedentes personales: asma bronquial intermitente desde la infancia.

Historia clínica: la paciente presentó episodios recurrentes de foliculitis en ambas axilas durante un período de más de dos años, con la formación de abscesos recurrentes. Se realizaron múltiples exudados de piel en los que se aisló, de manera consistente, *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*). En un inicio recibió tratamiento antimicrobiano con trimetoprim-sulfametoxazol, doxiciclina, ciprofloxacino, fosfomicina y vancomicina en diferentes ocasiones. A pesar de estos tratamientos, no se logró la resolución de los síntomas.

Debido a la falta de respuesta al tratamiento se decidió realizar antibiograma. Los resultados revelaron que el *S. aureus* aislado era panresistente, lo que se interpretó como un efecto secundario del uso repetido de antibióticos. Este hallazgo destacó la necesidad de reevaluar el manejo terapéutico y considerar la posibilidad de infecciones oportunistas en el contexto de un tratamiento antibiótico prolongado.

Se le indicaron estudios complementarios para valoración metabólica e inmunológica.

Estudios complementarios

Hemoquímicos y metabólico

- Hemograma: 134 g/l
- Velocidad de sedimentación de los eritrocitos: 8 mm/l
- Conteo leucocitario: $8,6 \times 10^9/l$
- Fórmula leucocitaria:
- Neutrófilos: 68,3%
- Linfocitos: 25,8%
- Monocitos: 5,9%
- Glicemia: 4,9 mmol/l
- Transaminasa glutámico pirúvico (ALT): 10 UI
- Transaminasa glutámico oxalacético (AST): 15 UI

Examen imagenológico

Ultrasonido: detectaron múltiples imágenes foliculares periféricas en ambos ovarios con volumen ovárico normal (9 cm³). Impresión diagnóstica: síndrome de ovario poliquístico (SOPq).

Consulta de Endocrinología: se corroboró el diagnóstico de SOPq y se determinó el diagnóstico de HS. Se indicaron dieta, ejercicios aeróbicos y el siguiente tratamiento farmacológico:

Metformina: una tableta a los 20 minutos después del desayuno y a los 15 días aumentar a una tableta a los 20 minutos después de la comida. Dosis de mantenimiento: una tableta después del desayuno y comida.

Espironolactona: una tableta cada 12 horas.

Seguimiento y evolución: reevaluación a los tres meses, a los seis meses y al año; mostró evolución favorable, sin recurrencias.

DISCUSIÓN

Diferenciar la HS de otras enfermedades de la piel puede ser un desafío significativo debido a las características clínicas compartidas que complican su diagnóstico. La forunculosis, por ejemplo, se caracteriza por infecciones profundas de los folículos pilosos que forman abscesos llenos de pus y puede presentarse de manera muy similar a la HS, con nódulos dolorosos y recurrentes en áreas como las axilas y la ingle; sin embargo, la forunculosis es generalmente aguda y responde bien a los antibióticos, a diferencia de la HS, que es crónica y recurrente con una pobre respuesta a estos tratamientos.^(3,12) De igual manera, el acné conglobata es una forma severa de acné que afecta principalmente a adolescentes y adultos jóvenes, que

predomina en mujeres y que es mediado por andrógenos. Ambas condiciones comparten vías inflamatorias comunes que afectan la unidad folicular. Estudios evidencian una mayor prevalencia de acné vulgaris/conglobata en pacientes con HS en comparación con individuos de control.^(3,6)

Otra condición que puede confundirse con la HS es la celulitis: una infección bacteriana de la piel y el tejido subcutáneo que se presenta con eritema, edema y dolor. A diferencia de la HS la celulitis muestra signos claros de infección sistémica y responde adecuadamente a los antibióticos; sin embargo, en etapas tempranas, los nódulos inflamatorios de la HS pueden ser confundidos con celulitis, especialmente cuando no hay una supuración evidente.⁽³⁾ La lista de diagnósticos diferenciales para la HS es extensa e incluye condiciones como abscesos perirectales e isquiorrectales, infecciones bacterianas como el absceso tuberculoso y enfermedades de transmisión sexual como granuloma inguinal y linfogranuloma venéreo. Además, tumores como los quistes epidermoides y de Bartholin, así como enfermedades inflamatorias como la enfermedad de Crohn perianal, pueden presentar síntomas superpuestos con la HS y dificultar aún más su diferenciación.^(3,5,6,12)

En el manejo de la HS la metformina demuestra ser eficaz no solo en la pérdida de peso, sino también en la mejora de la resistencia a la insulina y otros parámetros metabólicos. En estudios recientes pacientes con HS tratados con metformina mostraron mejoras clínicas significativas, con una reducción en las puntuaciones de gravedad y mejoras en la calidad de vida.^(13,14) Por ejemplo, un estudio prospectivo informó que el 72% de los pacientes experimentaron una mejora clínica, y un análisis retrospectivo encontró una respuesta positiva en el 68% de los casos. Estos resultados sugieren que la metformina es una opción terapéutica prometedora, especialmente para los que tienen comorbilidades como el SOPq. Además de la metformina, los cambios en el estilo de vida, como la adopción de una dieta saludable y la práctica regular de ejercicio, son cruciales en el manejo de la HS. La obesidad y la resistencia a la insulina son factores de riesgo conocidos para esta condición y se ha demostrado que la pérdida de peso y la mejora de la sensibilidad a la insulina pueden reducir la inflamación crónica y mejorar los marcadores metabólicos. Implementar estos cambios puede resultar en una reducción significativa de la inflamación y una mejora general en la salud y la calidad de vida de los pacientes.⁽¹³⁾

El papel de *S. aureus* en HS y la problemática de la resistencia antimicrobiana son temas cruciales en la gestión de esta enfermedad. Diversos estudios afirman que las lesiones de HS frecuentemente presentan colonización bacteriana, y que es el *S. aureus* uno de los patógenos más comunes (77,7%). En particular, investigaciones han revelado que la presencia de *S. aureus* está asociada con la gravedad de la HS, y que es más prevalente en las etapas avanzadas de la enfermedad (Hurley II/III). Esto sugiere un papel significativo de esta bacteria en la progresión de la HS.⁽¹⁵⁾ Para abordar la resistencia antibiótica se recomienda el uso adecuado de antibióticos y la combinación con tratamientos no farmacológicos. Esto incluye intervenciones quirúrgicas tempranas y el manejo integral de comorbilidades como la obesidad y la diabetes, que pueden exacerbar la inflamación crónica en HS. Es crucial fomentar prácticas de prescripción responsable y explorar el uso de terapias basadas en fármacos de generaciones anteriores o combinaciones innovadoras para limitar la resistencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez Pizarro S. Hidradenitis supurativa: una enfermedad infradiagnosticada. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2020 [citado 24/07/2024]; 94: 202002014. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272020000100105
2. Lee EY, Alhusayen R, Lansang P, Shear N, Yeung J. What is hidradenitis suppurativa? Can Fam Physician [Internet]. 2017 [citado 24/07/2024]; 63(2): [aprox. 6p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28209676/>
3. Garg A, Malviya N, Strunk A, Wright S, Alavi A, Alhusayen R, et al. Comorbidity screening in hidradenitis suppurativa: Evidence-based recommendations from the US and Canadian Hidradenitis

- Suppurativa Foundations. J Am Acad Dermatol [Internet]. 2022 [citado 24/07/2024]; 86(5):1[aprox. 11p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33493574/>
<https://doi.org/10.1016/j.jaad.2021.01.059>
4. Hoffman LK, Ghias MH, Lowes MA. Pathophysiology of hidradenitis suppurativa. Semin Cutan Med Surg [Internet]. 2017 [citado 24/07/2024]; 36(2):[aprox. 8p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28538743/>
<https://doi.org/10.12788/j.sder.2017.017>
5. Margesson LJ, Danby FW. Hidradenitis suppurativa. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol [Internet]. 2014 [citado 24/07/2024]; 28(7):[aprox. 4p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25214437/>
<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2014.07.012>
6. Ballard K, Shuman VL. Hidradenitis Suppurativa [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 24/07/2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534867/>
7. Tchero H, Herlin C, Bekara F, Fluieraru S, Teot L. Hidradenitis Suppurativa: A Systematic Review and Meta-analysis of Therapeutic Interventions. Indian J Dermatol Venereol Leprol [Internet]. 2019 [citado 24/07/2024]; 85(3):[aprox. 5p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30924446/>
https://doi.org/10.4103/ijdv.ijdv1_69_18
8. Quesada Musa C, Fung Fallas MP, Medina Correas NV. Hidradenitis suppurativa: una revisión bibliográfica. Rev Médica Sinerg [Internet]. 2020 [citado 24/07/2024]; 5(3): [aprox. 2p.]. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/367> <https://doi.org/10.31434/rms.v5i3.367>
9. Agnese ER, Tariche N, Sharma A, Gulati R. The Pathogenesis and Treatment of Hidradenitis Suppurativa. Cureus [Internet]. 2023 [citado 24/07/2024]; 15(11):e49390. Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/204594-the-pathogenesis-and-treatment-of-hidradenitis-suppurativa#!/metrics> <https://doi.org/10.7759/cureus.49390>
10. Martora F, Scalvenzi M, Ruggiero A, Potestio L, Battista T, Megna M. Hidradenitis Suppurativa and JAK Inhibitors: A Review of the Published Literature. Medicina (Mex) [Internet]. 2023 [citado 24/07/2024]; 59(4):[aprox. 3p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10146646/>
<https://doi.org/10.3390/2Fmedicina59040801>
11. Markota • agalj A, Marinovi• B, Bukvi• Mokos Z. New and Emerging Targeted Therapies for Hidradenitis Suppurativa. Int J Mol Sci [Internet]. 2022 [citado 24/07/2024]; 23(7):[aprox. 3p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35409118/> <https://doi.org/10.3390/ijms23073753>
12. Zimman S, Comparatore MV, Vulcano AF, Absi ML, Mazzuocolo LD. Hidradenitis suppurativa: una aproximación a su prevalencia, características clínicas, comorbilidades y tiempo al diagnóstico, en un hospital universitario de Buenos Aires, Argentina. Actas Dermo-Sifiliográficas [Internet]. 2019 [citado 24/07/2024]; 110(4):[aprox. 4p.]. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-180902>
13. Cho M, Woo YR, Cho SH, Lee JD, Kim HS. Metformin: A Potential Treatment for Acne, Hidradenitis Suppurativa and Rosacea. Acta Derm Venereol [Internet]. 2023 [citado 24/07/2024]; 103:[aprox. 2p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38078688/> <https://doi.org/10.2340/actadv.v103.18392>
14. 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 [Internet]. 2023 [citado 24/07/2024];24(8):[aprox. 2p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37108132/> <https://doi.org/10.3390/ijms24086969>
15. Gierek M, Ochała-Gierek G, Kitala D, Aabu[W, Bergler-Czop B. Hidradenitis suppurativa: bacteriological study in surgical treatment. Postepy Dermatol Alergol [Internet]. 2022 [citado 24/07/2024]; 39(6):[aprox. 4p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36686013/>
<https://doi.org/10.5114/ada.2022.119008>

Conflicto de intereses

Los autores no declararon conflicto de intereses

Contribución de los autores

Conceptualización: Yanelis María Campos Carralero.

Investigación: Yanelis María Campos Carralero, Ernesto Carmenates Ricardo.

Redacción -borrador original-: Yanelis María Campos Carralero, Ernesto Carmenates Ricardo.