

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v65i6.7148>

Hidradenitis supurativa, un estudio descriptivo desde diferentes escenarios clínicos

Hidradenitis suppurativa, a descriptive study from different clinical scenarios.

Alejandro Castellanos-Angarita,¹ Isabel Cuéllar-Ríos,² Daniel G Fernández-Ávila³

Resumen

ANTECEDENTES: La hidradenitis supurativa es una enfermedad inflamatoria crónica sistémica, con gran morbilidad debido a su evolución progresiva y posibilidad de secuelas clínicas y estéticas.

OBJETIVO: Describir las características demográficas, manifestaciones dermatológicas y asociación con otras enfermedades, así como el tratamiento prescrito y los días de incapacidad generados en los pacientes con hidradenitis supurativa, valorados en un centro de remisión y referencia de alta complejidad en Colombia.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, transversal, que incluyó a pacientes con hidradenitis supurativa atendidos en consulta externa, urgencias u hospitalización entre enero de 2004 y diciembre de 2019. Se realizó una caracterización por subgrupos clínicos, estudios paraclínicos y terapéuticos.

RESULTADOS: Se incluyeron 50 pacientes. La razón de mujeres respecto a hombres con hidradenitis supurativa fue de 2.1 a 1; 22 pacientes requirieron atención en los tres escenarios clínicos (ambulatorio, hospitalario y urgencias). Las comorbilidades asociadas con más frecuencia fueron acné conglobata, quiste pilonidal e hipertensión arterial. El tratamiento tópico se indicó a 20/50 pacientes, 25 fueron intervenidos quirúrgicamente y todos recibieron algún tipo de terapia sistémica durante las diferentes valoraciones.

CONCLUSIONES: La mayoría de los pacientes tenía severidad II-III según la escala de Hurley, lo que podría estar relacionado con mal control de la enfermedad. Las conductas terapéuticas fueron similares a las realizadas en otras poblaciones.

PALABRAS CLAVE: Hidradenitis supurativa; comorbilidades; enfermedad inflamatoria.

Abstract

BACKGROUND: *Hidradenitis suppurativa is a chronic systemic inflammatory disease with a significant morbidity due to its progressive evolution and the possibility of clinical and esthetic sequelae.*

OBJECTIVE: *To describe the demographic characteristics and dermatological manifestations of hidradenitis suppurativa, its association with systemic entities, the treatment prescribed and the days of incapacity generated in patients assessed in a reference tertiary care center in Colombia.*

MATERIALS AND METHODS: *Descriptive cross-sectional study including patients with hidradenitis suppurativa treated in outpatient, emergency or hospital care settings from January 2004 to December 2019. The patients were characterized by clinical, paraclinical and therapeutic subgroups.*

RESULTS: *There were included 50 patients. The hidradenitis suppurativa female-to-male ratio was 2.1:1; 22 patients required care in all three clinical settings (outpatient, inpatient and/or emergency). The most frequent comorbidities were acne conglobata,*

¹ Residente de dermatología, servicio de Dermatología.

² Dermatóloga. Jefe del servicio de Dermatología.

³ Internista, reumatólogo, epidemiólogo clínico, Departamento de Medicina Interna.

Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia.

Recibido: enero 2021

Aceptado: mayo 2021

Correspondencia

Alejandro Castellanos Angarita
Jorge.castellanos@javeriana.edu.co

Este artículo debe citarse como: Castellanos-Angarita A, Cuéllar-Ríos I, Fernández-Ávila DG. Hidradenitis supurativa, un estudio descriptivo desde diferentes escenarios clínicos. Dermatol Rev Mex 2021; 65 (6): 861-870.

pilonidal cyst and high blood pressure. Topical treatment was indicated to 20/50 patients, 25 were operated on, and all of them received some kind of systemic therapy during the different assessments.

CONCLUSIONS: *Most of the patients had a Hurley severity scale of II-III, which could be related to poor control of the disease. Therapeutic behaviors were similar to those performed in other populations.*

KEYWORDS: *Hidradenitis suppurativa; Comorbidity; Inflammatory disease.*

ANTECEDENTES

La hidradenitis suppurativa es una enfermedad inflamatoria crónica, heterogénea y sistémica, que causa gran morbilidad debido a su evolución progresiva y posibilidad de secuelas clínicas y estéticas.^{1,2} Se manifiesta clínicamente como nódulos, fístulas y abscesos crónicos y recurrentes, que dejan cicatriz, localizados principalmente en las axilas, las ingles, la región perineal, perianal, los glúteos y los pliegues inframamarios e intermamarios (**Figura 1**).² Este padecimiento ocurre con mayor frecuencia en mujeres, con razón de 2-3:1 con respecto a los hombres; repercute en la calidad de vida al generar dolor, estrés emocional, alteración en las relaciones interpersonales, incapacidad y ausentismo laboral.³⁻⁷

La hidradenitis suppurativa en ocasiones se asocia con la tetrada de oclusión folicular, pioderma gangrenoso, espondiloartritis, enfermedad inflamatoria intestinal o síndromes autoinflamatorios, requiriendo diferentes esquemas terapéuticos y múltiples consultas médicas, no solo ambulatorias, sino también en urgencias y hospitalización.^{8,9} En Latinoamérica, sólo en Brasil, Chile y Argentina se tienen aproximaciones frente al tratamiento y las características de la población afectada.¹⁰ En Colombia no contamos con información acerca de la población con

hidradenitis suppurativa, la carga de enfermedad y la asociación con otras enfermedades.

El objetivo de este estudio fue describir las principales características demográficas, manifestaciones dermatológicas y asociación con enfermedades sistémicas, así como describir el tratamiento prescrito y los días de incapacidad generados en los pacientes con hidradenitis suppurativa, valorados en un centro de remisión y referencia de alta complejidad en Colombia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de corte transversal que incluyó a los pacientes con hidradenitis suppurativa atendidos en consulta externa, urgencias u hospitalización, durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2004 y el 31 de diciembre de 2019 en un hospital universitario de Bogotá, Colombia. Se incluyeron los pacientes con abscesos recurrentes, fístulas y cicatrices en lugares típicos que tenían diagnóstico confirmado de hidradenitis suppurativa; se excluyeron los pacientes que no fueron valorados por dermatología, cirugía plástica, cirugía general y cirugía de colon y recto. Debido a que se trató de un estudio de riesgo mínimo, no requirió la firma de un consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el comité de ética e investigación del hospital con el número de acta 2020/012.



Figura 1. A. Hombre de 37 años, en la axila izquierda se observan importantes fístulas con eritema y discreta secreción, en su polo más superior cicatrices deprimidas, fibrosis y retracción del tejido, Hurley III. **B.** Mujer de 33 años, en la axila derecha se observa un nódulo de base eritematosa con descamación en su superficie, importantes cicatrices deprimidas, otras hipertróficas y tractos fibrosos, Hurley III.

Los pacientes con hidradenitis suppurativa se identificaron a partir de una búsqueda en el sistema de historias clínicas electrónicas del hospital, usando el código del comité internacional de enfermedades, 10^a edición L73.2, y a través de una revisión de la base de datos de interconsultas de dermatología, que reposa en la respectiva unidad del hospital. Todas las historias clínicas obtenidas se revisaron, y para las que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, se procedió a diligenciar una base de datos creada en la plataforma Microsoft Excel[®] con las respectivas variables.

Para la presentación de los datos, las variables se dividieron en tres grupos: clínicas (número de pacientes, edad, sexo, lugar de atención, días de observación en urgencias, días de incapacidad, hábito de fumar actual, índice de masa corporal, manifestaciones dermatológicas y asociaciones); paraclínicas (ecografía de tejidos blandos, tinción de Gram, cultivo de secreción, proteína C reactiva y velocidad de sedimentación globular) y terapéuticas (tratamiento tópico, antibiótico sistémico, retinoide sistémico, esteroides sistémicos o intralesionales, terapia biológica, tratamientos quirúrgicos). Para la clasificación de

severidad se utilizó la escala de Hurley, en donde se considera estadio I la existencia de abscesos únicos o múltiples sin fístula ni cicatrización, estadio II la existencia de abscesos más fístulas o cicatrices, y estadio III la existencia de múltiples fístulas interconectadas y abscesos que afectan grandes áreas.¹¹

El análisis y procesamiento de los datos se realizó mediante el paquete estadístico Stata® versión 13. En las variables cuantitativas continuas que cumplieron la normalidad (Shapiro Wilk) se utilizó la media como medida de tendencia central y la desviación estándar como medida de dispersión. En las variables cuantitativas que no tuvieron una distribución normal, se utilizó la mediana y el rango intercuartílico (RIQ). Las variables categóricas se presentaron en forma de tablas de frecuencia.

RESULTADOS

Se identificaron 119 pacientes, se eliminaron los registros repetidos y posterior a una revisión de las historias clínicas, 50 pacientes cumplieron los criterios de inclusión; 23/50 pacientes fueron valorados en algún momento por dermatología, la razón de mujeres respecto a hombres fue de 2.1 a 1; 22 pacientes requirieron atención en los tres escenarios clínicos (ambulatorio, hospitalario o urgencias). La mayoría no tenía tabaquismo activo y más de un tercio tenía una clasificación de severidad Hurley III. El **Cuadro 1** describe las características sociodemográficas de la población del estudio.

En cuanto a las variables clínicas, la mitad de los pacientes tenía fístulas y más de dos tercios cicatrices, lo que se correlaciona con la severidad encontrada. Respecto a las comorbilidades, las dos principales fueron acné conglobata y quiste pilonidal, que forman parte de la tetrada de oclusión folicular. Dos de 50 pacientes tenían comorbilidades psiquiátricas. El **Cuadro 2**

describe las manifestaciones dermatológicas y comorbilidades encontradas en la población.

La ecografía de piel se realizó a 8/50 pacientes; el hallazgo más frecuentemente encontrado fue colección en tejidos blandos (siete pacientes), y en solo uno se encontraron nódulos en la dermis. En tres pacientes se realizó tinción de Gram y cultivo de secreción. Los gérmenes obtenidos fueron estafilococo dorado, *Enterococcus faecalis* y *Escherichia coli*. En cuanto a reactantes de fase aguda, éstos se solicitaron en el contexto de pacientes atendidos en el servicio de urgencias, con mediana de 43 (RIQ 100-115) para velocidad de sedimentación globular y de 5.2 (RIQ 23-73) para proteína C reactiva.

El tratamiento tópico se indicó a 20/50 pacientes, la clindamicina en solución al 1% fue el medicamento formulado con mayor frecuencia. La mitad de los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente; la escisión y cierre por segunda intención fueron las intervenciones más realizadas (11 de los 25 pacientes que tuvieron manejo quirúrgico). Todos los pacientes recibieron algún tipo de terapia sistémica durante las diferentes valoraciones. Los antibióticos fueron el grupo más prescrito y 4 pacientes recibieron terapia biológica. El **Cuadro 3** describe el tratamiento administrado a los pacientes del estudio.

Entre los pacientes Hurley I, 6/11 recibieron tratamiento tópico y 4/11 fueron intervenidos quirúrgicamente. El drenaje de absceso fue el procedimiento más realizado en este subgrupo. La terapia sistémica fue el tratamiento más prescrito en los pacientes Hurley II; 13/22 recibieron antibiótico y en 8/22 se realizó cirugía, la escisión completa del área afectada fue el procedimiento más frecuente. 53% de los pacientes con Hurley III fueron valorados por otras especialidades diferentes a dermatología. A 11/17 pacientes se les realizó procedimiento quirúrgico y a 9/17 escisión y cierre por segunda

Cuadro 1. Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con hidradenitis supurativa (n = 50)

Variable	
Sexo del paciente, núm.	
Femenino	34
Masculino	16
Edad años, media \pm desviación estándar	36.7 (16.5)
Tabaquismo ^a , núm.	10
Índice de masa corporal, mediana (rango intercuartílico 25-75)	30 (25.3-33.1)
Lugar de atención, núm.	
Únicamente ambulatorio	28
Ambulatorio, hospitalario y urgencias	16
Únicamente hospitalario	3
Únicamente urgencias	3
Observación-urgencias ^b , media \pm desviación estándar	2.2 (4.4)
Días de incapacidad, media \pm desviación estándar	9.9 (17.5)
Escala de severidad Hurley, núm.	
I ^c	11
II ^d	22
III ^e	17

^a Consumo de tabaco activo al momento de la valoración.

^b Medido en días.

^c Abscesos únicos o múltiples sin fístula ni cicatrización.

^d Abscesos más fístulas o cicatrices.

^e Múltiples fístulas interconectadas y abscesos que afectan grandes áreas.

intención. Cuatro pacientes de este grupo recibieron terapia tópica.

DISCUSIÓN

Este estudio describe las características demográficas y clínicas, asociación con comorbilidades y tratamiento prescrito en los pacientes con hidradenitis supurativa en Colombia; en nuestro conocimiento, éste es el primer estudio efectuado en nuestro país y el quinto en Latinoamérica.^{10,12-15} Además, es el primer estudio en la región que incluye los días de incapacidad en los pacientes con hidradenitis supurativa atendidos en hospitalización, urgencias y consulta externa por diferentes especialidades.

Encontramos que la mayoría de los pacientes con hidradenitis supurativa en nuestra población fueron mujeres adultas jóvenes. En nuestra casuística, 28/50 pacientes fueron atendidos únicamente de manera ambulatoria, el resto requirió al menos atención en urgencias, hospitalización o ambas, con promedio de 10 días de incapacidad generados. Creemos que esto puede explicarse por la falta de conocimiento del médico general frente a esta enfermedad, ya que en nuestro país y modelo de atención, es el profesional que primero valora a los pacientes. Además, la dificultad de acceso a las consultas ambulatorias de especialistas lleva al uso de estos ámbitos de atención y a mal control de la hidradenitis supurativa.¹⁶

Cuadro 2. Manifestaciones dermatológicas y comorbilidades de los pacientes con hidradenitis supurativa (n = 50)

Variable	
Manifestaciones dermatológicas^a, núm.	
Nódulos	42
Cicatrices	36
Fístulas	24
Abscesos	22
Comedones en puente	17
Pápulas	12
Comorbilidades, núm.	
Acné conglobata	10
Quiste pilonidal	7
Hipertensión arterial	6
Pioderma gangrenoso	1
Espondiloartritis	1
Enfermedad inflamatoria intestinal	1
Acné queiloide de la nuca	1
Pioderma gangrenoso-acné-hidradenitis supurativa	1
Depresión	1
Trastorno afectivo bipolar	1

^a Tomado de la historia clínica.

Los pacientes con severidad Hurley II o III, con abscesos y fístulas activas o cicatrices, suman más de la mitad de todos los incluidos en nuestro estudio. Se ha sugerido a la predisposición genética como factor intrínseco asociado, lo que podría explicar las principales comorbilidades encontradas en nuestros casos, como el acné conglobata y el quiste pilonidal, que forman parte del síndrome de oclusión folicular, un paciente, a su vez, tuvo acné queiloide de la nuca.¹⁷ Los síndromes autoinflamatorios, como pioderma gangrenoso-acné-hidradenitis (PASH), pioderma gangrenoso-acné-artritis piógena-hidradenitis (PAPASH) y pioderma gangrenoso-acné-hidradenitis-espondiloartritis (PASS), se caracterizan por tener función anormal del inflamósoma debido a alteraciones

Cuadro 3. Tratamiento realizado a los pacientes con hidradenitis supurativa

Variable	Núm.
Tratamiento tópico	
Clindamicina solución al 1%	6
Ácido fusídico crema al 2%	4
Peróxido de benzoilo en gel al 2.5%	3
Mupirocina crema al 2%	2
Adapaleno al 0.1% más peróxido de benzoilo al 2.5% en gel	1
Eritromicina al 4% en gel	1
Eritromicina al 4% más peróxido de benzoilo al 2.5% en gel	1
Eritromicina al 4% más adapaleno al 0.1% en gel	1
Ácido fusídico al 2% más mupirocina al 2% en crema	1
Tratamiento sistémico	
Cefalexina	16
Trimetoprim-sulfametoxazol	13
Isotretinoína	4
Prednisolona	3
Doxiciclina	3
Adalimumab	3
Clindamicina	2
Rifampicina	2
Metronidazol	2
Infliximab	1
Minociclina	1
Tratamiento quirúrgico	
Escisión y cierre por segunda intención	11
Drenaje de absceso	7
Escisión completa ^a	3
Reconstrucción con colgajo local	3
Cierre primario	1

^a Área afectada.

en la interleucina 1 y el gen PSTPIP1, que llevan al reclutamiento de neutrófilos y su manifestación clínica particular;^{2,9} en nuestros casos encontramos un paciente con pioderma

gangrenoso e hidradenitis y un paciente con síndrome PASH.

Como otras comorbilidades asociadas, un paciente tuvo enfermedad inflamatoria intestinal y otro paciente espondilitis anquilosante; se ha descrito que los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal tienen nueve veces más riesgo de padecer hidradenitis suppurativa que la población general y la relación entre hidradenitis suppurativa y artritis-espondilitis anquilosante se ha reportado predominantemente en hombres de raza negra HLA-B27 negativos en quienes predomina el daño axial más que el apendicular; la hidradenitis suppurativa suele preceder el componente intestinal y articular y una vez que éste se instaura, los pacientes muestran recaídas y remisiones conjuntas.^{2,3}

Las comorbilidades psiquiátricas también se han descrito en asociación con hidradenitis suppurativa, principalmente depresión, ansiedad y trastorno afectivo bipolar (TAB),^{6,7} en nuestros casos encontramos un paciente con depresión mayor y un paciente con TAB como asociaciones. La obesidad y el tabaquismo activo son factores que se han relacionado con mayor severidad; 10/50 pacientes tenían tabaquismo activo y la mediana de índice de masa corporal fue de 30 (RIQ 25.3-33.1), su existencia, a su vez, podría explicar a la hipertensión arterial como nuestra tercera comorbilidad más frecuentemente asociada.¹⁸

Respecto a los estudios paraclínicos solicitados, describimos que la ecografía fue la prueba diagnóstica que se realizó con mayor frecuencia en el ámbito de urgencias y hospitalización, seguida de la medición de reactantes de fase aguda y estudios microbiológicos, esto estaría probablemente relacionado con la necesidad de intervenciones quirúrgicas o sospechas de sobreinfección en pacientes sin seguimiento ambulatorio. En nuestra población, los antibió-

ticos sistémicos y las intervenciones quirúrgicas fueron los tratamientos más prescritos, no solo en el grupo de mayor severidad, sino también en los pacientes Hurley I, esto posiblemente explicado por el abordaje interdisciplinario que se realiza en nuestro hospital y la complejidad terapéutica de la enfermedad.¹⁹

En la mayor parte de los estudios poblacionales efectuados en América, Europa y Asia, las mujeres son el principal grupo afectado y el tabaquismo y la obesidad han sido factores asociados.^{20,21,22} Similar a lo reportado por Kirby y su grupo en 2014, el 27% de sus pacientes fueron valorados en urgencias y el 16% en hospitalización.²³ Los reportes poblacionales de severidad son variables; en Brasil,^{13,15} Grecia²⁴ y Turquía²⁵ la mayoría de los pacientes incluidos se clasificaron como Hurley II o III; sin embargo, en Corea,²⁰ Francia²² y Finlandia²⁶ la mayoría fueron Hurley I. Las consultas en el ámbito hospitalario, así como el uso de imágenes diagnósticas, pruebas microbiológicas y los días de incapacidad generados en los pacientes con hidradenitis suppurativa aumentan la carga de la enfermedad y los costos generados al sistema de salud. Estudios como el de Desai y su grupo²⁷ y Marvel y colaboradores,²⁸ muestran, a su vez, el efecto económico en los costos directos generados por la atención de los pacientes con hidradenitis suppurativa y la importante carga en la calidad de vida por la enfermedad.

El tratamiento de la hidradenitis suppurativa ha cambiado recientemente debido al mayor conocimiento de la enfermedad y a la aparición de nuevas terapias, como los medicamentos biológicos.¹⁹ Similar a lo encontrado en nuestros pacientes con menor severidad (Hurley I), se ha recomendado la administración de medicamentos antibióticos tópicos, como la clindamicina o el ácido fusídico.²⁹ Consistente con los reportes de Andrade y su grupo¹⁵ y Vural y colaboradores,²² los antibióticos sistémicos se consideran

terapia de primera línea en los pacientes con Hurley II-III; sin embargo, la administración de rifampicina más clindamicina es la combinación más recomendada.¹⁹ En nuestro estudio, encontramos que la cefalexina y el trimetoprim sulfametoxazol fueron los antibióticos más prescritos en estos grupos, esto debido a que, en nuestro país, la administración de rifampicina está limitada a los pacientes con tuberculosis para evitar resistencia antibiótica.

Al igual que lo descrito por Danilla-Enei y su grupo¹² y Kagan y colaboradores,³⁰ el tratamiento quirúrgico de la hidradenitis supurativa se indica a los pacientes con mayor severidad, que han recibido otras terapias previas y, consistente con lo realizado en nuestros casos, el consenso brasileño para el tratamiento contra la hidradenitis supurativa recomienda el drenaje simple en casos Hurley I y la escisión completa con cierre por segunda intención en pacientes Hurley III.²⁹ El cierre primario ha mostrado mayores tasas de recidiva ya que se asocia con resecciones más limitadas.¹² **Figura 2**

Nuestro estudio contribuye con un nuevo reporte a la bibliografía de una serie de pacientes con hidradenitis supurativa, valorados en diferentes ámbitos de atención por especialidades clínicas y quirúrgicas. Es interesante resaltar que hay escasos estudios que describan los días de incapacidad generados en los pacientes con hidradenitis supurativa, teniendo en cuenta, además, que la edad promedio (36 años) de nuestra muestra es población en edad productiva.

El corte retrospectivo y el carácter descriptivo de este estudio son sus principales debilidades, ya que no permite realizar un seguimiento, ni determinar el pronóstico con los diferentes tratamientos, especialmente los quirúrgicos. El número de pacientes incluidos puede ser otra limitación; sin embargo, es el tercero con mayor número de los cinco reportados en Lati-



Figura 2. Mujer de 60 años, axila derecha con cicatriz de escisión y cierre primario en donde hubo recaída de la hidradenitis supurativa, con retracción, sinequias y nuevos tractos fibrosos.

noamérica. Debido a que los datos se tomaron de registros médicos electrónicos, la recolección de los mismos puede estar limitada, en especial los que hacen referencia a las características clínicas, aunque pudimos realizar una caracterización por severidad según la escala de Hurley. Si bien este diseño no permite determinar asociaciones, nuestros datos soportan lo encontrado en la bibliografía y sugieren que la hidradenitis supurativa se comporta de manera similar en las diferentes poblaciones.

CONCLUSIONES

Los días de incapacidad generados, así como la valoración por diferentes especialidades

médicas y ámbitos de atención, sugieren que la hidradenitis suppurativa genera una carga al paciente y al sistema de salud. La mayoría de los pacientes tenían severidad II-III según la escala de Hurley, lo que podría estar relacionado con un mal control de la enfermedad. Las conductas terapéuticas fueron similares a las realizadas en otras poblaciones, sin embargo, se requieren más estudios poblacionales que permitan determinar el pronóstico de los mismos.

REFERENCIAS

1. Elkin K, Daveluy S, Avanaki KM. Hidradenitis suppurativa: Current understanding, diagnostic and surgical challenges, and developments in ultrasound application. *Skin Res Technol* 2020; 26: 11-9. <https://doi.org/10.1111/srt.12759>.
2. Vekic DA, Frew J, Cains GD. Hidradenitis Suppurativa, a Review of Pathogenesis, Associations and Management. Part 1. *Australas J Dermatol* 2018; 59: 267-77. <https://doi.org/10.1111/ajd.12770>.
3. Vekic DA, Cains GD. Hidradenitis suppurativa - management, comorbidities and monitoring. *Aust Fam Physician* 2017; 46: 584-88.
4. Shalom G, Cohen AD. The epidemiology of hidradenitis suppurativa: What do we know? *Br J Dermatol* 2019; 180: 712-13. <https://doi.org/10.1111/bjd.17249>.
5. Kurek A, Peters EM, Chanwangpong A, Schneider-Burrus S, et al. Profound disturbances of sexual health in patients with acne inversa. *J Am Acad Dermatol* 2012; 67: 422-28. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2011.10.024>.
6. Kurek A, Peters EM, Sabat R, Schneider-Burrus S, et al. Depression is a frequent co-morbidity in patients with acne inversa. *J Dtsch Dermatol Ges* 2013; 11: 743-50. <https://doi.org/10.1111/ddg.12067>.
7. Matusiak L, Bieniek A, Szepietowski JC. Psychophysical aspects of hidradenitis suppurativa. *Acta Derm Venereol* 2010; 90: 264-68. <https://doi.org/10.2340/00015555-0866>.
8. Dauden E, Lazaro P, Aguilar MD, García-Campayo J, et al. Recommendations for the management of comorbidity in hidradenitis suppurativa. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2018; 32: 129-44. <https://doi.org/10.1111/jdv.14517>.
9. Molina-Lapizco AL, Uh-Sánchez I, Gómez-Palacios G, Aceves-Díaz, JE. Pioderma gangrenoso concomitante con hidrosadenitis suppurativa. *Dermatol Rev Mex* 2018; 62: 430-436.
10. Zimman S, Comparatore MV, Vulcano AF, Mazzuocolo LD, et al. Hidradenitis suppurativa: Estimated prevalence, clinical features, concomitant conditions, and diagnostic delay in a university teaching hospital in Buenos Aires, Argentina. *Actas Dermosifiliogr* 2019; 110: 297-302. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.01.004>.
11. Hurley HJ. Axillary hyperhidrosis, apocrine bromhidrosis, hidradenitis suppurativa, and familiar benign pemphigus: surgical approach. In: Roenigk RK, Roenigk HH, editors. *Dermatology surgery*, New York: Marcel Dekker; 1989: 29-39.
12. Danilla-Enei S, Domínguez-Contreras C, Lobos-González G, Sepúlveda-Pereira Sergio y col. Manejo quirúrgico de pacientes con Hidrosadenitis Suppurativa. Experiencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Rev Chil Dermatol* 2018; 34: 9-16. <https://doi.org/10.31879/rcderm.v34i1.66>.
13. Tavora IG, Bissoli GC, Miot HA, Schmitt JV. Clinical manifestations and quality of life in hidradenitis suppurativa patients: survey of participants from an internet support group. *An Bras Dermatol* 2019; 94: 298-303. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20197687>.
14. Fernandes NC, Franco CP, Lima CM. Hidradenitis suppurativa: retrospective study of 20 cases. *An Bras Dermatol* 2013; 88: 480-81. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20131637>.
15. Andrade TCPC, Vieira BC, Oliveira AMN, Martelli ACC, et al. Hidradenitis suppurativa: epidemiological study of cases diagnosed at a dermatological reference center in the city of Bauru, in the Brazilian southeast State of São Paulo, between 2005 and 2015. *An Bras Dermatol* 2017; 92: 196-99. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20175588>.
16. Shukla N, Paul M, Halley M, Naik HB, et al. Identifying barriers to care and research in hidradenitis suppurativa: findings from a patient engagement event. *Br J Dermatol* 2020; 182: 1490-92. <https://doi.org/10.1111/bjd.18818>.
17. Tricarico PM, Boniotto M, Genovese G, Crovella S, et al. An Integrated Approach to Unravel Hidradenitis Suppurativa Etiopathogenesis. *Front Immunol* 2019; 10: 892. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2019.00892>.
18. Alikhan A, Sayed C, Alavi A, Poulin Y, et al. North American clinical management guidelines for hidradenitis suppurativa: A publication from the United States and Canadian Hidradenitis Suppurativa Foundations: Part I: Diagnosis, evaluation, and the use of complementary and procedural management. *J Am Acad Dermatol* 2019; 81: 76-90. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.02.067>.
19. Alikhan A, Sayed C, Alavi A, Poulin Y, 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. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.02.068>.
20. Yang JH, Moon J, Kye YC, Suh DH, et al. Demographic and clinical features of hidradenitis suppurativa in Korea. *J Dermatol* 2018; 45: 1389-95. <https://doi.org/10.1111/1346-8138.14656>.
21. Canoui-Poitrine F, Revuz JE, Wolkenstein P, Bastuji-Garin S, et al. Clinical characteristics of a series of 302 French

- patients with hidradenitis suppurativa, with an analysis of factors associated with disease severity. *J Am Acad Dermatol* 2009; 61: 51-7. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2009.02.013>.
22. Vural S, Gündoğdu M, Akay BN, Kundakci N, et al. Hidradenitis suppurativa: Clinical characteristics and determinants of treatment efficacy. *Dermatol Ther* 2019; 32: e13003. <https://doi.org/10.1111/dth.13003>.
 23. Kirby JS, Miller JJ, Adams DR, Leslie D. Health care utilization patterns and costs for patients with hidradenitis suppurativa. *JAMA Dermatol* 2014; 150: 937-44. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2014.691>.
 24. Katoulis AC, Liakou AI, Rotsiamis N, Rigopoulos D, et al. Descriptive epidemiology of hidradenitis suppurativa in Greece: A study of 152 cases. *Skin Appendage Disord* 2017; 3: 197-201. <https://doi.org/10.1159/000475822>.
 25. Yüksel M, Basım P. Demographic and clinical features of hidradenitis suppurativa in Turkey. *J Cutan Med Surg* 2020; 24: 55-9. <https://doi.org/10.1177/1203475419887732>.
 26. Kluger N, Ranta M, Serlachius M. The burden of hidradenitis suppurativa in a cohort of patients in southern Finland: A pilot study. *Skin Appendage Disord* 2017; 3: 20-7. <https://doi.org/10.1159/000455236>.
 27. Desai N, Shah P. High burden of hospital resource utilization in patients with hidradenitis suppurativa in England: a retrospective cohort study using hospital episode statistics. *Br J Dermatol* 2017; 176: 1048-55. <https://doi.org/10.1111/bjd.14976>.
 28. Marvel J, Vlahiotis A, Sainski-Nguyen A, Kimball A, et al. Disease burden and cost of hidradenitis suppurativa: a retrospective examination of US administrative claims data. *BMJ Open* 2019; 9:e030579. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030579>.
 29. Magalhães RF, Rivitti-Machado MC, Duarte GV, Ramos AMC, et al. Consensus on the treatment of hidradenitis suppurativa - Brazilian Society of Dermatology. *An Bras Dermatol* 2019; 94: 7-19. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20198607>.
 30. Kagan RJ, Yakuboff KP, Warner P, Warden GD. Surgical treatment of hidradenitis suppurativa: a 10-year experience. *Surgery* 2005; 138: 734-41. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2005.06.0>.

Dermatología Comunitaria México AC

Comunica con mucho agrado a todos los interesados, la apertura de su página web que pone a su disposición en la dirección: dermatologiacomunitaria.org.mx

Nuestro objetivo es dar a conocer: quiénes somos, nuestra historia desde los inicios, las etapas por las que hemos atravesado, quiénes han participado en nuestras actividades, las instituciones que nos han apoyado. Cuál es nuestra visión y razón de ser, entre lo que destaca la atención dermatológica a los grupos marginados, la enseñanza constante de la dermatología básica al personal de salud del primer nivel de atención en las áreas remotas y la investigación. Aunque los problemas dermatológicos no son prioritarios por su letalidad, sí lo son por su enorme frecuencia y la severa afectación en la calidad de vida de los que los padecen.

Les mostramos la estructura de nuestros cursos y cómo los llevamos a cabo.

La sección de noticias comparte con los interesados nuestro quehacer mes con mes y el programa anual tiene como objetivo invitarlos a participar en nuestras actividades.

Desde enero de este año está funcionando el Centro Dermatológico Ramón Ruiz Maldonado para personas de escasos recursos y para recibir a los pacientes afectados por las así llamadas enfermedades descuidadas *neglectas*, que nos envía el personal de salud que trabaja en las áreas remotas. Se encuentra ubicado temporalmente en el Fraccionamiento Costa Azul del puerto de Acapulco.

Con un profundo sentido de amistad y reconocimiento le hemos dado este nombre para honrar la memoria de quien fuera uno de los dermatólogos más brillantes de nuestro país, que alcanzó reconocimiento nacional e internacional. Además de haber alentado nuestras actividades participó, acompañado de su familia, en muchas de nuestras jornadas en las comunidades.

En la sección "Contacto" esperamos sus comentarios y sugerencias.

Dr. Roberto Estrada Castañón