

HIDRADENITIS SUPURATIVA Y SÍNDROME AUTOINFLAMATORIO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

HIDRADENITIS SUPPURATIVA AND AUTOINFLAMMATORY SYNDROME. A CASE REPORT

Autores:  Elena Violeta Iborra-Palau ⁽¹⁾,  Begoña Fornes-Pujalte ^(*, 2,3),  Jorge Zamora-Ortiz ^(2,3),  Concepción Sierra-Talamantes ^(1,3),  Paula Díez-Fornes ⁽³⁾,  David Palomar-Albert ⁽³⁾,  Federico Palomar-Llatas ^(2,3)

(1) Servicio de Dermatología Hospital General Universitario de Valencia, España.

(2) Unidad de Úlceras y Heridas. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, España.

(3) Grupo de investigación de Integridad y Cuidados de la Piel. Universidad Católica San Vicente Mártir de Valencia, España.

Contacto (*): fornes_beg@gva.es

Fecha de recepción: 20/04/2020
Fecha de aceptación: 25/08/2020

Iborra-Palau EV, Fornes-Pujalte B, Zamora-Ortiz J, Sierra Talamantes C, Díez-Fornes P, Palomar-Albert D, Palomar-Llatas F. Hidradenitis suppurativa y síndrome autoinflamatorio. Presentación de un caso. *Enferm Dermatol.* 2020;14(40): e01-e07. DOI: 10.5281/zenodo.4012129

RESUMEN:

Se presenta el caso de un paciente varón de 41 años con hidradenitis suppurativa de 25 años de evolución. Presenta, desde entonces, un transcurso inestable de la enfermedad que le ha impedido llevar sus actividades cotidianas con total bienestar. Las comorbilidades asociadas, las complicaciones, los cuadros clínicos producidos como efecto secundario a los tratamientos recibidos y los ingresos se han convertido en una constante en su vida. Se pretende mostrar, desde un enfoque holístico y práctico, a través de los patrones funcionales de Marjory Gordon, la evaluación y el manejo de un paciente con estas características.

Palabras clave: Hidradenitis suppurativa, Estándar de curas, Patrones funcionales, Autocuidado.

ABSTRACT:

The case of a 41-year-old male with 25 years of evolution of hidradenitis suppurativa is presented. Since then, he presents an unstable course of the disease that has prevented him from carrying out his daily activities with total well-being. The associated comorbidities, complications, the clinic produced as a side effect of the treatments received and admissions have become a constant in his life. The aim is to show, from a holistic and practical approach, through Marjory Gordon's functional patterns, the evaluation and management of a patient with these characteristics.

Keywords: Hidradenitis Suppurativa, Healing Standard, Functional Patterns, Self-Care.

INTRODUCCIÓN:

La hidradenitis suppurativa (HS), es una enfermedad inflamatoria, sistémica, crónica, que se manifiesta en la piel con la aparición de nódulos, abscesos subdérmicos y trayectos fistulosos supurativos, estos, pueden confluir formando extensas zonas inflamadas muy dolorosas que dejan cicatrices retráctiles⁽¹⁾. Afecta principalmente zonas intertriginosas, siendo las regiones más afectadas la axilar, inguinal y anogenital⁽²⁾.

La etiopatogenia de la enfermedad se desconoce, la base es una inflamación del folículo pilosebáceo de origen multifactorial que se asocia a una respuesta inmunitaria anormal en aquellas personas que tienen una predisposición genética⁽³⁾. Además, existen factores que pueden desencadenar o exacerbar los brotes en el transcurso de la enfermedad, como son el tabaco, la obesidad o factores endocrinos (que desembocan, por ejemplo, en la aparición de brotes premenstruales, o muestran mejoría tras la menopausia) factores farmacológicos como la toma de litio, anticonceptivos o isotretinina y factores higiénicos como el uso de ropa ajustada, depilación o irritantes presentes en desodorantes o perfumes⁽⁴⁾.

La incidencia exacta de la enfermedad no se conoce con exactitud, pero se estima que afecta a 1 de cada 300/600 habitantes por año⁽⁵⁾. Afecta con más frecuencia a personas de raza negra⁽⁶⁾ y a mujeres, con una ratio mujer/varón de 3:1^(7,8), siendo su inicio, generalmente, después de la pubertad⁽¹⁾. En España no hay datos de prevalencia debido a la existencia de diferentes códigos CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) para registrar la HS, aunque se trate de la misma patología con signos distintos, como quiste, absceso etc. Muchos profesionales la denominan “Hidrosadenitis Supurativa”, término que no tiene CIE asignado⁽⁴⁾.

Con frecuencia la HS se asocia a diversas comorbilidades. Por un lado, casi el 10% de los pacientes con HS padecen síndrome metabólico⁽⁹⁾, por otro lado, se asocia a la presencia de enfermedades inmunomediadas como la espondilo - artritis⁽¹⁰⁾, enfermedad inflamatoria intestinal y enfermedad de Crohn⁽¹¹⁾.

El diagnóstico de la enfermedad es fundamentalmente clínico y el tratamiento incluye un abordaje médico-quirúrgico, con diferentes respuestas en función de la severidad de la enfermedad⁽¹²⁾.

Existen varias escalas de clasificación de la enfermedad según su gravedad. El sistema más empleado es el modelo de estadificación de Hurley, con tres niveles de gravedad, según la presencia y extensión de cicatrices y fistulas^(1,4):

- Hurley I (uno o más abscesos, sin cicatrices ni tractos fistulosos).
- Hurley II (abscesos recurrentes y pocos tractos fistulosos).
- Hurley III con múltiples abscesos y tractos fistulosos interconectados y presencia de cicatrices.

La HS produce un impacto notable en la calidad de vida de las personas que la sufren⁽¹³⁾, inevitablemente, acaba afectando a la autoestima, percepción de la imagen personal y relaciones interpersonales. Se ha demostrado que en las personas que padecen HS existen altas cargas de estrés en la esfera sexual⁽¹⁴⁾. El padecimiento de comorbilidades psiquiátricas y psicológicas es elevado, muchos de ellos sufren ansiedad⁽¹⁵⁾ y hasta un 43% padece depresión⁽¹⁶⁾. Todo ello acaba repercutiendo en la vida diaria de estas personas que incluso ven mermada su actividad profesional⁽¹⁷⁾.

El objetivo de este artículo es mostrar a los profesionales de enfermería, mediante un enfoque práctico, el manejo

y la atención que precisan los pacientes que padecen hidradenitis supurativa, teniendo en cuenta todas sus esferas y siguiendo los patrones de Marjory Gordon.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

Presentamos un caso clínico de un varón de 41 años, con brote de HS Hurley III.

Antecedentes familiares:

Madre diagnosticada de HS Hurley I.

Antecedentes personales:

Diagnosticado de HS desde los 16 años (Imagen 1). Fumador de 1 paquete de tabaco al día durante más de 20 años. No diabético. Síndrome auto inflamatorio crónico SAPHO/PAHS (Pioderma gangrenoso/Acné Hidradenitis/Artritis) en 2013 (Imagen 2 y 3). Síndrome Hemo fagocítico reactivo a Leishmaniasis visceral en junio de 2018, por inmunodepresión por tratamiento biológico. Gangrena de Fournier en noviembre de 2018 que precisó desbridamiento de toda la pared anterior del abdomen e injertos cutáneos. Colestasis hepática secundaria a la leishmaniasis. Síndrome de Cushing (Imagen 4) y osteopenia secundaria a corticoterapia a dosis bajas desde hace 10 años. Miocardiopatía dilatada secundaria a cardiotoxicidad en marzo de 2019.



Imagen 1. Acné (izquierda) y nódulo quístico (derecha).



Imagen 2. Lesiones inflamatorias, abscesos y nódulos.



Imagen 3. Pioderma gangrenoso en piernas.



Imagen 4. Síndrome de Cushing.

Tratamientos:

Ha seguido diferentes tratamientos sistémicos: retinoides orales, antibióticos, corticoides, ciclosporina, infliximab, adalimumab; siempre con escasa respuesta terapéutica. Tratamiento tópico con ATB tópico, antisépticos, tracólimus tópico.

Evolución:

En los dos últimos años ha tenido varios ingresos hospitalarios por nuevos brotes, reactivación de lesiones de Pioderma gangrenoso y sobreinfecciones por *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus aureus* resistente a la metilicina (SARM).

Precisa de nuevo ingreso en marzo por empeoramiento de las lesiones en MMII (Imagen 5).



Imagen 5. Lesiones costrosas con cicatrices hipertróficas y abscesos dolorosos.

ESTÁNDAR DE CURAS DEPENDIENDO DE LAS LESIONES PRESENTADAS	
Las curas se realizan cada 24-48 horas en función del olor, inflamación y drenaje de abscesos. También se instruye al paciente para que pueda realizarlas en casa.	
Retirada de apósitos	
En casa	Para retirar los apósitos realizar un baño con agua templada, posteriormente lavar la zona sin friccionar con agua y jabón y aclarar con agua.
En consulta	Humedecer apósitos con suero fisiológico, evitando dolor. Limpiar con esponja jabonosa y volver a aclarar con suero fisiológico.
En caso de lesiones inflamadas, dolor y mal olor	
Después de la limpieza se realiza fomento con permanganato potásico 1/10.000, polihexanida biguanida, o ácido hipocloroso durante 10 minutos. Se cubre con malla de hidrocoloide, vaselinada o siliconada y se añade un apósito absorbente de carbón plata o carbón con plata y base de silicona.	
En caso de fistulas	
Tras realizar la limpieza de la zona se irriga primero con jeringa carga de suero fisiológico y posteriormente con carga de solución de polihexanida biguanida o ácido hipocloroso. Se cubre la fistula con malla de hidrocoloide, vaselinada o de silicona y se finaliza con apósito absorbente de hidrofibra o alginato.	
En caso de abscesos drenados	
Tras la limpieza de la zona, irrigar con suero fisiológico y posteriormente con solución antiséptica. Aplicar antiséptico en gel (polihexanida o biguanida o ácido hipocloroso) e insinuar una mecha de apósito atraumático o interfase (hidrocoloide en malla) y cubrir con apósito absorbente de hidrofibra o alginato.	
Durante el último brote (Ingreso marzo)	
Presenta lesiones ulceradas sucias con costras serohemáticas. Se realizan baños diarios y retirada manual de costras con esponja de clorhexidina y cucharilla de Brocq. Fomentos con Polihexanida biguanida durante 10 minutos. Aplicación en capa fina de mupirocina (aislamiento de <i>Staphylococcus aureus</i> y <i>Streptococcus</i> spp sensibles a mupirocina) apósito de silicona en malla y vendaje compresivo, con mejoría de las lesiones (Imagen 5).	
Vendaje	
Brazos	Venda tubular de malla elástica.
Piernas	Vendaje tubular. Compresivo en caso de presentar edema.
Tórax y abdomen	Apósitos de espuma siliconados con borde adhesivo, para zonas más amplias cubrir apósitos con cinta adhesiva hipoalérgica de material no tejido.
Durante las curas en la Escala Visual Analógica de dolor, el paciente suele referir una puntuación de 10, es por ello que necesita la toma de morfínicos para poder realizar las curas.	

Tabla 1. Estándar de curas dependiendo de las lesiones presentadas.

Evaluación del paciente según patrones funcionales de Marjory Gordon:

Se evalúa al paciente y se atiende a sus necesidades según los patrones funcionales de Marjory Gordon, dichos patrones nunca se entenderán de forma aislada, su interrelación muestra a la persona como un todo, facilitando el abordaje del bienestar de la persona desde un enfoque holístico y multidisciplinar.

Patrón 1: Percepción y manejo de la salud: Alterado.

El paciente conoce su enfermedad y es consciente de sus limitaciones, pero desconoce los aspectos relacionados con las comorbilidades y factores desencadenantes. Además, presenta hábitos tóxicos como tabaquismo. Y su higiene personal dista mucho de ser la adecuada. Ante ello, se averigua el nivel real de conocimiento del paciente sobre su patología y se establece un plan de educación para la salud que englobe: Enfermedad, factores desencadenantes, severidad y, en este caso, comorbilidades y complicaciones. Cuando el paciente ha entendido esta primera información es más fácil establecer hábitos de vida saludables que en este paciente se basan en:

- **Abordaje de los hábitos tóxicos:** La situación ideal es eliminar por completo el tabaco. En este caso debemos comenzar intentando reducir el hábito, ya que la situación de bienestar psicológica del paciente no es la más favorable para comenzar la deshabitación tabáquica. Si en la consulta de enfermería no se dispone del tiempo necesario se debe derivar al paciente para realizar la terapia de deshabitación.
- **Higiene:** Es necesario comprobar en cada consulta del estado de higiene del paciente, en este caso al no ser así, se debe incidir en la importancia de la higiene diaria para el buen transcurso de las lesiones producidas por la enfermedad. Se recomiendan duchas diarias con jabón suave, evitando esponjas e irritantes como perfumes. Se desaconseja el uso de desodorantes ya que son irritantes y actúan exacerbando la enfermedad.
- **Vestimenta:** También es necesario instruir a este paciente en este ámbito, debe llevar ropa de algodón, no usar lana ni fibras artificiales, además, debe ser holgada, sin goma. De este modo evitamos la rotura de folículos por fricción y cizallamiento.

Patrón 2: Nutricional- Metabólico: Alterado

Al valorar el índice de Masa Corporal (IMC) del paciente (38,07) este presenta obesidad tipo II. El estado de su piel no es óptimo, presenta sequedad, y las lesiones debido a su enfermedad son dolorosas y algunas malolientes. Se aborda:

- **Obesidad:** Hacer al paciente consciente de que el sobrepeso es un factor exacerbante de su enfermedad y la importancia de controlar este aspecto. Para ello se indaga en sus hábitos alimenticios, se recomienda aumentar la ingesta de verduras y frutas, reduciendo las carnes rojas y se anima al aumento del consumo de agua que, a su vez favorecerá la hidratación cutánea. Si no vemos un avance, se puede derivar al nutricionista.
- **Estado de la piel:** Se recomienda la hidratación con emolientes en la piel sana un mínimo de dos veces al día.
- **Estado de las lesiones:** En este punto del patrón funcional se hace referencia a la pauta estándar de curas realizadas (Tabla 1). Este punto se muestra más detalladamente dado que el estado de la integridad cutánea resulta de referencia destacada para el conjunto de conocimientos de los profesionales de enfermería:

Patrón 3: Eliminación: No alterado

No se observan alteraciones intestinales ni urinarias. A nivel cutáneo existe abundante exudado, pero se puede controlar con el adecuado aporte de líquidos en la ingesta diaria.

Patrón 4: Actividad –Ejercicio: Alterado

En este patrón funcional se valora, en primer lugar, la actividad laboral del paciente, este trabaja en la empresa familiar dedicada a la hostelería, permanece en bipedestación prolongada. Además, presenta dolor que le causa una importante reducción de la movilidad. Por ello, es difícil abordar este patrón a la hora de establecer pautas que aumenten el ejercicio adecuado. Teniendo en cuenta la situación del paciente en primer lugar se establece, por un lado, la importancia de mantener la compresión en miembros inferiores los días que tenga que mantenerse en prolongada bipedestación por su trabajo. Por otro lado, si se consigue la reducción de peso a partir de la dieta se podrá e iniciar una actividad suave como andar, aumentando paulatinamente el tiempo de los paseos y el tipo de ejercicio, recomendándose ejercicios para mejorar el estado de insuficiencia venosa, la osteopenia y el sobrepeso.

Patrón 5: Sueño-Descanso: Alterado

El principal motivo por el cual el sueño-descanso del paciente se ve alterado es el dolor que producen sus lesiones. Sin restar importancia a ningún patrón funcional, este, alberga especial interés a la hora de la mejora general del bienestar del paciente. La alteración del sueño es uno de los puntos que mayor impacto causa en el desarrollo de otros patrones, por el déficit de energía, alteración metabólica y disminución de concentración que este provoca cuando no es adecuado, y con ello el aumento de la dificultad para desarrollar los hábitos saludables de los demás patrones. En este caso, el paciente recibe atención en la Unidad del Dolor, aun así, en la consulta de enfermería debemos reevaluar constantemente con la Escala Visual Analógica del dolor, la intensidad de este, manteniéndonos en constante comunicación con los demás profesionales. Como enfermeras es un buen momento para hablar con el paciente de las distintas técnicas de relajación existentes y de este modo ir introduciéndole la posibilidad de empezar con alguna de ellas. En este caso en particular, la motivación del paciente para realizar este tipo de rutinas es dudosa.

Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo: Alterado

El paciente presenta buen nivel de conciencia, sabe leer, escribir y comprende la situación, pero, el patrón se vuelve a ver alterado por el dolor, como se explica en el patrón anterior. El paciente toma morfina de forma diaria para el control del dolor.

Patrón 7: Auto percepción-Autoconcepto: Alterado

No se percibe desánimo ni desmotivación y se observa aparente tranquilidad, no obstante, es evidente la presencia de dolor que acaba afectando en su vida diaria. La enfermedad cursa con brotes, y con ellos el dolor se ve exacerbado, es en estos momentos, donde se observa mayor ansiedad e impotencia por parte del paciente. El apoyo psicológico es un componente importante para el manejo del paciente que suele presentar ansiedad, depresión, estrés, estigmatización y baja autoestima. Se debe valorar constantemente mediante escalas validadas, el impacto que la enfermedad tiene sobre la calidad de vida, por ejemplo, con la Escala de calidad de vida en Dermatología (DLQI), ansiedad y depresión de Goldberg o escala de salud percibida.

Patrón 8: Rol- Relaciones: No alterado

Estos últimos patrones, en muchas ocasiones, son difíciles de evaluar dependiendo del carácter introvertido o extrovertido del paciente, e incluso de la conexión que el profesional sanitario establece con el paciente. En este caso el paciente vive con su madre y tiene su ayuda para la realización de las curas. Tiene hermanos e hijos.

Patrón 9: Sexualidad-Reproducción: No alterado

Para realizar una atención integral se debe evaluar la ansiedad sexual, al tratarse de una enfermedad con gran estigma social, en casi todas las ocasiones y enlazando con el patrón autopercepción-concepto se ve alterado. En este caso, es difícil que el paciente se abra a explicar la afección de esta faceta en su vida diaria. El paciente no expresa alteraciones en este ámbito.

Patrón 10: Adaptación-Tolerancia al estrés: Alterado

Al igual que en el patrón cognitivo perceptivo, la tolerancia al estrés fluctúa en base al transcurso de los brotes; cuando el dolor se exagera a causa de uno de estos brotes, la tolerancia y afrontamiento al estrés se ve mermada. En todos los casos y en el que se presenta en particular, para reducir el nivel de estrés, es indispensable que el paciente sienta la disponibilidad y facilidad de asistencia sanitaria ante dudas, brotes o complicaciones de cualquier tipo mediante visitas urgentes, contacto telefónico o vía e-mail.

Patrón 11: Valores y Creencias: No alterado

DISCUSIÓN:

La hidradenitis suppurativa cursa con una clínica inicial muy inespecífica, como sudoración, eritema o prurito, poco a poco da la cara en forma de lesiones nodulares subcutáneas, abscesos que intercomunicarán entre sí, formando fístulas y cavidades. Además, con el tiempo las complicaciones alcanzan un gran abanico de formas: Infecciones locales y sistémicas, linfedema severo, fístulas ano – genitales, poliartritis...⁽¹⁸⁾.

En el caso que se describe el paciente presentó clínica leve en forma de acné y nódulos a los 16 años y, posteriormente, como se ha descrito, evolucionó de forma tórpidamente. En esta evolución se observan numerosas entidades clínicas que repercuten en el bienestar del paciente: Por un lado, las propias de la hidradenitis suppurativa como el caso de pioderma gangrenoso, ya descrito en otros casos de hidradenitis, compartiendo el mismo mecanismo patogénico que esta^(19,20) y la gangrena de Fournier⁽²¹⁾.

Por otro lado, aquellas complicaciones que derivan de los distintos tratamientos recibidos como el Síndrome de Cushing y la osteopenia a causa de la toma de corticoides durante 10 años. Además, tras el uso de adalimumab y pese a las evidencias de mejora que arrojan los estudios realizados con este fármaco⁽²²⁾, siendo uno de los más específicos para este tipo de enfermedad⁽²³⁾,

FORMACIÓN DERMATOLÓGICA

el paciente, con escasa mejoría, y debido al estado de inmunosupresión, presentó leishmaniasis visceral y colestasis hepática secundaria a esta.

Cabe añadir a todo ello el hábito tabáquico que presenta el paciente de un paquete diario durante más de 20 años. Está ampliamente estudiado el tabaquismo y la hidradenitis supurativa, así como las complicaciones derivadas de la nicotina en proceso inflamatorio⁽²⁴⁾; más del 70% de los pacientes que padecen hidradenitis supurativa son fumadores⁽²⁵⁻²⁷⁾. También se destaca el índice de masa corporal del paciente, la obesidad de este, es un factor de riesgo que se encuentra presente en el síndrome metabólico (Obesidad, dislipemia, diabetes mellitus e hipertensión arterial). La asociación del síndrome metabólico a la hidradenitis supurativa queda evidenciada en un último metaanálisis de 2019 publicado por Rodríguez-Zúñiga, donde se aconseja realizar el cribaje de síndrome metabólico a todos los pacientes con hidradenitis⁽⁹⁾.

Como se puede observar es un caso complejo, repleto de comorbilidades y entidades clínicas secundarias al tratamiento recibido, en el cual, los hábitos de vida no ayudan a sobrellevar la enfermedad. Los pacientes con hidradenitis supurativa son pacientes con mayor necesidad aún si cabe de un abordaje holístico y multidisciplinar.

Este paciente nos permite confirmar que, además de considerar nuestra disponibilidad y facilidad de asistencia ante la ansiedad y el estrés provocado por los brotes, se debe de procurar una evaluación continuada estableciendo objetivos que contribuyan a aumentar la conciencia de autocuidado personal que mejoraría la evolución de las lesiones.

Empoderar al paciente dándole conocimientos sobre la enfermedad, sus comorbilidades y factores desencadenantes, junto a la reevaluación constante por parte de enfermería es el primer paso para acercar al paciente al compromiso del autocuidado.

CONFLICTOS DE INTERÉS:

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Martorell A, García-Martínez F, Jiménez-Gallo D, Pascual J, Pereyra-Rodríguez J, Salgado L, et al. Actualización en hidradenitis supurativa (I): epidemiología, aspectos clínicos y definición de severidad de la enfermedad. *Actas Dermo Sifiliográf.* 2015;106(9):703-15.
2. Zimman S, Comparatore M, Vulcano A, Absi M, Mazzuocolo L. Hidradenitis suppurativa: estimated prevalence, clinical features, concomitant conditions, and diagnostic delay in a university teaching hospital in Buenos Aires, Argentina. *Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition)*. 2019;110(4):297-302.
3. Kelly G, Sweeney CM, Tobin A, Kirby B. Hidradenitis suppurativa: the role of immune dysregulation. *Int J Dermatol.* 2014;53(10):1186-96.
4. Comité de expertos. HÉRCULES. Iniciativa estratégica de salud para la definición del estándar óptimo de cuidados para los pacientes con Hidradenitis Supurativa. Madrid: Draft Editores, S.L; 2017.
5. [Alonso García S, Sáez Zafra A, Reyes Lartategui SD, Jiménez Ríos JA. Tratamiento quirúrgico de la Enfermedad de Verneuil o hidrosadenitis severa. *Actualidad Médica.* 2014; 99\(791\): 37-9.](#)
6. Reeder VJ, Mahan MG, Hamzavi IH. Ethnicity and hidradenitis suppurativa. *J Invest Dermatol.* 2014; 134(11):2842.
7. Cosmatos I, Matcho A, Weinstein R, Montgomery MO, Stang P. Analysis of patient claims data to determine the prevalence of hidradenitis suppurativa in the United States. *J Am Acad Dermatol.* 2013;68(3):412-419.
8. Revuz JE JG. Diagnosing Hidradenitis Suppurativa. *Dermatologic Clinics.* 2016;34:1-5.
9. Rodríguez-Zúñiga M, García-Perdomo H, Ortega-Loayza A. Asociación entre la hidradenitis supurativa y el síndrome metabólico: Revisión sistemática y metaanálisis. *Actas Dermo-Sifiliográficas.* 2019;110(4):279-88.
10. Rchette P, Molto A, Viguier M, Dawidowicz K, Hayem G, Nassif A, et al. Hidradenitis suppurativa associated with spondyloarthritis -- results from a multicenter national prospective study. *J Rheumatol.* 2014 Mar;41(3):490-4.
11. Martorell A. Asociación entre hidradenitis supurativa y enfermedad inflamatoria intestinal. *Enfermedad Inflamatoria Intestinal al Día.* 2016;15(2):57-64.
12. Martorell A, Caballero A, Lama YG, Jiménez-Gallo D, Serrano ML, Miranda J, et al. Manejo del paciente con hidradenitis supurativa. *Actas Dermo-Sifiliogr.* 2016; 107:32-42.
13. [Vargas Fernández-Carnicero L. Impacto de la hidradenitis supurativa en la calidad de vida de los pacientes](#)

españoles. [Tesis Grado]. Santander: Facultad de Medicina. Universidad de Cantabria; 2017.

14. Kurek A, Peters EM, Chanwangpong A, Sabat R, Sterry W, Schneider-Burrus S. Profound disturbances of sexual health in patients with acne inversa. *J Am Acad Dermatol*. 2012;67(3):422-8. e1.
15. Shavit E, Dreiherr J, Freud T, Halevy S, Vinker S, Cohen A. Psychiatric comorbidities in 3207 patients with hidradenitis suppurativa. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2015;29(2):371-6.
16. Vázquez BG, Alikhan A, Weaver AL, Wetter DA, Davis MD. Incidence of hidradenitis suppurativa and associated factors: a population-based study of Olmsted County, Minnesota. *J Invest Dermatol*. 2013;133(1):97-103.
17. Matusiak Ł, Bieniek A, Szepietowski JC. Hidradenitis suppurativa markedly decreases quality of life and professional activity. *J Am Acad Dermatol*. 2010;62(4):706-8. e1.
18. Pedraz J, Daudén E. Manejo práctico de la hidrosadenitis suppurativa. *Actas Dermo Sifiliográf*. 2008;99(2):101-10.
19. García-Rabasco A, Esteve-Martínez A, Zaragoza-Ninet V, Sánchez-Carazo J, Alegre-de-Miquel V. Pyoderma gangrenosum associated with hidradenitis suppurativa: a case report and review of the literature. *Actas Dermo Sifiliográf (English Edition)*. 2010;101(8):717-21.
20. Molina-Lapizco AL, Uh-Sánchez I, Gómez-Palacios G, Aceves-Díaz JE. Pioderma gangrenoso concomitante con hidrosadenitis suppurativa. *Dermatología Revista Mexicana*. 2018;62(5):430-6.
21. Ludolph I, Titel T, Beier JP, Dragu A, Schmitz M, Wullich B, et al. Penile reconstruction with dermal template and vacuum therapy in severe skin and soft tissue defects caused by Fournier's gangrene and hidradenitis suppurativa. *International Wound Journal*. 2016;13(1):77-81.
22. Samyia M, Brassard A. Adalimumab in treatment-resistant hidradenitis suppurativa following recurrence after extensive affected area excision: a review of biologics therapy. *J Cutan Med Surg* 2013;17(4_suppl):S23-S32.
23. Martorell A, García F, Jiménez-Gallo D, Pascual J, Pereyra-Rodríguez J, Salgado L, et al. Actualización en hidradenitis suppurativa (II): aspectos terapéuticos. *Actas Dermo-Sifiliográf*. 2015;106(9):716-4.
24. Gill L, Williams M, Hamzavi I. Update on hidradenitis suppurativa: connecting the tracts. *F1000Prime Rep*. 2014;6:112
25. Yosipovitch G, DeVore A, Dawn A. Obesity and the skin: skin physiology and skin manifestations of obesity. *J Am Acad Dermatol*. 2007;56(6):901-16.
26. Barth J, Layton A, Cunliffe W. Endocrine factors in pre- and postmenopausal women with hidradenitis suppurativa. *Br J Dermatol*. 1996;134(6):1057-9.
27. Margesson LJ, Danby FW. Hidradenitis suppurativa. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2014;28(7):1013-27.