

COMPARTIENDO EXPERIENCIAS

II CONCURSO CASOS CLÍNICOS EN HIDRADENITIS SUPURATIVA

Patrocina:



Inspired by **patients**.
Driven by **science**.

Organiza:



ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLOGÍA



ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLOGÍA

Grupo Español de
Hidradenitis Supurativa



ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLOGÍA

1. Dolor abdominal inespecífico en paciente con hidradenitis supurativa facial y celulitis disecante del cuero cabelludo

Se trata de un paciente con hidradenitis supurativa con un fenotipo poco frecuente (afectación facial) y asociación a otras entidades de la tétada de oclusión folicular (acné y celulitis disecante). Este paciente ha sido refractario a múltiples tratamientos a durante su evolución y siempre ha mantenido un cierto nivel de actividad inflamatoria. El interés del caso reside en la complicación de este paciente con un tromboembolismo pulmonar sin ningún factor de riesgo conocido. Esto alerta sobre el riesgo trombótico asociado a enfermedades inflamatorias crónicas como la hidradenitis supurativa, obligando a estar tener en cuenta signos como la disnea o el dolor torácico en estos pacientes como posible debut de complicaciones trombóticas y valorando la posibilidad de iniciar tratamientos anticoagulantes ante la realización de cirugías que vayan a limitar la movilidad del sujeto (como tras la resección de lesiones de hidradenitis). El objetivo principal de comunicar este caso es que el dermatólogo sea consciente del riesgo trombótico existente en pacientes similares al presentado, algo a lo que no se suele prestar mucha atención en la consulta del día a día.

Varón de 38 años en seguimiento por hidradenitis supurativa Hurley III con afectación facial, inguinoescrotal y celulitis disecante del cuero cabelludo asociada, desde el 2004. El paciente ha presentado un curso tórpido, siendo refractario a múltiples tratamientos, incluyendo anti-TNF e inhibidores de IL-17A. En el momento actual el paciente se encuentra bajo un control aceptable con guselkumab 100 mg/8 sem. + cotrimoxazol 3 días a la semana + acictrretina 10 mg/día; aunque mantiene cierta actividad inflamatoria residual. El paciente acude al servicio de Urgencias por un cuadro de dolor en hipocondrio izquierdo con fiebre y elevación de Dímero D. Ante la ausencia de hallazgos en la exploración física, se realiza un angio-TC de arterias pulmonares que evidencia un TEP agudo subsegmentario bilateral de bajo riesgo (PESI I) sin datos de sobrecarga de cavidades derechas. Se inició anticoagulación y se descartó posteriormente que existiese algún factor desencadenante.

Anamnesis

Varón de 38 años

Sin antecedentes de interés

Seguimiento por el servicio de Dermatología desde el 2004 por:

Cuadro de hidradenitis supurativa (HS) de fenotipo folicular con afectación facial, inguinoescrotal y celulitis disecante en cuero cabelludo asociada. (Figura 1)

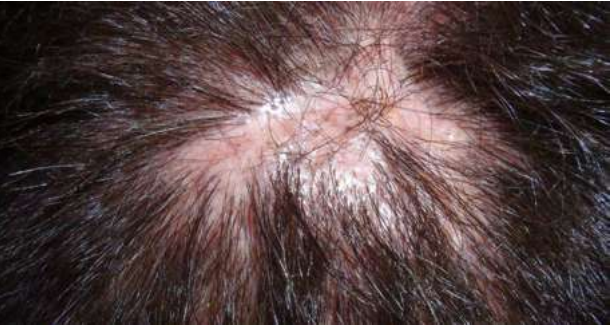


Figura 1. Imagen del cuero cabelludo del paciente en enero de 2025. Se aprecian una placa de alopecia cicatricial mal delimitada con pelos en penacho en la porción inferior de la imagen, sin signos de actividad.

COMPARTIENDO EXPERIENCIAS
8 CONCURSOS CASOS CLÍNICOS EN HIDRADENITIS SUPURATIVA

Organiza



Asociación Española de Dermatología y Venereología



Organiza



Asociación Española de Dermatología y Venereología

Anamnesis

A lo largo del seguimiento, el paciente se había sometido a múltiples procedimientos quirúrgicos, incluyendo la resección de lesiones en cuero cabelludo, zona facial e ingle derecha. La última intervención se realizó en enero de 2023, consistente en una fistulectomía de ingle derecha y quistectomía en mejilla izquierda.

En este contexto, el paciente acudió al servicio de Urgencias de nuestro centro en febrero de 2024 por un cuadro clínico de "dolor abdominal persistente". A la anamnesis el paciente refiere un dolor en hipocondrio izquierdo, de características pleuríticas, de siete días de evolución, asociado a fiebre de hasta 38°C en las últimas 48 horas y tos no productiva. No refería clara disnea. Previamente había iniciado azitromicina por este motivo con escasa mejoría. Cuatro días antes había sido evaluado en la Urgencia, siendo diagnosticado de dolor abdominal inespecífico.

COMPARTIENDO EXPERIENCIAS
8 CONCURSOS CASOS CLÍNICOS EN HIDRADENITIS SUPURATIVA

Organiza



Asociación Española de Dermatología y Venereología



Organiza



Asociación Española de Dermatología y Venereología

Anamnesis

El paciente había presentado un curso tórpido y refractario a múltiples líneas de tratamiento, incluyendo diversos ciclos de antibióticos (doxiciclina, minociclina, cotrimoxazol, rifampicina+clindamicina), colchicina (suspendido por intolerancia gastrointestinal), sulfona (suspendido por ineficacia), retinoides orales (isotretinoína y acitretino), adalimumab (suspendido por ineficacia a los 6 meses), apremilast (suspendido a los 2 meses por intolerancia gastrointestinal) y secukinumab (suspendido a los 8 meses por pérdida de respuesta).

En el momento actual, el paciente se encontraba bajo tratamiento con guselkumab 100 mg cada 8 semanas en uso compasivo, cotrimoxazol tres días a la semana desde hacía tres años y acitretina 10 mg al día desde hacía dos años. Bajo esta pauta presentaba un control aceptable, con lesiones inflamatorias ocasionales en mejillas, ingles o escroto, de resolución espontánea. (Figura 2)



Figura 2. Imagen de mejilla derecha del paciente en noviembre de 2018. Se puede apreciar las numerosas fistulas drenantes y nódulos inflamatorios presentes en la región preauricular produciendo importante desfiguración.

Exploración física

La exploración física no reveló signos de alarma.

A nivel dermatológico, presentaba lesiones cicatriciales en cara, ingles y escroto, con algún nódulo inflamatorio en glúteos (IHS4: 1).

Tratamiento

Se inició anticoagulación con heparina de bajo peso molecular hasta completar 5 días, seguida de dabigatrán 150 mg/12 horas.

Evolución

En el estudio de ETEV no se identificaron factores desencadenantes evidentes. Se realizó un estudio de trombofilia de forma ambulatoria, en el que sólo se identificaba una elevación ligera de homocisteína que consideró secundaria a déficit de ácido fólico, corregido mediante suplementación.

El paciente pudo continuar con su tratamiento para la HS un mes después de este episodio sin nuevas complicaciones.

Durante el seguimiento posterior, ha presentado una reactivación de lesiones faciales, sobre todo en la zona de la barba, que se intentan controlar con intensificación de antibioterapia tópica y sistémica con respuesta parcial. Por este motivo, se interviene en enero de 2025 por el servicio de Cirugía Plástica de resección bilateral de lesiones en mejillas.

En última revisión presenta cicatrices con buen aspecto, sin lesiones activas ni drenantes. (Figura 3) Se mantiene el tratamiento hasta nueva revisión.



Figura 3. Imagen de la mejilla derecha del paciente en mayo de 2025, tras la intervención quirúrgica de las lesiones residuales. Se puede apreciar que, a pesar de la exéresis quirúrgica de las lesiones y el tratamiento combinado con biológicos, persiste actividad inflamatoria en las lesiones faciales.

Exploraciones complementarias

Se solicitó una analítica de sangre en la que destacaba una elevación de reactantes de fase aguda (PCR 7.15 mg/dl) y Dimeros D de 2576 ng/ml.

Se solicitó una radiografía de tórax, en la que no se apreciaron infiltrados patológicos.

Ante el resultado de la analítica, se solicitó un angio-TC de arterias pulmonares que evidenció “defectos de repleción compatibles con tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo en pirámide basal derecha (ramas segmentarias basales anterior y subsegmentarias posteriores y mediales), en pirámide basal izquierda (rama subsegmentarias basales posteriores y laterales) y en rama inferior de la lingula” sin signos de sobrecarga de cavidades derechas y con áreas en vidrio deslustrado que sugieren infartos pulmonares en lóbulo inferior derecho, lingula y menos llamativo en lóbulo inferior izquierdo.

Diagnóstico

Se estableció el diagnóstico de TEP agudo subsegmentario bilateral de bajo riesgo (PESI I) sin datos de sobrecarga de cavidades derechas y estable hemodinámicamente.

Comentario

La HS es una enfermedad cutánea asociada a mayor riesgo cardiovascular por el estado inflamatorio y comorbilidades endocrino-metabólicas. (1,2)

La HS forma parte de la tétada de oclusión folicular junto con el acné conglobata, quiste pilonidal o celulitis disecante (CD). (2) La CD es una alopecia cicatricial neutrofílica del cuero cabelludo, predominante en varones jóvenes (3,4); considerada una variante regional de la HS. (3)

La afectación facial/cuero cabelludo por la HS produce desfiguración. La ecografía puede distinguir entre la HS del acné conglobata. (5) Se ha descrito buena respuesta al tratamiento con biológicos en esta localización. (6–8)

La asociación entre la HS y la ETEV ha sido descrita recientemente, constituyendo la tercera comorbilidad cardiovascular en frecuencia (1) (Hazard ratio -HR- de ETEV 1.27 y de TEP 1.66). (9) Este riesgo se atribuye al estado proinflamatorio de la HS. (9)

Este caso subraya la necesidad de considerar el riesgo cardiovascular, incluyendo ETEV, en pacientes con HS grave y refractaria, especialmente en presencia de fenotipos inflamatorios complejos y localización atípica.

Bibliografía

1. Krajewski PK, Matusiak L, Ständer S, Thaci D, Szepletowski JC, Zirpel H. Risk of cardiovascular disorders in hidradenitis suppurativa patients: a large-scale, propensity-matched global retrospective cohort study. *Int J Dermatol*. 2024 Jun;63(6):799–805.
2. Sokumbi O, Hodge DO, Ederaine SA, Alavi A, Alikhan A. Comorbid diseases of hidradenitis suppurativa: a 15-year population-based study in Olmsted County, Minnesota, USA. *Int J Dermatol*. 2022 Nov;61(11):1372–9.
3. Federico A, Rossi A, Caro G, Magri F, Muscianese M, Di Fraia M, et al. Are dissecting cellulitis and hidradenitis suppurativa different diseases? *Clin Dermatol*. 2021;39(3):496–9.
4. Jastrzab B, Szepletowski JC, Matusiak L. Hidradenitis suppurativa and follicular occlusion syndrome: Where is the pathogenetic link? *Clin Dermatol*. 2023;41(5):576–83.
5. Wortsman X, Ortiz-Orellana G, Valderrama Y, Ferreira-Wortsman C, Reyes F, Herane MI. Ultrasonography of Facial and Submandibular Hidradenitis Suppurativa and Concomitance With Acne Vulgaris. *J Ultrasound Med*. 2024 Oct;43(10):1919–28.
6. Schettini N, Marzola E, Pacetti L, Cavaliere S, Bettoli V. A Case of Dissecting Cellulitis of the Scalp, Hidradenitis Suppurativa, and Conglobate Acne Successfully Treated with Secukinumab. *Skin Appendage Disord*. 2024;10(3):232–5.
7. Francois K, Moon HS, Panchal N. Cervicofacial hidradenitis suppurativa: A case report and literature review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2023 Feb;135(2):e25–31.
8. Sanchez-Diaz M, Martinez-Lopez A, Salvador-Rodriguez L, Montero-Vilchez T, Arias-Santiago S, Molina-Leyva A. The role of biologic treatment in special scenarios in hidradenitis suppurativa: Facial and nape phenotype, dissecting cellulitis of the scalp, and lymphedema. *Dermatol Ther [Internet]*. 2021 Mar [cited 2025 Jun 8];34(2). Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dth.14829>
9. Garate D, Woolridge K, Wilkerson MG, Munoz Gonzalez A. Association between hidradenitis suppurativa and increased risk of venous thromboembolism: A multicenter retrospective cohort study. *J Am Acad Dermatol*. 2024 Jul 1;91(1):113–6.

2. Nódulos, fístulas y cicatrices: cuando la hidradenitis no lo explica todo.

Este caso pone de manifiesto la dificultad diagnóstica entre hidradenitis supurativa y enfermedad de Crohn metastásica cutánea, entidades que pueden coexistir y compartir manifestaciones clínicas e histológicas. Su interés radica en la implicación multidisciplinar, la utilidad de la biopsia cutánea y la elección racional de terapias biológicas en pacientes con comorbilidad inflamatoria sistémica.

Presentamos el caso de un varón de 49 años con antecedentes personales de enfermedad de Crohn, psoriasis invertida e hidradenitis supurativa (HS) de larga evolución, con múltiples tratamientos fallidos, entre los que se incluía antibioterapia tópica (clindamicina) y sistémica (doxiciclina 100 mg/90 días y asociación de clindamicina + rifampicina 300 mg /12h x 10 semanas), cirugía y adalimumab en posología de ficha técnica para hidradenitis. Ante la aparición de lesiones inflamatorias cutáneas refractarias y hallazgos histológicos compatibles con infiltrado neutrofílico, granulomas no caseificantes y vasculitis neutrofílica, se orientó el diagnóstico hacia enfermedad de Crohn metastásica cutánea. El paciente fue tratado con ustekinumab (dosis de FT para enfermedad de Crohn) y pulsos de dexametasona (8 mg/día x 2 días consecutivos/semana), con evolución favorable. El caso resalta la importancia del diagnóstico diferencial entre HS y manifestaciones cutáneas de la enfermedad de Crohn, especialmente en pacientes con afectación multisistémica.

Anamnesis

Varón de 49 años, fumador de medio paquete diario, con antecedentes de hipertensión arterial, obesidad, Enfermedad de Crohn (EC) con múltiples cirugías por fístulas enterocutáneas recidivantes, sinus pilonidal y psoriasis inversa. En la actualidad se hallaba en tratamiento con Enalapril y vitamina B12. Consultó en la Unidad de Hidradenitis del Servicio de Dermatología por brotes de nódulos inflamatorios y supurativos localizados en axilas, región submamaria, tronco, ingles y muslos que habían aparecido a los 18 años de edad. Con diagnóstico establecido de Hidradenitis supurativa (HS), había recibido diferentes tratamientos de manera intermitente debido a un seguimiento errático. Entre los tratamientos médicos recibidos se encuentran antibióticos tópicos (Clindamicina), corticoides intralesionales y ciclos de antibióticos sistémicos (Doxiciclina 100 mg/90 días y asociación de Clindamicina + Rifampicina 300 mg/12h x 10 semanas). También se realizaron tratamientos quirúrgicos con intervenciones en la zona inguinal. Ante el fracaso terapéutico, se inició Adalimumab biosimilar a dosis de hasta 80 mg semanal con buena respuesta clínica durante un año. Se produjo una pérdida de seguimiento y se discontinuó el tratamiento.

Al año siguiente, consultó de nuevo por recidiva y al reiniciar Adalimumab presentó fallo inmunogénico con generación de anticuerpos anti-fármaco.

Diagnóstico

El paciente presentaba un diagnóstico previo de hidradenitis supurativa (HS), pero la aparición de nuevas lesiones inflamatorias, refractarias al tratamiento habitual, obligó a reconsiderar el diagnóstico. Se planteó entonces diagnóstico diferencial entre una exacerbación de la HS en estadio Hurley III y una posible enfermedad de Crohn (EC) metastásica. Los hallazgos histopatológicos — granulomas no caseificantes y un denso infiltrado inflamatorio neutrofílico— orientaron hacia este último diagnóstico como etiología principal de las nuevas lesiones, coexistiendo con su diagnóstico previo de HS.

Tratamiento

Se reforzaron medidas generales: abandono del tabaco, uso de ropa suelta de algodón, higiene con antisépticos, depilación láser y pérdida ponderal. Se realizaron infiltraciones de corticoides de alta potencia intralesionales. Dada esta última situación clínica, se planteó, de manera conjunta con el Servicio de Aparato Digestivo, el inicio de Ustekinumab subcutáneo 90 mg cada 8 semanas y pulsos de dexametasona (8 mg/día x 2 días consecutivos/semana), con evolución favorable.

Exploración física

El paciente presentaba múltiples nódulos inflamatorios y supurativos localizados en brazo y axila derechos (Fig. 1), tórax, hipocondrios derecho (Fig. 2) e izquierdo (Fig. 3) y pubis. Presentaba un índice IHS-4 >11 y estadio Hurley III.



Fig. 1: Múltiples nódulos inflamatorios y supurativos localizados en brazo y axila derechos



Fig. 2: Nódulos inflamatorios y supurativos localizados en tórax e hipocondrio derecho



Fig. 3: Nódulos inflamatorios y supurativos localizados en hipocondrio izquierdo

Exploraciones complementarias

Se solicitó una analítica de sangre en la que no se observaron hallazgos significativos salvo una discreta leucocitosis con neutrofilia, posiblemente en contexto de tratamiento con pulsos de dexametasona, un VCM elevado (102 fl) en contexto de hipovitaminosis B12, un cultivo de un nódulo supurativo del antebrazo derecho con crecimiento de *Staphylococcus aureus* sensible a metilicina, y una biopsia de una lesión del brazo derecho (Fig. 4) en la que se obtuvieron los siguientes hallazgos: infiltrado inflamatorio denso de predominio neutrofílico, con granulomas no caseificantes, degeneración focal del colágeno y vasculitis neutrofílica sin leucocitoclasia. Estos hallazgos fueron compatibles con una enfermedad de Crohn metastásica, sin poder descartarse un pioderma gangrenoso inicialmente.

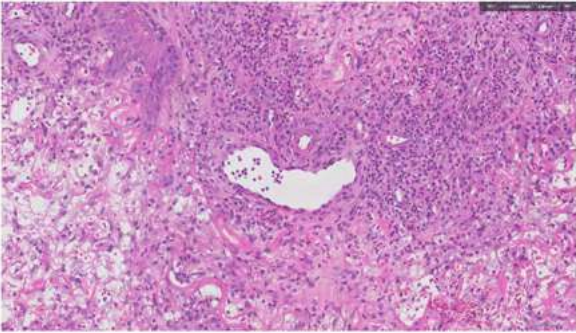


Fig. 4: Biopsia incisional de una lesión del brazo derecho en la que se observa infiltrado inflamatorio denso de predominio neutrofílico, con granulomas no caseificantes, degeneración focal del colágeno y vasculitis neutrofílica sin leucocitoclasia. Hematoxilina-eosina x20

Evolución

El paciente presentó una buena respuesta clínica, con disminución progresiva de las lesiones inflamatorias y supurativas. Persisten algunas placas inflamatorias en cara interna de brazo y flanco derecho (Fig. 5) (n=3), pero con tendencia a cicatrización.



Fig. 5: Placas inflamatorias en cara interna de brazo y flanco derecho con tendencia a cicatrización

Comentario

Macroscópicamente las lesiones perianales de HS son similares a EC metastásica o cutánea. Esta última puede preceder el inicio de los síntomas gastrointestinales y ser simultánea a la HS haciendo su distinción un desafío (1). Los granulomas no caseificantes sugieren EC, aunque también pueden observarse de forma ocasional en HS. Los granulomas epitelioides discretos son raros en la HS y podrían indicar una enfermedad granulomatosa sistémica subyacente, como EC o sarcoidosis. Por ello, distinguir entre ambas requiere integrar datos clínicos, histológicos, microbiológicos e imagen (1). Como alternativa futura, podría considerarse el uso de inhibidores de JAK como Upadacitinib, aprobado para EC. Según Agarwal et al (2), Upadacitinib ha mostrado eficacia y buena tolerancia en HS moderada-grave refractaria, por lo que podría plantearse como una opción terapéutica adecuada en este paciente si no responde a Ustekinumab.

Bibliografía

1. Merchant MA, Liu T, McMeniman E, Lambie D. Granuloma formation is insufficient for differentiating hidradenitis suppurativa and cutaneous Crohn's disease. Pathology. 2024 Aug;56(5):749-750. doi: 10.1016/j.pathol.2023.11.015.

2. Agarwal A, Diaz A, Al-Dehneem R, Pineda RM, Khattri S. Off-Label Use of Janus Kinase Inhibitors in Inflammatory Cutaneous Diseases. J Drugs Dermatol. 2023 Dec 1;22(12):1183-1190. doi: 10.36849/JDD.7500.

3. Cuando el biológico deja de funcionar.

En este documento presentamos el caso clínico de un paciente con hidradenitis supurativa grave que experimentó una buena respuesta inicial al tratamiento con adalimumab, pero que súbitamente desarrolló un brote de sus lesiones que condujeron al ingreso del paciente. Durante el mismo, se comprobó que había desarrollado anticuerpos antifármaco, una complicación poco frecuente secundaria al uso de fármacos biológicos, pero que debemos considerar en todo paciente que experimente una pérdida de eficacia brusca al tratamiento biológico.

Presentamos el caso de un varón de 48 años con diagnóstico de hidradenitis supurativa grave en tratamiento con adalimumab desde hace 1 año con excelente respuesta, que repentinamente experimenta un brote intenso de sus lesiones de hidradenitis. Dada el carácter repentino y agresivo del brote, se sospechó de una pérdida de eficacia del fármaco biológico, por lo que se determinaron los niveles de adalimumab en suero y la existencia de anticuerpos anti-adalimumab. Se objetivó que los niveles de adalimumab estaban en rango infraterapéutico junto con una alta concentración de anticuerpos frente al mismo. Así, se llegó al diagnóstico de fallo secundario a adalimumab por génesis de anticuerpos antifármaco. Eventualmente, se consensuó iniciar tratamiento con secukinumab.

Anamnesis

Varón de 48 años sin otros antecedentes de interés que consultaba desde urgencias por fiebre de 38,3°C de 4 días de evolución asociado a empeoramiento de su clínica habitual de hidradenitis supurativa a nivel inguinal, axilar y mamario.

Había sido tratado previamente en consultas de dermatología con ciclos de rifampicina y clindamicina, dapsona, doxiciclina y corticoides orales, con escasa respuesta, así como con tratamiento quirúrgico de algunas de las lesiones, pero con recidivas posterior.

En aquel momento estaba en tratamiento con adalimumab 40mg subcutáneo cada 7 días desde hacía 1 año. Había acudido a consultas de dermatología 2 semanas antes, refiriendo ausencia de nuevas lesiones inflamatorias hasta el momento y en la exploración se había objetivado una disminución del número de fistulas drenantes.

Exploración física

A la exploración se objetivaron lesiones cutáneas inflamatorias de hidradenitis supurativa a nivel cervical bilateral, axilar derecho, periareolar bilateral e inguinal y glútea bilateral, consistentes en nódulos inflamatorios y pequeños abscesos dolorosos (Fig. 1, Fig. 2 y Fig. 3, Fig. 4).

La exploración del resto de aparatos y sistemas fue anodina.

Exploración física



Fig. 1: Múltiples fistulas drenantes y nódulos inflamatorios a nivel inguinal bilateral.

Exploración física



Fig. 2: Nódulos inflamatorios a nivel suprapúbico.

Exploración física



Fig. 3: Múltiples nódulos inflamatorios, abscesos y fistulas drenantes en pliegue interglúteo.

Exploraciones complementarias

Además, dado el empeoramiento súbito que había experimentado en tan solo 2 semanas, se solicitaron niveles séricos de adalimumab así como la determinación de niveles séricos de anticuerpos frente el mismo, obteniéndose unos **niveles séricos de adalimumab inferiores a 0.2 µg/mL y la presencia de anticuerpos antifármaco a concentración de 163.8 AU/mL.**

Diagnóstico

Agudización de hidradenitis supurativa secundaria a fallo a adalimumab por generación de anticuerpos antifármaco.

Tratamiento

Durante el brote agudo, el paciente fue ingresado para control de los síntomas. Se le pautó tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico 875mg/125mg 1 comprimido cada 8 horas durante 10 días junto con pauta descendente de prednisona oral iniciada a dosis de 30mg 1 comprimido cada 24 horas. Además, ante la falta de eficacia aparente, se suspendió el tratamiento con adalimumab. El paciente fue mejorando progresivamente y finalmente fue dado de alta con un adecuado control del brote actual.

Una vez resuelto el episodio agudo, se inició tratamiento con secukinumab 300mg subcutáneo cada 4 semanas.

Exploración física



Fig. 4: Nódulos inflamatorios a nivel periauricular derecho.

Exploraciones complementarias

En urgencias se realizó una analítica de sangre, donde se evidenció una leucocitosis de 18.000 leucocitos/ml a expensas de neutrófilos y una proteína C reactiva (PCR) de 12.02 mg/dL.

En planta de hospitalización se realizaron analíticas de sangre periódicas, con descenso progresivo de las cifras de leucocitos y neutrófilos así como de la PCR. También se solicitó una serología de sífilis, virus hepatitis C (VHC), virus hepatitis B (VHB) y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que fueron negativas.

Evolución

Durante la evolución posterior, el paciente presentó un nuevo brote de lesiones consistente en diversos nódulos inflamatorios en espalda y a nivel inguinal junto con la presencia de una nueva fistula a nivel de la ingle derecha. Así, se consensuó intensificar el tratamiento con secukinumab 300mg a 1 inyección cada 2 semanas.

Desde entonces y hasta ahora, el paciente ha experimentado una adecuada evolución clínica y analítica, sin nuevos brotes ni efectos adversos relevantes que obligaran a discontinuar la medicación.

Comentario

La hidradenitis supurativa es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que afecta a las zonas con abundantes glándulas apocrinas. Debuta en forma de nódulos, abscesos, fistulas y cicatrices, que aparecen especialmente a axilas, ingles, zonas intertriginosas y región perianal y perineal(1,2).

Entre sus tratamientos, se encuentran los fármacos biológicos como el adalimumab, secukinumab y bimekizumab (3). Sin embargo, a pesar de la investigación y avance constante en estas terapias, un porcentaje no desdeñable de pacientes acaban por discontinuarlas, secundario ya sea a una pérdida de eficacia o efectos adversos(3).

Uno de estos motivos es el desarrollo de anticuerpos antifármaco, descrito para el adalimumab en el 7.4-10.7% de los casos(4,5). Eventualmente, este fenómeno ocasionaría el rebrote de la clínica, siendo recomendable cambiar de diana terapéutica, por ejemplo, a un anti-IL17; en el caso del secukinumab, se ha descrito el desarrollo de anticuerpos antifármaco en el 0.6-0.8% de los casos

Bibliografía

1. Martorell A, García-Martínez FJ, Jiménez-Gallo D, Pascual JC, Pereyra-Rodríguez J, Salgado L, Vilarrasa E. An Update on Hidradenitis Suppurativa (Part I): Epidemiology, Clinical Aspects, and Definition of Disease Severity. *Actas Dermosifiliogr*. 2015 Nov;106(9):703-15. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2015.06.004.

2. Camero González L, Garcías-Ladaria JG, Rivera-Díaz R, Bassas Vila J, Salgado-Boquete L, Masferrer E, Molina-Leyva A, Perandones-González H, Muñiz de Lucas A, Pascual JC, Mendieta-Eckert M, Martín-Ezquerro G, Garbayo-Salmons P, Nieto-Benito LM, Romani J, Escutia B, Herrera-Acosta E, Vilarrasa E, Luque-Luna M, Pericet Fernández LM, Rodríguez García F, No Pérez N, Gracia-Darder I, Falkenhain-López D, Mora-Fernández V, Oro-Ayude M, Corral-Magaña O, Grau-Pérez M, Martorell A; en nombre del Grupo de Trabajo REHS. Spanish Hidradenitis Suppurativa Registry (REHS) of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology: description and data from its first year of operation. *Actas Dermosifiliogr*. 2025 Jun;116(6):567-574. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2024.12.018.

3. Zouboulis CC, Bechara FG, Benhadou F, Bettoli V, Bukvić Mokos Z, Del Marmol V, Dolenc-Voljc M, Giamarellos-Bourboulis EJ, Grimstad Ø, Guillem P, Horváth B, Hunger RE, Ingram JR, Ioannidis D, Just E, Kemény L, Kirby B, Liakou AI, McGrath BM, Marzano AV, Matusiak L, Molina-Leyva A, Nassif A, Poddia M, Prens EP, Prignano F, Raynal H, Romanelli M, Saunte DML, Szegedi A, Szepletowski JC, Tzellos T, Valiukeviciene S, van der Zee HH, van Straalen KR, Villumsen B, Jemec GBE. European Szkl guidelines for hidradenitis suppurativa/acne inversa part 2: Treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2025 May;39(5):899-941. doi: 10.1111/jdv.20472.

Bibliografía

4. Lu JD, Milakovic M, Piguet V, Alavi A. Antidrug antibodies to tumour necrosis factor inhibitors in hidradenitis suppurativa: a systematic review. *Br J Dermatol*. 2021 Mar;184(3):555-557. doi: 10.1111/bjd.19591.

5. Abdalla T, Lowes MA, Kaur N, Micheletti RG, Steinhart AH, Alavi A. Is There a Role for Therapeutic Drug Monitoring in Patients with Hidradenitis Suppurativa on Tumor Necrosis Factor-α Inhibitors? *Am J Clin Dermatol*. 2021 Mar;22(2):139-147. doi: 10.1007/s40257-020-00579-z. PMID: 33398848.

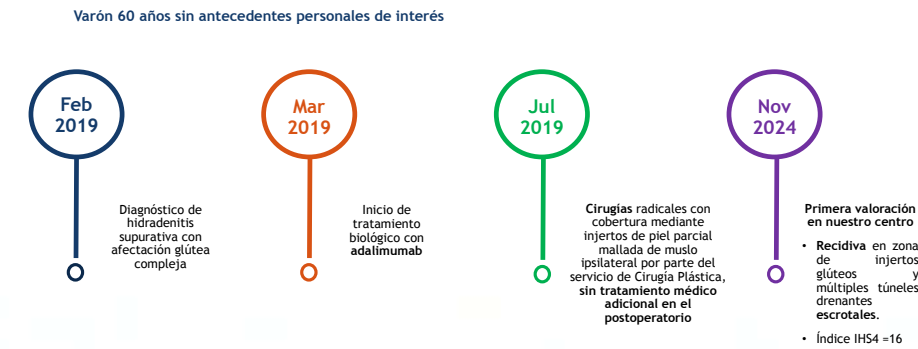
6. Kimball AB, Jemec GBE, Alavi A, Reguiai Z, Gottlieb AB, Bechara FG, Paul C, Giamarellos Bourboulis EJ, Villani AP, Schwinn A, Rueff F, Pillay Ramaya L, Reich A, Lobo I, Sinclair R, Passeron T, Martorell A, Mendes-Bastos P, Kokolakis G, Becherel PA, Wozniak MB, Martinez AL, Wei X, Uhlmann L, Passera A, Keefe D, Martin R, Field C, Chen L, Vandemeulebroecke M, Ravichandran S, Muscianisi E. Secukinumab in moderate-to-severe hidradenitis suppurativa (SUNSHINE and SUNRISE): week 16 and week 52 results of two identical, multicentre, randomised, placebo-controlled, double-blind phase 3 trials. *Lancet*. 2023 Mar 4;401(10378):747-761. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00022-3.

4. Hidradenitis suppurativa severa y linfedema escrotal: un reto terapéutico.

La hidradenitis suppurativa con afectación genitoperineo-glútea extensa y linfedema escrotal representa un desafío terapéutico por su elevada morbilidad y el impacto funcional que conlleva. Este caso pone de relieve la importancia de un abordaje integral que combine tratamiento médico dirigido para el control inflamatorio con cirugía planificada, apoyada en imagen avanzada. La respuesta rápida al bloqueo de IL-17A/F permitió optimizar el estado de los tejidos y facilitar una escrotoectomía reconstructiva más precisa, sin suspender el tratamiento biológico en el perioperatorio.

Varón de 60 años con hidradenitis suppurativa Hurley III y fenotipo mixto, con antecedentes de cirugías radicales glúteas sin tratamiento médico de mantenimiento y recidiva grave posterior. En 2024 presentó linfedema escrotal masivo y múltiples túneles genitoperineo-glúteos (IHS4 = 16). El inicio de bimekizumab produjo una reducción precoz de la actividad a IHS4 = 4 en 2 meses y medio, permitiendo la realización de escrotoectomía parcial con escrotoplastia, obteniéndose buena evolución postoperatoria y control de la enfermedad.

Anamnesis



Exploración física

En región glútea, cicatrices posquirúrgicas con áreas de induración y presencia de túneles no drenantes

Múltiples fistulas activas en el escroto, con exudado purulento, y linfedema peneano (Fig 1)

- Afebril y sin signos sistémicos de infección



Exploraciones complementarias

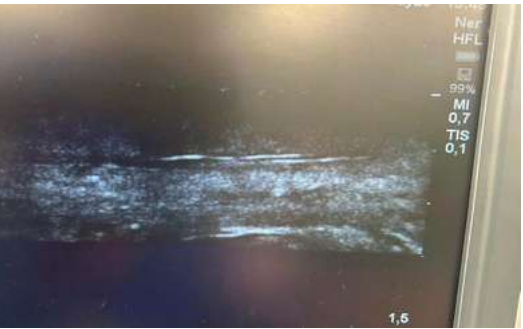
Resonancia Magnética pélvica inicial

- Múltiples trayectos sinusales que se extendían desde glúteos, pliegue interglúteo, margen anal, periné y escroto hacia el tejido celular subcutáneo.

- Se observaron adenopatías inguinales pequeñas y reactivas.

Ecografía intraoperatoria (Fig 2)

- Permitió el mapeo de túneles epitelizados y fibrosados, sin signos inflamatorios, lo que facilitó su localización precisa y la planificación quirúrgica



Diagnóstico

Hidradenitis supurativa Hurley III, fenotipo mixto

- Afectación extensa genitoperineo-glútea asociada a linfedema peneano

Actividad severa al debut en nuestro centro (IHS 16) con mejoría precoz tras optimización médica (IHS4= 4 en 2 meses y medio

Tratamiento

Noviembre 2024

Clindamicina 300 mg y rifampicina 300 mg cada 12 h durante 12 semanas

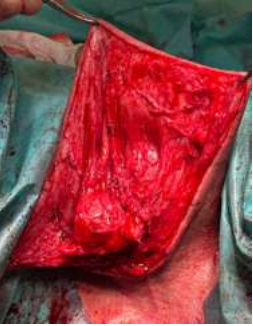
Enero 2025

Bimekizumab con respuesta clínica muy rápida

Mayo 2025

Escrotoctomía parcial con escrotoplastia para resecar túneles residuales y remodelar anatómicamente la zona. (Fig 3 y 4)

- En coadyuvancia con ozenoxacino tópico y prednisona 30 mg/día en pauta descendente semanal.
- Dada la refractariedad a anti-TNF y la elevada actividad inflamatoria.
- En coordinación con Urología.



Con bimekizumab se logró una reducción muy rápida de la actividad (IHS4 = 16 → 4 en 2,5 meses)

- Con disminución del dolor, del drenaje y del componente inflamatorio de los túneles (Fig 5).

Este control permitió optimizar el estado local y planificar un abordaje quirúrgico más preciso y efectivo.

- La escrotoctomía parcial con escrotoplastia redujo el volumen escrotal y el exudado en el postoperatorio inmediato, sin complicaciones.

El tratamiento con bimekizumab se mantuvo de forma continua, sin suspensión en el preoperatorio ni en el postoperatorio.



Comentario

- Este caso ilustra cómo un abordaje exclusivamente quirúrgico, sin un control médico adecuado de la inflamación, puede conducir a recidivas graves y complejas incluso en áreas previamente intervenidas, como sucedió en este paciente a nivel glúteo y escrotal.

- La hidradenitis supurativa requiere un manejo integral y coordinado, combinando cirugía con tratamiento médico dirigido para modular la inflamación y prevenir nuevos brotes. El uso de la terapia biológica con bimekizumab, permitió una reducción muy precoz de la actividad (IHS4 = 16 → 4 en 2,5 meses) y optimizó el estado de los tejidos y de los túneles fistulosos, facilitando una cirugía más precisa y con mejores resultados funcionales

Bibliografía

1. Zouboulis CC, Tzellos T, Kyrgidis A, et al. Development and validation of the International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System (IHS4). Br J Dermatol. 2017;177(5):1401-1409. doi:10.1111/bjd.15748.

2. Zouboulis CC, Bechara FG, Jemec GBE, et al. European SZk guidelines for hidradenitis suppurativa/acne inversa (Part 2: therapy). J Eur Acad Dermatol Venereol. 2025;39

3. Kimball AB, Jemec GBE, Sayed CJ, et al. Bimekizumab in moderate-to-severe hidradenitis suppurativa (BE HEARD I & II). Lancet. 2024;403(10443):2504-2519. doi:10.1016/S0140-6736(24)00101-6.

4. Gener G, Canoui-Poitrine F, Revuz JE, et al. Combination therapy with clindamycin and rifampicin for hidradenitis suppurativa: 116 patients. Dermatology. 2009;219(2):148-154. doi:10.1159/000228334.

5. Ochi H, Karashima T, Taguchi H, et al. Oral clindamycin and rifampicin combination therapy in hidradenitis suppurativa. J Dermatol. 2019;46(4):314-317.

6. Wortsman X, Castro A, Figueroa A. Color Doppler ultrasound assessment of fistulous tracts in hidradenitis suppurativa. J Am Acad Dermatol. 2016;75(4):760-767. doi:10.1016/j.jaad.2016.05.009.

7. Srisajjakul S, Prapaisilp P, Bangchokdee S. Magnetic resonance imaging of hidradenitis suppurativa. Insights Imaging. 2022;13:127.

8. Saylor DK, Brownstone ND, Naik HB. Office-Based Surgical Intervention for Hidradenitis Suppurativa (HS): A Focused Review for Dermatologists. Dermatol Ther (Heidelb). 2020 Aug;10(4):529-549. doi: 10.1007/s13555-020-00391

9. Lema DD, Ngowi BN, Mbwambo OJ, Bright F, Mwakibibi D, Mremi A. Surgical management of the giant scrotal lymphedema: A case report at a tertiary facility in northern Tanzania. Int J Surg Case Rep. 2025 Aug;133:111622. doi: 10.1016/j.ijscr.2025.111622.

5. No son solo granos.

La importancia de realizar ecografía cutánea a toda lesión que pueda ser sospechosa de hidradenitis supurativa.

Se presenta el caso de un varón de 38 años con hidradenitis supurativa tipo folicular en localización costal, una forma atípica de la enfermedad. El diagnóstico se confirmó mediante ecografía cutánea de alta resolución, que evidenció trayectos fistulosos y afectación folicular profunda, clasificándose como Hurley II. Dada la afectación moderada-grave, se inició tratamiento con bimekizumab, con una rápida y sostenida mejoría clínica, reducción del dolor y desaparición de la supuración, lo que permitió la recuperación funcional y la mejora de la calidad de vida del paciente.

Anamnesis

Varón de 38 años, sin antecedentes personales de interés, que consulta por dolor, tumefacción y supuración en la región costal derecha de seis meses de evolución.

No presentaba lesiones previas en áreas intertriginosas clásicas ni antecedentes familiares de HS.

Exploraciones complementarias

La ecografía cutánea de alta resolución mostró múltiples trayectos fistulosos subcutáneos interconectados, dilatación folicular y focos inflamatorios (Figura 2), confirmando el diagnóstico de HS tipo folicular en localización costal.

Exploraciones complementarias

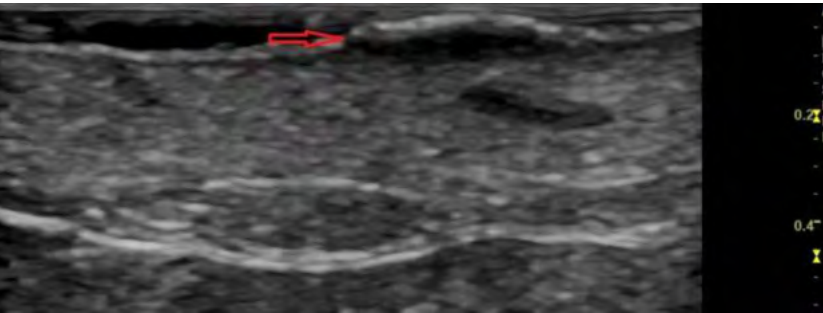


Figura 2. Folículos dilatados y fistula subcutánea (flecha roja), a nivel subcutáneo, visualizada con ecografía cutánea.

Exploración física

La exploración física reveló la presencia de varios nódulos dolorosos, pústulas aisladas y áreas de eritema fluctuante (Figura 1).

No se observaron cicatrices retráctiles ni afectación axilar o inguinal.

El paciente refería limitación funcional en actividades cotidianas, especialmente por el dolor al realizar movimientos de torsión del tronco.

Exploración física



Figural. Eritema, pústulas y nódulos subcutáneos en región costal.

Diagnóstico

La ecografía cutánea confirmó el diagnóstico de HS tipo folicular en localización costal.

Según la clasificación de Hurley, se categorizó como estadio II por la coexistencia de túneles fistulosos separados por áreas de piel sana.

Tratamiento

Ante la presencia de fistulas y la afectación moderada-grave, se decidió iniciar tratamiento con bimekizumab, anticuerpo monoclonal inhibidor de IL-17A e IL-17F, aprobado por la FDA para HS moderada a grave en adultos (1), administrado según la pauta recomendada: 320 mg subcutáneo en las semanas 0, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 y 16, seguido de 320 mg cada 4 semanas.

Evolución

El paciente experimentó una mejoría rápida y sostenida: reducción significativa del número de nódulos inflamatorios, desaparición de la supuración, mejor control del dolor y ausencia de nuevos trayectos fistulosos tras 16 semanas de tratamiento.

Además, refirió notable mejoría en su calidad de vida y reintegración a su actividad laboral sin limitaciones.

Comentario

La hidradenitis supurativa es una enfermedad inflamatoria crónica del folículo piloso, caracterizada por nódulos dolorosos, abscesos y trayectos fistulosos, que comprometen la calidad de vida de manera significativa, con predilección por áreas intertriginosas, aunque puede afectar regiones atípicas como la parrilla costal. El diagnóstico se basa en la clínica y puede complementarse con ecografía cutánea, que permite identificar lesiones subclínicas y definir la extensión anatómica (2). Las áreas más comúnmente afectadas son las regiones intertriginosas (axilas, ingles, región anogenital), aunque se han descrito casos en localizaciones menos típicas como cuero cabelludo, cara, muslos o parrilla costal. En estas formas atípicas el diagnóstico puede demorarse, confundiendo inicialmente con infecciones cutáneas u otras dermatosis inflamatorias.

Este caso ilustra la presentación de HS en una localización atípica como la parrilla costal, lo que puede dificultar el diagnóstico precoz y favorecer un retraso en el inicio de un tratamiento eficaz. La heterogeneidad clínica de la enfermedad obliga a mantener un alto índice de sospecha, especialmente en pacientes con lesiones inflamatorias crónicas y recurrentes fuera de las áreas clásicas (2).

La ecografía cutánea ha emergido como una herramienta indispensable, no solo en la confirmación diagnóstica, sino también en la evaluación de la extensión y en la monitorización de la respuesta terapéutica. La identificación ecográfica de fistulas y dilatación folicular en este caso permitió una correcta estadificación, ajustando la estrategia terapéutica de manera precoz (1).

Comentario

El manejo debe ser multidisciplinar, priorizando el control inflamatorio y la prevención de daño irreversible.

El tratamiento de la HS ha evolucionado con la introducción de terapias biológicas dirigidas, especialmente en casos moderados o graves con fistulas (2, 4). Adalimumab fue el primer fármaco aprobado, aunque una proporción relevante de pacientes no alcanza una respuesta mantenida.

Bimekizumab, un anticuerpo monoclonal frente a IL-17A e IL-17F, ha demostrado eficacia significativa en ensayos clínicos de fase 2 y 3, con tasas de HiSCR-50 y HiSCR-75 superiores a placebo y comparables a adalimumab en ensayos de fase 3, así como mejoras en dolor y calidad de vida (1-3). La seguridad es favorable, con bajo riesgo de eventos adversos graves. La reciente aprobación por la FDA y la EMA posiciona a bimekizumab como una opción de primera línea en HS moderada-grave con fistulas, especialmente en pacientes con respuesta subóptima a otros biológicos (1-4).

Bibliografía

- Glatt S, Jemec GBE, Forman S, et al. Efficacy and Safety of Bimekizumab in Moderate to Severe Hidradenitis Suppurativa: A Phase 2, Double-blind, Placebo-Controlled Randomized Clinical Trial. JAMA Dermatol. 2021;157(11):1279-1288. doi:10.1001/jamadermatol.2021.2905
- Skrzypczak T, Skrzypczak A, Matusiak Ł, Szepietowski JC. An evaluation of bimekizumab for the treatment of hidradenitis suppurativa. Expert Opin Biol Ther. Published online June 21, 2025. doi:10.1080/14712598.2025.2522119
- Garg A, Cohn E, Midgette B, Frasier K, Strunk A. Efficacy and Safety of Medical Interventions for Moderate to Severe Hidradenitis Suppurativa: A Living Systematic Review and Network Meta-Analysis. JAMA Dermatol. Published online July 2, 2025. doi:10.1001/jamadermatol.2025.1976
- Sabat R, Alavi A, Wolk K, et al. Hidradenitis suppurativa. Lancet. 2025;405(10476):420-438. doi:10.1016/S0140-6736(24)02475-9

6. Abordaje diagnóstico y terapéutico de una hidradenitis supurativa refractaria: cuando la presentación pediátrica atípica revela un síndrome genético subyacente.

Se presenta el primer caso descrito en la literatura de asociación de alteración del gen GJB2 relacionado con el síndrome KID e HS pediátrico tratada con fármacos biológicos.

Varón de 16 años, con antecedente de hipoacusia neurosensorial bilateral, que inicia un acné nódulo-quístico y necrótico severo afectando a cara y tronco, lesiones nodulares hiperqueratósicas confluentes tipo pioderma gangrenoso (PG) vegetante-like a nivel axilar y posterior afectación en pubis y trayectos fistulosos axilares, inguinales, retroauriculares y púbicos. Tras ausencia de respuesta a adalimumab y acitretino se realiza switch a infliximab y ertapenem endovenoso, con mejoría rápida de las lesiones, minimizando la repercusión funcional del paciente.

Ante sospecha de hidradenitis supurativa sindrómica y tras estudio genético para descartar enfermedades autoinflamatorias negativo, se realiza una secuenciación del exoma que detecta una variante en heterocigosis en el gen GJB2, compatible con el síndrome Keratitis-Ichthyosis-Deafness (KID).

Anamnesis – Exploración física – Pruebas complementarias

Varón de 16 años, con antecedente de **hipoacusia neurosensorial bilateral**, de diagnóstico a los 11 años (pese a clínica desde los 2, con retraso de la adquisición del lenguaje), usuario de prótesis auditivas. No fumador, con IMC dentro de rango. Sin antecedentes familiares de interés.

Inicia a los 14 años con un **acné nódulo-quístico y necrótico severo** afectando a cara y tronco, con **lesiones nodulares hiperqueratósicas a nivel axilar y posterior afectación en pubis**.

- Se trata con infiltración de **triamcinolona** en lesiones faciales más inflamatorias, así como **isotretinoína** y **prednisona** adyuvante, en pauta descendente.

Se consigue así mejoría de las lesiones faciales y de la espalda, pero con persistencia de lesiones hiperqueratósicas confluentes de aspecto verrucoso tipo **pioderma gangrenoso (PG) vegetante-like** en pubis y área axilar bilateral.

- La **ecografía** pone de manifiesto numerosos trayectos fistulosos.

Diagnóstico

Ante situación clínica actual, se realiza diagnóstico de **hidradenitis supurativa fenotipo acné - HS (ASH)**.

Ante su inicio temprano y la presencia de lesiones PG-like con posibilidad de **fenotipo sindrómico** tipo PG - acné - HS (PASH), se realiza **estudio genético para descartar una enfermedad autoinflamatoria** (análisis de exones de genes asociados a enfermedades autoinflamatorias monogénicas mediante análisis de las secuencias), que resulta **negativo**.

En todo momento se presenta **sin** clínica de uveítis, fiebre recurrente ni otras manifestaciones extra-cutáneas

Tratamiento

Tras constatar una correcta inmunización, se inicia tratamiento biológico con **adalimumab** (a dosis de ficha técnica: 160mg seguidos de 80mg cada 15 días) con **acitretino** a dosis de 0.5mg/kg/día.

Evolución

Tras 7 meses, ante empeoramiento de la clínica requiriendo múltiples visitas en urgencias pediátricas de nuestro hospital, se decide conjuntamente con pediatría su **ingreso para optimización del tratamiento**.

Se evidencia inicio de **lesiones tunelizadas drenantes no interconectadas en axilas, región inguinal bilateral, retroauricular**, así como presencia de **1 túnel en pubis y varios nódulos inflamatorios en la espalda y cara** (figuras 1 y 2).

➤ Presenta ahora un estadio Hurley III, con escala *International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System (IHS4)* de **>10 puntos**, catalogándose como una **HS severa**.

➤ Además, el paciente y su familia refiere una importante afectación funcional (con un *Children's Dermatology Life Quality Index -CDLQI-* de **más de 13 puntos**), generando un absentismo escolar recurrente que impactaba de forma considerable en su proceso de socialización.

Ante la necesidad de una respuesta rápida, se decidió hacer un **switch** a **infliximab** endovenoso a dosis de 10mg/kg (a la semana 0, 2 y 6 como inducción, posteriormente cada 4 semanas), junto con **corticoterapia sistémica** y **ertapenem endovenoso**, con el objetivo de realizar tratamiento quirúrgico en las lesiones tunelizadas posteriormente. Además, curas locales de las lesiones con fomentos secantes de permanganato potásico y antibioterapia tópica. Posteriormente se añadió **metotrexato** para evitar la inmunogenicidad al infliximab. Se da de alta con mejoría franca de la supuración de las lesiones.

Evolución

Ante persistencia de sospecha de hidradenitis supurativa sindrómica se amplió el estudio genético con secuenciación del **exoma mediante tecnología de secuenciación masiva (NGS)**, donde se detecta una **variante en heterocigosis en el gen GJB2**, compatible con el **síndrome Keratitis-Ichtyosis-Deafness (KID)**, con modo de herencia autosómico dominante.

A los **4 meses del alta**, presentaba un menor número de nódulos inflamatorios, escasa supuración de los túneles inguinales drenantes y franca mejoría de las placas hiperqueratósicas púbicas (figuras 3-5). Tanto el paciente como sus progenitores destacaban su progreso funcional, en especial la habilidad de realizar más actividades sociales, así como una mejoría en la autoestima.

Sigue en tratamiento con infliximab a la espera de la realización de la cirugía de las lesiones tunelizadas y **switch** al tratamiento de mantenimiento.

Evolución



Figura 3.

4 meses tras el inicio de infliximab. Detalle de lesiones en pubis. Se observa mejoría de las lesiones hiperqueratósicas, con áreas cicatriciales atróficas.

Evolución



Figura 4.

4 meses tras el inicio de infliximab. Persistencia de lesiones tunelizadas axilares, pero menos drenantes. Se objetiva algún nódulo inflamatorio de distribución follicular.

Evolución



Figura 1.

Inicio del ingreso. Previo a tratamiento con infliximab. Detalle de las lesiones hiperqueratósicas confluentes púbicas.

Evolución



Figura 2.

Inicio del ingreso. Previo a tratamiento con infliximab. Lesiones tipo nódulos inflamatorios con hiperqueratosis asociada en espalda que dejan cicatriz al curar.

Evolución



Figura 5.

4 meses tras el inicio de infliximab. Visión de la espalda con multitud de cicatrices atróficas, con pocas lesiones aún activas.

Comentarios

La HS, si bien a menudo se considera una enfermedad de la edad adulta joven, tiene una aparición significativa y subestimada en poblaciones pediátricas y adolescentes. El diagnóstico en este grupo demográfico vulnerable presenta desafíos únicos, ya que la enfermedad altera profundamente un período crítico de desarrollo físico, psicológico y social (1). Su naturaleza en brotes, implica la necesidad de tratamientos de acción rápida, a menudo a la espera de realizar otras intervenciones terapéuticas.

El **infliximab** se utiliza fuera de indicación en casos de HS moderada-grave en pacientes que han fracasado a terapias de primera línea. Las ventajas del infliximab sobre el adalimumab incluyen mayores tasas de respuesta y una potencial mejoría más rápida (2). Pese a ello, su administración endovenosa, su mayor perfil de efectos adversos y su potencial inmunogenicidad hace que se reserve en casos de enfermedad grave y de progresión rápida, en particular en aquellos casos con lesiones extensas, profundas o altamente inflamatorias, como terapia de choque o *cooling*, como puente a otras terapias, a menudo quirúrgicas (2,3).

Asimismo, la **presentación atípica**, especialmente de inicio temprano nos debe alertar sobre la posibilidad de una variante sindrómica, ya que condiciona el manejo terapéutico, el asesoramiento genético y la búsqueda de comorbilidades asociadas, como en nuestro caso con síndrome KID (4).

Comentarios

El **síndrome KID** es una enfermedad genética con patrón de herencia autosómico dominante causado por mutaciones en el **gen GJB2**, que codifica la conexina 26, proteína crucial para la comunicación entre células (uniones gap), especialmente en la piel, el oído interno y la córnea. Su acrónimo describe sus manifestaciones cardinales: **queratitis, lesiones ictiosis-like** (entre ellas placas hiperqueratóticas verrucosas «eritroqueratodermia», a menudo de distribución folicular) e **hipoacusia neurosensorial**; las dos últimas presentes en nuestro paciente. Hasta el momento no ha presentado queratodermia palmo-plantar, queratitis, alopecia progresiva ni oncodistrofia, otras afectaciones relacionadas con dicho síndrome. Planteamos, a la vista del presente caso, que el acrónimo KID debería revisarse para matizar las características de la “ictiosis” descrita en el mismo, para ampliar el espectro clínico a lesiones más similares a la hidradenitis o el pioderma gangrenoso.

La variante genética encontrada (transversión 32G>A en estado heterocigoto que produce un cambio de aminoácido de glicina a glutamato en el codón 11) es una variante rara sólo descrita anteriormente en la literatura en tres ocasiones (5–7). El cambio de aminoácido produce una disminución de la expresión de la proteína, lo que sugiere ya sea una estabilidad reducida de la proteína mutante o que su sobreexpresión resulte en muerte celular, que explicaría su herencia dominante. La ausencia de familiares afectados podría corresponder a una baja penetrancia de esta mutación o que se trate de una mutación *de novo* (6).

Este síndrome, dada su queratinización aberrante y consecuente obstrucción del folículo se puede asociar con la HS como parte de la triada de oclusión folicular, que también incluye el acné conglobata, formando parte de los trastornos de la queratinización autoinflamatorios (8).

Los pacientes con síndrome de KID y HS suelen presentar una enfermedad grave y refractaria al tratamiento. Las terapias estándar, como los agentes tópicos, los antibióticos y los retinoides, resultan con frecuencia insuficientes, requiriendo a menudo tratamiento quirúrgico. Pese a que en la literatura no haya datos suficientes de uso de tratamiento biológico en dichos pacientes, los mecanismos inflamatorios subyacentes sugieren que las terapias biológicas podrían ser beneficiosas en casos graves y refractarios, como el presente caso (8,9).

Conclusión

Este caso subraya la importante necesidad de una elevada sospecha clínica ante manifestaciones atípicas de hidradenitis supurativa, que obliga a descartar un posible síndrome subyacente. Además, enfatiza la relevancia de un enfoque multidisciplinario, con la intervención coordinada de diversos servicios especializados, para optimizar el control de la enfermedad y minimizar su repercusión funcional. Este aspecto es particularmente crítico en pacientes adolescentes, en quienes la enfermedad impacta una etapa fundamental en la construcción de la identidad y la autoestima.

7. Un enemigo oportunista en la hidradenitis supurativa.

Este caso destaca la importancia de considerar infecciones oportunistas crónicas como causa de exacerbaciones persistentes en hidradenitis supurativa y de tratarlas de forma dirigida, especialmente cuando hay una respuesta subóptima a la terapia inmunomoduladora.

Presentamos el caso de una mujer de 41 años con hidradenitis supurativa (HS) grave, que experimentó un brote severo tras espaciar la pauta de bimekizumab. El estudio microbiológico mediante aspiración profunda de una lesión purulenta permitió identificar *Actinomyces turicensis*, resistente a clindamicina y sensible a moxifloxacino, lo que guió un tratamiento dirigido con evolución favorable. La combinación de antibioterapia específica, inmunomodulación biológica y cirugía menor permitió un control clínico sostenido. Este caso subraya la importancia de considerar infecciones oportunistas en HS avanzada y de emplear técnicas diagnósticas adecuadas para optimizar el manejo terapéutico.

Anamnesis

Mujer de 41 años

Antecedentes personales

- Alergia a betalactámicos, AINEs, metamizol y ácido acetilsalicílico
- Hipertensión intracraneal idiopática
- Hidradenitis supurativa grave
- Espondilitis anquilosante HLA-B27 negativa

Tratamiento habitual: Bimekizumab 320 mg sc cada 4 semanas, paracetamol, acetazolamida

Enfermedad actual

Ante el buen control de la hidradenitis supurativa, se intentó espaciar el intervalo de dosificación de Bimekizumab a 6 y, posteriormente, 8 semanas. La paciente experimentó un empeoramiento progresivo que obligó a retomar la administración de Bimekizumab cada 4 semanas. No obstante, no se consiguió el control de la enfermedad que tenía previamente.

Bibliografía

1. Mohsen ST, Price EL, Lara-Corrales I, Levy R, Sibbald C. Prevalence of Comorbidities Among Pediatric Patients With Hidradenitis Suppurativa: A Meta-Analysis. *JAMA Dermatol.* 2025 Aug 1;161(8):805.
2. Shih T, Lee K, Grogan T, De DR, Shi VY, Hsiao JL. Infliximab in hidradenitis suppurativa: A systematic review and meta-analysis. *Dermatol Ther.* 2022 Sep;35(9):e15691.
3. Zouboulis CC, Bechara FG, Benhadou F, Bettoli V, Bukvic Mokos Z, Del Marmol V, et al. European S2k guidelines for hidradenitis suppurativa/acne inversa part 2: Treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2025 May;39(5):899–941.
4. Nikolakis G, Kaleta KP, Vaiopoulos AG, Wolter K, Baroud S, Wojas-Pelc A, et al. Phenotypes and Pathophysiology of Syndromic Hidradenitis Suppurativa: Different Faces of the Same Disease? A Systematic Review. *Dermatology.* 2021;237(5):673–97.
5. Xiang J, Sun X, Song N, Ramaswamy S, Abou Tayoun AN, Peng Z. Comprehensive interpretation of single-nucleotide substitutions in GJB2 reveals the genetic and phenotypic landscape of GJB2-related hearing loss. *Hum Genet.* 2023 Jan;142(1):33–43.
6. Terrinoni A, Codispoti A, Serra V, Bruno E, Didona B, Paradisi M, et al. Connexin 26 (GJB2) mutations as a cause of the KID syndrome with hearing loss. *Biochem Biophys Res Commun.* 2010 Apr;395(1):25–30.
7. Kozhevnikov O, Kralina S, Yurasova Y, Kenis V, Kircher SG, Al Kaissi A. Progressive Deformity of the Lower Limbs in a Patient with KID (Keratitis-Ichthyosis-Deafness) Syndrome. *Case Rep Orthop.* 2020 Jul 10;2020:8747392.
8. Maintz L, Betz RC, Allam JP, Wenzel J, Jaksche A, Friedrichs N, et al. Keratitis-ichthyosis-deafness syndrome in association with follicular occlusion triad. *Eur J Dermatol EJD.* 2005;15(5):347–52.
9. Song YM, Kim YS, Lee JH, Park YM, Lee JY. Hidradenitis suppurativa in association with keratitis-ichthyosis-deafness syndrome treated with adalimumab. *J Dermatol.* 2018 Sep;45(9):e262–e263.

Exploración física

La paciente presentaba afectación predominante de la región glútea en forma de nódulos inflamatorios, cicatrices atróficas cribiformes con numerosos comedones abiertos y una placa infiltrada eritemato-violácea con drenaje purulento (*Fig. 1*). También se observaron abscesos en la axila y pliegue submamario derechos (*Fig. 2*), cicatrices en puente en la axila izquierda, una fístula en la ingle derecha (*Fig. 3*), y múltiples comedones abiertos, nódulos inflamatorios y pápulas foliculares en axilas, espalda y abdomen (*Fig. 4*).

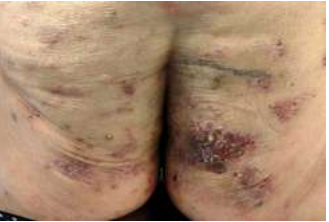


Figura 1. Placa infiltrada con drenaje purulento en glúteo derecho, múltiples comedones abiertos y cicatrices cribiformes en periferia.



Figura 3. Pápulas foliculares y varios nódulos inflamatorios en abdomen y pubis. Una fístula activa en ingle derecha.



Figura 2. Múltiples pápulas inflamatorias, varios nódulos y un absceso distribuidos desde la axila hacia la mama derechas.



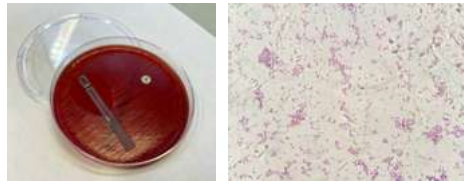
Figura 4. Múltiples comedones abiertos, pápulas foliculares y nódulos inflamatorios extendidos por el tronco posterior.

Exploraciones complementarias

Las pruebas de laboratorio no mostraron alteraciones relevantes.

Por recomendación del servicio de Microbiología, se obtuvo una muestra profunda de la placa glútea purulenta (*Fig. 1*) mediante aspiración con aguja gruesa.

En el cultivo, se identificó *Actinomyces turicensis* resistente a clindamicina (*Figs. 5 y 6*), antibiótico que la paciente había recibido en múltiples ocasiones al tener contraindicación para betalactámicos por alergia y para tetraciclinas y rifampicina por hipertensión intracraneal idiopática.



Identificación microbiológica de *Actinomyces turicensis*.

Figura 5 (izda). Colonias de *A. turicensis* en agar sangre anaerobio tras 72 horas de incubación, con morfología pequeña, grisácea, semitranslúcida y lisa, de superficie brillante y consistencia butírica. La prueba de sensibilidad antimicrobiana evidenció resistencia a clindamicina (disco) y sensibilidad a moxifloxacino (tira).

Figura 6 (dcha). Tinción de Gram de *A. turicensis*, con presencia de pequeños bacilos filamentosos Gram positivos.

COMPARTIENDO
EXPERIENCIAS

Organiza



Diagnóstico

Hidradenitis supurativa grave con sobreinfección por *Actinomyces turicensis*.

COMPARTIENDO
EXPERIENCIAS

Organiza



Tratamiento

Se reinició Bimekizumab en pauta estándar -320 mg cada 4 semanas- y se instauró tratamiento antibiótico dirigido con moxifloxacino 400 mg diarios durante tres meses.

Además, se realizó excisión de un nódulo inflamatorio en axila derecha (*Fig. 7*) y *deroofing* de la fistula inguinal derecha (*Fig. 8*).



Figura 7. Axila derecha a los dos meses de tratamiento combinado, observándose menor actividad inflamatoria con persistencia de nódulo inflamatorio en la mama derecha. En la parte superior, cierre por segunda intención del nódulo inflamatorio extirpado.



Figura 8. Pubis e ingles a los dos meses de tratamiento combinado, con menor actividad inflamatoria y cierre de la fistula en ingle derecha.

COMPARTIENDO
EXPERIENCIAS

Organiza



Evolución

A partir de la segunda semana de tratamiento combinado antibiótico e inmunomodulador, la paciente presentó una mejoría clínica significativa, con reducción del dolor, del exudado purulento y de la inflamación local.

Tras varios meses de seguimiento, mantiene buen control clínico de la HS bajo pauta estándar de Bimekizumab (*Figs. 9 y 10*).



Figura 9. Glúteos tras dos meses de tratamiento combinado, observándose la resolución de la supuración e inflamación activa, con persistencia de comedones abiertos y cicatrices atróficas residuales.



Figura 10. Espalda tras dos meses de tratamiento combinado, con importante disminución del número de lesiones y la actividad inflamatoria de las mismas.

COMPARTIENDO
EXPERIENCIAS

Organiza



Comentarios

Actinomyces spp. es un género de bacterias filamentosas Gram-positivas anaerobias de crecimiento lento, comensales habituales de las mucosas oral, gastrointestinal y genitourinaria (1,2,3). No obstante, pueden comportarse como patógenos oportunistas ante la disrupción de la barrera cutánea, originando infecciones granulomatosas supurativas crónicas (1,2). Solo se han documentado tres casos previos de HS complicada con actinomycosis, todos con buena respuesta al tratamiento antimicrobiano específico prolongado (3,4,5).

Pese a su escasa notificación, el sobrecrecimiento de *Actinomyces* spp. se ha detectado con frecuencia en lesiones crónicas, graves y supurativas de HS. La presencia de flora anaerobia polimicrobiana, incluidos actinomicetos, parece ser un rasgo característico de las formas moderadas a graves de la enfermedad, en contraste con las formas leves (1). La HS puede predisponer a infecciones cutáneas y de partes blandas por bacterias de baja patogenicidad, lo que podría explicar la cronicidad de la supuración. No identificar una sobreinfección por *Actinomyces* spp. puede dificultar el control de la enfermedad, incluso bajo tratamiento inmunomodulador.

COMPARTIENDO
EXPERIENCIAS

Organiza



Comentarios

La incidencia de actinomycosis en HS podría estar infraestimada debido a la baja sensibilidad de las técnicas diagnósticas convencionales, especialmente si se emplean muestras superficiales obtenidas con torunda. La aspiración con aguja o la biopsia de tejido profundo mejora las tasas de detección y la tinción de Gram aumenta la sensibilidad respecto al cultivo aislado. Además, es importante que el clínico informe sobre su sospecha al microbiólogo para optimizar la rentabilidad diagnóstica de las pruebas solicitadas (2).

Conclusión

La actinomycosis puede simular y agravar las lesiones de HS. Su identificación y tratamiento dirigido y prolongado son fundamentales para lograr un control eficaz y sostenido de la enfermedad. Presentamos un caso de HS complicada por sobreinfección con *A. turicensis*, que mejoró con la antibioterapia específica asociada al tratamiento inmunomodulador. Este caso resalta la importancia de considerar la infección oportunista por *Actinomyces* spp. en formas graves y recurrentes de HS.

COMPARTIENDO
EXPERIENCIAS

Organiza



Bibliografía

- Guet-Revillet H, Coignard-Biehler H, Jais J-P, Quesne G, Frapy E, Poirée S, et al. Bacterial pathogens associated with Hidradenitis Suppurativa, France. Emerg Infect Dis. 2014;20(12):1990-1998. doi:10.3201/eid2012.140064.
- Sharma S, Hashmi MF, Valentino DJ 3rd. Actinomycosis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [cited 2025 Aug]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482151/>.
- Bonifaz A, Fernández-Samar D, Tirado-Sánchez A, Vázquez-González D, Mercadillo-Pérez P. Hidradenitis suppurativa associated with actinomycosis owing to *Actinomyces meyeri*. Br J Dermatol. 2021;184(4):e102. doi:10.1111/bjd.19600.
- Nedomansky J, Weiss D, Willinger B, Nickl S, Steininger C. Acne Inversa complicated by *Actinomyces Neuii*. Infection. 2016;44(2):247-249. doi:10.1007/s15010-015-0814-6.
- Khryanin AA, Sokolovskaya AV, Bocharova VK. Hidradenitis Suppurativa Complicated by Actinomycosis and Viral Hepatitis C: A Case Report. Iran J Colorectal Res. 2022;10(4):164-167. doi: 10.30476/ACRR.2023.97920.1167.

COMPARTIENDO
EXPERIENCIAS

Organiza



8. Más allá de la afectación cutánea: hidradenitis supurativa como enfermedad inflamatoria sistémica.

Este caso clínico pone de manifiesto que la hidradenitis supurativa (HS) es mucho más que una enfermedad cutánea, se trata de una patología inflamatoria sistémica, capaz de desencadenar complicaciones graves potencialmente mortales, como el síndrome hemofagocítico (SHF), en el contexto de inmunosupresión e infección. Además, se muestra cómo el enfoque multidisciplinar, el diagnóstico precoz del SHF y el tratamiento intensivo permitieron revertir un cuadro grave. Este caso ilustra la posible relación inmunopatológica entre HS y SHF, así como la necesidad de reconocer signos de disfunción inmune sistémica en pacientes con formas graves de HS.

Se presenta el caso de una mujer de 22 años con HS grave, estadio III de Hurley, de inicio precoz y evolución tórpida, refractaria a múltiples líneas de tratamiento. Durante el tratamiento con infliximab intravenoso, desarrolló una hepatitis aguda fúngica y un síndrome hemofagocítico secundario, ambos en probable relación con la inmunosupresión. Tras su ingreso en UCI y tratamiento dirigido, presentó una buena evolución, permitiendo posteriormente una exéresis quirúrgica extensa con reconstrucción. Actualmente continúa en seguimiento, con un control parcial de la enfermedad, apareciendo lesiones inflamatorias en nuevas localizaciones, aunque sin otras complicaciones infecciosas ni clínica sistémica.

Anamnesis

Mujer de 22 años, natural de Ecuador, en seguimiento en la consulta monográfica de hidradenitis supurativa (HS) de nuestro hospital desde 2019 por una HS de evolución tórpida (figura 1), con inicio a los 14 años.

No refería otros antecedentes personales ni familiares de interés. No fumadora.

Antes de su llegada a nuestro centro, la paciente había recibido tratamiento con corticoides orales e intralesionales, ciclosporina, diversos antibióticos (rifampicina-clindamicina, dapsona, doxiciclina) y adalimumab (que mantenía desde 2016).

Tras el inicio de seguimiento en nuestro centro, se pautaron otros tratamientos, como terapia fotodinámica de axilas y región glútea. Además, se propuestó cambio de tratamiento biológico a ustekinumab en 2021.

En mayo de 2022, a pesar de llevar 11 meses en tratamiento con ustekinumab, la paciente presentaba brotes frecuentes de lesiones inflamatorias, por lo que tomaba prednisona oral de manera intermitente en domicilio. En ese momento, además de múltiples fistulas drenantes interconectadas en axilas, glúteos y región sacra, desarrolló una placa inflamatoria infiltrada de aproximadamente 7 cm de diámetro en la pierna izquierda, con una úlcera central de 1 cm con fondo fibrinoso y exudado seroso, sugestiva de pioderma gangrenoso (figura 2). Dicha lesión se biopsió, con hallazgos histológicos compatibles con el diagnóstico, y se envió una muestra a microbiología, siendo esta estéril.

Además, durante este periodo, la paciente presentó un deterioro clínico sistémico significativo, con pérdida ponderal marcada y anemia (con necesidad de transfusión), probablemente de origen multifactorial (ferropenia y componente de enfermedad crónica).

Todo ello, junto con la mala evolución y la necesidad de corticoides orales, motivó un cambio terapéutico en junio de 2022, iniciándose infliximab intravenoso a dosis de 7,5mg/kg cada 4 semanas.

COMPARTIENDO
EXPERIENCIAS
II CONCURSO CASOS CLÍNICOS EN HIDRADENITIS SUPURATIVA

Organiza



Asociación Española de
Dermatología y Venereología



Asociación Española de
Hidradenitis Suppurativa



Asociación Española de
Dermatología y Venereología

Anamnesis

En octubre del 2022, tras 4 meses de tratamiento con infliximab, la lesión en la pierna izquierda se había resuelto completamente, observándose además una reducción significativa del número de fistulas drenantes a nivel axilar y glúteo. Además de la mejoría de las lesiones cutáneas, también presentó una mejoría de la clínica sistémica, con resolución de la anemia y con ganancia ponderal progresiva.

La paciente permaneció clínicamente estable hasta septiembre de 2023, cuando fue sometida a una colostomía de protección con el objetivo de facilitar, en un segundo tiempo quirúrgico, la exéresis completa del tejido glúteo afecto y su posterior reconstrucción mediante colgajos e injertos.

En octubre de 2023, se inició erlapenem intravenoso como preparación previa a la cirugía de exéresis y reconstrucción del tejido glúteo. Sin embargo, tras la primera dosis, la paciente acudió a urgencias por fiebre de hasta 40°C, mal estado general, dolor y distensión abdominal marcada. Ante la sospecha de shock séptico de probable origen abdominal, se decidió su ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI) para una mejor monitorización y tratamiento intensivo.

COMPARTIENDO
EXPERIENCIAS
II CONCURSO CASOS CLÍNICOS EN HIDRADENITIS SUPURATIVA

Organiza



Asociación Española de
Dermatología y Venereología



Asociación Española de
Hidradenitis Suppurativa



Asociación Española de
Dermatología y Venereología

Anamnesis

Figura 1

Hidradenitis supurativa Hurley III. Múltiples fistulas drenantes y nódulos inflamatorios en axilas y región glútea.



COMPARTIENDO
EXPERIENCIAS
II CONCURSO CASOS CLÍNICOS EN HIDRADENITIS SUPURATIVA

Organiza



Asociación Española de
Dermatología y Venereología



Asociación Española de
Hidradenitis Suppurativa



Asociación Española de
Dermatología y Venereología

Anamnesis

Figura 2.

Placa inflamatoria infiltrada de aproximadamente 7 cm de diámetro en la pierna izquierda, con una úlcera central de 1 cm con fondo fibrinoso y exudado seroso.



COMPARTIENDO
EXPERIENCIAS
II CONCURSO CASOS CLÍNICOS EN HIDRADENITIS SUPURATIVA

Organiza



Asociación Española de
Dermatología y Venereología



Asociación Española de
Hidradenitis Suppurativa



Asociación Española de
Dermatología y Venereología

Exploraciones complementarias

En las exploraciones complementarias realizadas al ingreso, la analítica sanguínea reveló leucocitosis (20.500/ μ L) con desviación izquierda, anemia (Hb 8,24 g/dL), plaquetopenia (110.000/ μ L), elevación del fibrinógeno (933 mg/dL), hiperbilirrubinemia (bilirrubina total 2,2 mg/dL, directa 1,8 mg/dL) y alteración del perfil hepático (AST 43 U/L, ALT 22 U/L, GGT 110 U/L, FA 319 U/L, FA 319 U/L). Destacaban también niveles muy elevados de ferritina (11.564 ng/mL), PCR (23 mg/dL) y triglicéridos (329 mg/dL). Sin alteraciones en la función renal (Cr 0,38 mg/dL, con FG estimado de 145 mL/min).

El TAC abdominal con contraste mostró una colección en el margen inferior del cóccix (2,5 x 2,5 x 4 cm), cambios flemosos y posible colección incipiente en el músculo psoas derecho (2 x 2,8 x 6,5 cm) con inflamación de la grasa adyacente y leve dilatación de la pelvis renal derecha. También se identificaron trayectos fistulosos en el tejido subcutáneo de ambos glúteos, a nivel de la fosa interglútea, condensaciones pulmonares basales bilaterales sugestivas de procesos infecciosos o inflamatorios, y una hepatoesplenomegalia severa.

En el estudio microbiológico, los hemocultivos resultaron negativos, al igual que las serologías para múltiples agentes infecciosos (VIH, virus de las hepatitis A, B y C, sífilis, CMV, toxoplasma, schistosoma, leptospira, *Coxiella burnetii*, *Trypanosoma*, *Rickettsia* y *Leishmania*).

La biopsia hepática (figura 3) evidenció focos necroinflamatorios con polimorfonucleares neutrófilos y células plasmáticas a nivel lobulillar, observándose esporas con tinciones PAS y Grocott, hallazgos compatibles con una hepatitis aguda de probable origen fúngico.

El aspirado de médula ósea no mostró alteraciones ni signos de hemofagocitosis.

Finalmente, la secuenciación de nueva generación (NGS) para enfermedades autoinflamatorias monogénicas fue negativa.

COMPARTIENDO
EXPERIENCIAS
II CONCURSO CASOS CLÍNICOS EN HIDRADENITIS SUPURATIVA

Organiza



Asociación Española de
Dermatología y Venereología



Asociación Española de
Hidradenitis Suppurativa



Asociación Española de
Dermatología y Venereología

Exploración física

A su ingreso en la UCI en octubre de 2023, la paciente se encontraba consciente y orientada, aunque con obnubilación y tendencia a la somnolencia. Presentaba fiebre de 40°C, taquicardia de 130 lpm e hipotensión (80/60 mmHg), con perfusión distal conservada.

En la exploración cutánea se evidenciaron múltiples fistulas complejas drenantes en la región glútea y axilas, así como cicatrices retráctiles en axilas. En la pierna izquierda se observaba una placa cicatricial sin lesiones inflamatorias.

Respiratoriamente, se encontraba taquipneica, pero sin trabajo respiratorio ni sensación disneaica; requería oxigenoterapia con VentiliMask para mantener una saturación de oxígeno superior al 96%, y la auscultación pulmonar revelaba ventilación bilateral adecuada.

El abdomen estaba muy distendido y doloroso a la palpación, especialmente en epigastro, con matidez a la percusión.

COMPARTIENDO
EXPERIENCIAS
II CONCURSO CASOS CLÍNICOS EN HIDRADENITIS SUPURATIVA

Organiza



Asociación Española de
Dermatología y Venereología



Asociación Española de
Hidradenitis Suppurativa

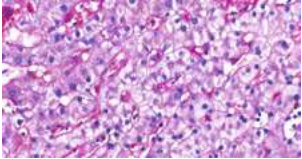


Asociación Española de
Dermatología y Venereología

Exploraciones complementarias

Figura 3.

Biopsia hepática. Se observan esporas con la tinción de PAS.



COMPARTIENDO
EXPERIENCIAS
II CONCURSO CASOS CLÍNICOS EN HIDRADENITIS SUPURATIVA

Organiza



Asociación Española de
Dermatología y Venereología



Asociación Española de
Hidradenitis Suppurativa



Asociación Española de
Dermatología y Venereología

Diagnóstico

Tras los hallazgos observados en la exploración física y las pruebas complementarias, se establece el diagnóstico de hidradenitis supurativa grave, estadio III de Hurley, complicada con colecciones profundas.

Además, probablemente en el contexto de inmunosupresión de la paciente (tratamiento con infliximab), desarrolla una hepatitis aguda fúngica, confirmada por biopsia hepática.

Por otro lado, se establece el diagnóstico de síndrome hemofagocítico, probablemente secundario al contexto de inmunosupresión (infliximab) y desencadenada por el proceso infeccioso (hepatitis fúngica). El *H-Score for Reactive Hemophagocytic* fue de alto riesgo, cumpliendo los criterios de inmunosupresión conocida, fiebre, hepatomegalia, citopenias (Hb<9,2g/dL, plaquetas<110.000/uL), hiperferritinemia, hipertrigliceridemia y elevación de AST.

Tratamiento

El tratamiento se orientó según los diagnósticos establecidos.

Se suspendió de inmediato el tratamiento inmunosupresor y posteriormente, se pauto anidulafungina intravenosa hasta el alta hospitalaria para cobertura de la hepatitis fúngica. Además, se pauto antibioterapia empírica de amplio espectro con meropenem y teicoplanina.

Para el tratamiento del síndrome hemofagocítico secundario, se administró dexametasona a dosis de 10 mg/m² durante 2 semanas, junto con inmunoglobulinas intravenosas (20 g cada 24 horas durante 4 días).

Todo ello acompañado de medidas de soporte intensivo y drenaje de algunas de las colecciones profundas.

Evolución

Figura 5.

Nódulos inflamatorios y fistulas drenantes en pubis



Comentario

La HS y el síndrome hemofagocítico comparten mecanismos inmunopatológicos comunes, a pesar de ser entidades clínicas distintas. Ambas condiciones involucran una activación exagerada del sistema inmune innato, una disfunción de linfocitos T citotóxicos y macrófagos, y una sobreproducción de citocinas proinflamatorias como TNF- α , IL-1 β , IL-6 e IFN- γ . (1,2)

El SHF es un síndrome hiperinflamatorio agudo y potencialmente fatal, desencadenado por infecciones, enfermedades autoinmunes o inmunosupresión, que se manifiesta con fiebre persistente, citopenias, disfunción multiorgánica y hemofagocitosis. Pacientes con HS severa, especialmente aquellos en tratamiento con agentes inmunosupresores, pueden presentar un mayor riesgo de desarrollar SHF secundario ante estímulos adicionales como un proceso infeccioso. (2,3)

Reconocer esta posible asociación inmunopatológica es fundamental para anticiparse a manifestaciones sistémicas, establecer un diagnóstico precoz y aplicar un tratamiento dirigido que pueda prevenir la progresión a complicaciones graves. (1,2)

Evolución

Tras un mes de ingreso hospitalario, la paciente mostró una excelente evolución clínica y analítica, permitiendo el alta hospitalaria. En domicilio, continuó con prednisona oral en pauta descendente y voriconazol oral durante 2 meses, con resolución completa del cuadro, así como de la hepatomegalia.

En enero del 2024, dos meses tras el alta, la paciente fue intervenida por el servicio de cirugía plástica, realizándose una resección radical extensa del tejido glúteo afecto y reconstrucción mediante colgajos de avance bilaterales (Figura 4). El tratamiento con infliximab intravenoso se reanudó un mes después de dicha intervención, en febrero del 2024.

A fecha de hoy, la paciente continúa con infliximab intravenoso, sin haber presentado otros efectos adversos o nuevos procesos infecciosos. Sin embargo, persisten brotes de hidradenitis, con aparición de nuevos nódulos inflamatorios, abscesos y fistulas drenantes en nuevas localizaciones, como en la región púbica y en áreas adyacentes a la cicatriz glútea (Figura 5).

También, vale la pena añadir que desde el inicio de infliximab la paciente no ha vuelto a presentar episodios de anemia, sin necesidad de nuevas transfusiones sanguíneas ni suplementación oral con hierro. Además, durante este tiempo, ha presentado una recuperación nutricional progresiva con aumento significativo de peso, situándose actualmente en rango cercano al sobrepeso.

Evolución

Figura 4.

Tras un mes de la intervención quirúrgica de resección radical extensa del tejido glúteo afecto y reconstrucción mediante colgajos de avance bilaterales



Bibliografía

1. Dourra M, Mussad S, Singer R. Cutaneous manifestations in a patient with reactive hemophagocytic lymphohistiocytosis. Cureus. 2020 Aug 27;12(8):e10089. doi:10.7759/cureus.10089.
2. Demirci Yildirim T, Sari İ. SAPHO syndrome: current clinical, diagnostic and treatment approaches. Rheumatol Int. 2023 Nov;43(11):2075-89. doi:10.1007/s00296-023-05491-3. PMID: 37889264.
3. Henter JL, Horne A, Arico M, Egeler RM, Filipovich AH, Imashuku S, et al. HLH-2004: diagnostic and therapeutic guidelines for hemophagocytic lymphohistiocytosis. Pediatr Blood Cancer. 2007 Feb;48(2):124-31. doi:10.1002/pbc.21039.
4. Abu Rached N, Gambichler T, Ocker L, Schultheis B, Susok L, Schmidt W, Bechara FG. Upadacitinib treatment associated with varicella zoster infection complicated by haemophagocytic lymphohistiocytosis in a patient with severe hidradenitis suppurativa. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2024 Feb;38(2):e139-e141. doi:10.1111/jdv.19483.

9. Manejo quirúrgico de hidradenitis supurativa abdominal avanzada.

Incidimos en el valor de la cirugía para el tratamiento de la hidradenitis supurativa, así como la importancia de una buena técnica reconstructiva para obtener buenos resultados estéticos y funcionales.

Varón de 40 años, fumador activo, con hidradenitis supurativa de 15 años de evolución. Presentaba lesiones residuales en axilas y glúteos, y un plastrón abdominal de 6 cm con múltiples fistulas (Hurley III). La ecografía cutánea permitió delimitar trayectos fistulosos y planificar la cirugía. Se realizó exéresis del plastrón y reconstrucción mediante colgajo Reading Man. La evolución postoperatoria fue favorable, con adecuada cicatrización y sin complicaciones. Este caso subraya la importancia del diagnóstico precoz, la utilidad de la ecografía en la evaluación de la hidradenitis supurativa y, sobre todo, el valor de técnicas reconstructivas específicas en lesiones avanzadas, optimizando resultados funcionales y estéticos.

Anamnesis

- Hombre de 40 años que consultó por hidradenitis supurativa.

- Antecedentes personales:
 - No alergias reseñables.
 - Fumador activo de 1 paquete diario. Bebedor ocasional.
 - Sin antecedentes médicos de interés.
 - Antecedentes quirúrgicos: intervenido de sinus pilonidal en 2019.
 - Antecedentes familiares: sin interés.

- Enfermedad actual:

A nuestra valoración en la primera consulta, el paciente comentó inicio de nódulos dolorosos con supuración intermitente de 15 años de evolución en axilas, glúteos y abdomen. Como tratamientos previos, recibió numerosos ciclos de antibióticos orales y alguna intervención por parte de Cirugía General.

En el momento de la primera visita, tenía lesiones residuales en la mayoría del cuerpo salvo en abdomen donde refería dolor moderado y supuración activa.

Exploraciones complementarias

Ecografía:

Se utilizó sobre el plastrón abdominal para dibujar de manera precisa los límites de los trayectos fistulosos.

Destacamos la ecografía como la técnica complementaria más importante en hidradenitis supurativa por sus múltiples aplicaciones, tales son:

- Delimitar un plastrón para su futura exéresis quirúrgica.
- Obtener un IHS4 más preciso.
- Visualizar fistulas ocultas.
- Etc.



Figura 1. Plastrón abdominal de 5x6 cm tras ser delimitado mediante ecografía cutánea.

Diagnóstico

HIDRADENITIS SUPURATIVA
HURLEY III - IHS4 21 (pre-cirugía)

Evolución

A los 6 días, se citó al paciente en sala de curas de nuestra enfermería para valorar el estado de la herida.

Dada la buena evolución, se procedió a quitar el drenaje y a cura local con povidona yodada, con posterior retirada de puntos por enfermería de su centro de salud.



Figura 5. Aspecto de la herida a los seis días de la intervención.

Tratamiento

Al mes siguiente, se procedió a la exéresis del plastrón abdominal y posterior reconstrucción del defecto cutáneo mediante una Z-plastia asimétrica conocida como **colgajo del lector** (*Reading Man flap*). Tras su realización, se realizó cierre por planos y sutura de piel con seda, dejando previamente un drenaje de Penrose en el interior del lecho quirúrgico.



Figura 2. Delimitación del plastrón abdominal y diseño del colgajo del lector (en nuestro caso, un gato lector).



Figura 3. Defecto cutáneo tras exéresis del plastrón, previo a reconstrucción.



Figura 4. Aspecto de la herida tras reconstrucción inmediata, apréciase drenaje de Penrose colocado en zona declive.

Comentario

Históricamente, es conocida la existencia de un retraso en el diagnóstico de hidradenitis supurativa, con una media de unos 10 años (1). Esta franja temporal, previa al desarrollo de fistulas, es muy importante puesto que supone una **ventana de oportunidad**, donde el inicio del tratamiento y la educación en la enfermedad derivan en una mejor evolución y calidad de vida de los pacientes (2).

En los casos donde se desarrollan lesiones avanzadas y con numerosos trayectos fistulosos se realiza un tratamiento quirúrgico que muchas veces está acompañado de un tratamiento sistémico (3). En cuanto al tratamiento quirúrgico, este está basado en resecciones amplias que, en general, son dejadas a cierre por segunda intención, aunque en algunos casos se contempla el cierre por primera intención ya sea directo o mediante el uso de injertos o colgajos (4). En cuanto al tratamiento sistémico, predomina el uso de ciclos largos de antibiótico oral (tetraciclinas), retinoides orales, corticoides (en brote agudo), tratamiento hormonal como espironolactona o metformina y, más recientemente, terapias biológicas con anti-TNF o anti-IL17 (4).

En nuestro caso, no consideramos pertinente dejar un defecto abdominal de tal calibre a segunda intención. Por lo que, dado el tamaño y forma del defecto calculado, nos pareció coherente reconstruir mediante un colgajo del lector. A modo de resumen, este se basa en una Z-plastia asimétrica cuyo diseño simula la figura de un hombre leyendo un libro, aunque, en nuestro caso, fue un gato el que leía dicho libro. Hemos de destacar que este cierre es ideal en defectos circulares, especialmente en zonas sujetas a movimientos de tensión (5).

Exploración física

A nivel axilar, palpamos dos nódulos en axila derecha sin inflamación en ese momento, resto con cicatrices residuales sin fistulas.

En ambos glúteos, apreciamos numerosas cicatrices residuales y un nódulo en glúteo izquierdo que se infiltró con corticoide intralesional.

En abdomen, destacó la presencia de un plastrón de unos 6 centímetros de diámetro mayor en mesogastrio, con extensión a hipogastrio, de tres años de evolución. Tras exploración minuciosa pudimos objetivar 5 fistulas que fueron tratadas mediante setones y antibiótico oral. En la tercera revisión, dada la estabilidad del plastrón, se decidió incluir en lista de espera para exéresis y cierre mediante plastia.

ICONOGRAFÍA EN SIGUIENTES DIAPOSITIVAS

Bibliografía

1. Kokolakis G, Wolk K, Schneider-Burrus S, Kalus S, Barbus S, Gomis-Kleindienst S, et al. Delayed diagnosis of hidradenitis suppurativa and its effect on patients and healthcare system. Dermatology. 2020;236:421–3.

2. Nikolakis, G. and Tzellos, T. (2025). Hidradenitis suppurativa: One step forward in timely diagnosis and appropriate treatment. J Eur Acad Dermatol Venereol. 39: 1366-1367. <https://doi.org/10.1111/jdv.20575>

3. Monica Rosales Santillan, Martina L. Porter, Alexa B. Kimball. Clinical Evaluation. En: Vivian Y. Shi et al. Comprehensive Guide to Hidradenitis Suppurativa. Elsevier. 2022. p. 62-68.

4. Aleksí J. Hendricks, Jennifer L. Hsiao, Vivian Y. Shi. Overview and Comparison of Hidradenitis Suppurativa Management Guidelines. En: Vivian Y. Shi et al. Comprehensive Guide to Hidradenitis Suppurativa. Elsevier. 2022. p. 130-144.

5. Martínez de Espronceda Ezquerro Í, Azcona Rodríguez M, Sarriguarte Aldecoa-Otalora J, Iglesias Zamora ME. Colgajo del lector como alternativa reconstructiva en regiones sometidas a movimientos de flexoextensión. Actas Dermosifiliogr. 2021;112:563–565.

10. Más allá de la supuración: un sangrado que llama la atención.

El presente caso reviste especial interés por la complejidad clínica y la dificultad diagnóstica que plantea la evolución prolongada de una hidradenitis supurativa (HS) Hurley III, localizada en áreas de riesgo como la región perianal y glútea. La presencia de sangrado crónico, inicialmente atribuido a la actividad inflamatoria de la HS, retrasó la identificación de un proceso neoplásico subyacente, a pesar de múltiples exploraciones y biopsias negativas. Este escenario refleja un reto clínico relevante: diferenciar entre la actividad inflamatoria propia de la HS avanzada y los cambios sugestivos de transformación maligna, situación poco frecuente, pero con elevada morbimortalidad. El caso subraya la necesidad de un alto índice de sospecha, el papel crucial de la biopsia excisional repetida ante lesiones sangrantes o ulceradas, y la importancia del abordaje multidisciplinar en pacientes con HS de larga evolución y comorbilidades significativas.

Se presenta un varón de 64 años con hidradenitis supurativa (HS) Hurley III de 40 años de evolución, con afectación perianal y glútea, en tratamiento biológico. El paciente consultó repetidamente por supuración crónica y episodios de sangrado persistente, inicialmente atribuidos a la actividad inflamatoria de la HS. A pesar de múltiples exploraciones y biopsias negativas, la evolución clínica y el empeoramiento progresivo motivaron nuevas biopsias excisionales que, finalmente, confirmaron la presencia de carcinoma epidermoide verrucoso en margen perianal derecho. El caso ejemplifica la dificultad diagnóstica en HS crónica complicada, donde el solapamiento entre inflamación y neoplasia exige alta sospecha clínica, repetición de biopsias y manejo multidisciplinar.

Anamnesis

- Varón de 64 años pluripatológico: hipertenso con cardiopatía asociada, diabético con retinopatía, enfermedad renal crónica (ERC) avanzada, obesidad, cifoescoliosis severa con trastorno ventilatorio restrictivo, cor pulmonale, EPOC, infecciones por C.difficile de repetición.
- Hidradenitis supurativa (HS) Hurley III de 40 años de evolución, en tratamiento con Secukinumab, de localización axilar, inguinopúbica, perineal y glútea.
- Acudió repetidamente a urgencias por episodios de diarreas frecuentes sin foco infeccioso claro, así como supuración crónica más sanguinolenta de lo habitual en región perianal y glútea, clasificadas como rectorragia como motivo de consulta. En los últimos meses, el sangrado, tipo babeo, se intensificó, condicionando importante astenia.

Exploración física

Leve supuración en axila izquierda (Fig.1) e ingle derecha (Fig.2). Zona púbica con cobertura mediante colgajo ALT con lengüeta peneana ventral y sutura primaria de uretra distal, tras desbridamiento por shock séptico por sobreinfección perianal previa por E.coli multisensible, sin orificios drenantes. En margen perianal izquierdo, se aprecia eritema empastado sin claros orificios drenantes; en el derecho, tumoración excrecente, friable, dolorosa al tacto, sobre placa eritematosa empastada (Fig.3).



Fig.1. Exploración física axila izquierda: trectos fibrosos con túneles drenantes.



Fig.2. Exploración física ingle derecha: fístula drenante en extremo derecho de colgajo de cobertura anterolateral de muslo en zona púbica.



Fig.3. Exploración física glútea y perianal en decúbito lateral: sobre una placa de eritema empastada glútea y perianal, destaca en margen perianal derecho una tumoración excrecente y friable.

Exploraciones complementarias

Fue valorado por Cirugía General, descartando origen rectal del sangrado.

- Analítica sanguínea (AS): leucocitosis (14400) a expensas de neutrófilos con elevación de reactantes de fase aguda (plaquetas 490 000, PCR 131), así como anemia microcítica con Hb 7.7, en contexto de sangrado insidioso sobre ERC.
- Tomografía computarizada (TAC) abdominopélvica con contraste intravenoso (CIV): no se identificaron focos de sangrado activo. Se apreciaron cambios inflamatorios a nivel de periné y región interglútea con extensión hasta raíz de cuerpos cavernosos del pene, en relación con cirugía de desbridamiento previo.
- Colonoscopia: pólipo aislado y hemorroides externas sin focos de sangrado.

Diagnóstico

HS Hurley III con mala evolución pese a tratamiento biológico y **sospecha de malignización sobre inflamación crónica**.

Tratamiento

- Enfriamiento de la enfermedad en planta de Cirugía General con **ertapenem intravenoso**.
- Se practicó **biopsia en huso quirúrgica** sobre **masa friable glútea derecha**. La Anatomía Patológica (AP) identificó lesiones de HS con actividad aguda moderada **sin datos de malignidad**.

Comentario

Presentamos el caso de un **varón de 64 años** con **HS Hurley III perianal y glútea de larga evolución**, con **episodios repetidos de sangrado**. Tras **descartar origen intestinal y rectal, se atribuyó a inflamación activa**. **Varias biopsias excisionales** confirmaron **carcinoma epidermoide (CE)**. Este caso subraya la necesidad de **alta sospecha ante cambios clínicos en HS crónica**, sobre todo en varones con afectación perianal o glútea^{1,2}. Aunque la literatura describe el **sangrado como síntoma frecuente en brotes avanzados**³, también puede ser **marcador** de neoplasia oculta². La **biopsia precoz en lesiones sangrantes o ulceradas** es clave para diagnóstico temprano de CE, presente en 4,6% de pacientes con HS y asociado a mortalidad cercana al 40%². El diagnóstico diferencial de tumoraciones friables sangrantes en HS prolongada incluye CE, granuloma piógeno¹ y hidradenocarcinoma maligno⁴.

Bibliografía

- Mboyu Mpita G, Kabbani M, Benhadou F. Fast-growing mass in a patient with hidradenitis suppurativa. Int Wound J. 2022 Dec;19(8):2224-2225.
- Rudzikaite G, Jokubaitė J, Markevičius D, Pamedys J et al. Massive Malignant Transformation in a Patient with Hidradenitis Suppurativa during Anti-Tumor Necrosis Factor Treatment. Adv Skin Wound Care. 2025 Jun 1;38(5):278-279.
- J.M. Fernandez, A.M. Thompson, J.S. Kirby, J.L. Hsiao et al. Characterizing physical symptoms of flare in hidradenitis suppurativa: a patient survey, British Journal of Dermatology, Volume 184, Issue 1, 1 January 2021, Pages 160–162.
- Aquino Williams A, Clemen B, Iyer R, Shehata A et al. Rarely seen accelerated progression of hidradenitis suppurativa. J Clin Images Med Case Rep. 2021; 2:1129.

Evolución

- Alta con ertapenem** intramuscular (im).
- Ingresó al mes por malestar general** con pico febril puntual, **proctalgia a la sedestación** y múltiples orificios fistulosos, destacando **supuración perineal con sangrado en babeo. AS** con **inflamación aguda y TAC (Fig. 4)** con **trayectos fistulosos**. Con la sospecha mantenida de malignización, se realizó **nueva biopsia de tumoración perianal derecha excrecente friable**, con **AP negativa para malignidad**. Se volvió a pautar **ertapenem im** y se cambió tratamiento de mantenimiento por **guselkumab 100 mg** cada 4 semanas.

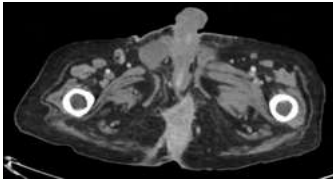


Fig.4. TAC pélvico con contraste intravenoso: se aprecian trayectos fistulosos en ambas regiones isquioanales, alcanzando el plano cutáneo en región glútea e interglútea; desde el flemón perineal parten dos trayectos fistulosos, dirigiéndose uno al testículo izquierdo y otro hacia ambas regionales inguinales hasta plano cutáneo.

- Al mes siguiente**, tras haber mejorado clínicamente, **ingresó** por diarrea C.difficile positiva y **aumento de la supuración perineal**. Se solicitó nuevo **TAC con CIV** por sospecha de neoplasia intaraanal, **sin cambios** respecto al previo. Se decidió tratamiento con **ertapenem, desbridaje quirúrgico** en zona de neoescroto y perianal, así como toma de **biopsias en base del pene, perianal derecho, endoanal y pliegue interglúteo**. En todas las muestras se identificó actividad inflamatoria de HS, pero, en el **margen perianal derecho**, se detectaron focos muy sugestivos de **carcinoma verrucoso bien diferenciado de tipo cuniculatum (Fig.5)**. Se había encontrado el mismo tipo de carcinoma en el fondo del material desbridado por sepsis tipo gangrena de Fournier a nivel escrotal, que el paciente había presentado en el año previo.

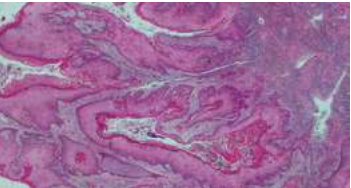


Fig.5. H&E (25x) biopsia en huso perianal derecha: se observa un carcinoma epidermoide bien diferenciado, con patrón papilomatoso y crecimiento endofítico de crestas epidérmicas elongadas y redondeas que infiltran profundamente.

- Tras un **último ingreso con anemización por sangrado perianal** que condicionó **inestabilidad hemodinámica**, así como **empeoramiento de la actividad inflamatoria** de la HS a nivel perineal izquierdo, se decidió en el **comité multidisciplinar** (Dermatología, Cirugía General, Cirugía Plástica, Oncología) nuevo ciclo de **ertapenem y amputación abdominoperineal**.

11. Hidradenitis supurativa en cuero cabelludo: expresión infrecuente dentro de la tétrada de oclusión folicular.

Este caso destaca por la afección atípica del cuero cabelludo en un paciente con hidradenitis supurativa, lo que lo convierte en un ejemplo infrecuente y de difícil diagnóstico diferencial con celulitis disecante. La coexistencia de lesiones típicas en axilas y tórax resalta la importancia de considerar la hidradenitis supurativa en localizaciones no clásicas, lo que tiene implicaciones significativas en el tratamiento. Además, subraya la necesidad de un enfoque multidisciplinar y de escalada terapéutica en casos graves.

Presentamos el caso de un hombre de 40 años con hidradenitis supurativa de evolución crónica, que acude por lesiones inflamatorias dolorosas en el cuero cabelludo, consistentes en abscesos, nódulos inflamatorios y áreas cicatriciales. El paciente también presenta lesiones típicas de hidradenitis supurativa en axilas y zona anterior del tórax. Tras el diagnóstico clínico y confirmación histológica, se inició tratamiento combinado con clindamicina, rifampicina y corticoides orales, logrando una mejoría parcial. Dado el curso grave y extenso de la enfermedad, se pautó posteriormente secukinumab, un fármaco biológico inhibidor de IL-17A, con buena respuesta clínica. No obstante, el paciente se cambió de lugar de residencia y perdió el seguimiento. Este caso resalta la importancia de considerar localizaciones atípicas de la hidradenitis supurativa y el uso de tratamientos biológicos en casos graves y refractarios.

Exploración física

- Cuero cabelludo:** Presencia de múltiples nódulos inflamatorios, abscesos fluctuantes con salida de material purulento y áreas cicatriciales atróficas y fibrosas, especialmente en región occipital y parietal. Se observan trayectos fistulosos y alopecia cicatricial parcheada.
- Axilas:** Nódulos eritematosos dolorosos, algunos abscesos drenantes y cicatrices fibrosas antiguas.
- Tórax anterior:** Lesiones nodulares inflamatorias y abscesos subcutáneos con tendencia a fistulización.
- Resto de la exploración:** No hallazgos patológicos relevantes.



Fig 1. Afectación difusa del cuero cabelludo con lesiones nodulares supurativas, áreas eritematosas y placas cicatriciales que condicionan pérdida de folículos.

Anamnesis

- Hombre de 40 años que consultó por hidradenitis supurativa.
- Antecedentes personales:**
 - No alergias medicamentosas conocidas.
 - No consumo de drogas. Fumador activo de 15 cigarrillos/día desde los 18 años.
 - Sobrepeso (IMC 29 kg/m²).
- Enfermedad actual:**

El paciente refiere aparición progresiva de nódulos dolorosos en el cuero cabelludo desde hace aproximadamente 8 meses. Evolución tórpida, con formación de abscesos que drenan material purulento y dejan cicatrices retráctiles. En los últimos 6 meses ha notado lesiones similares en ambas axilas y región esternal anterior, con brotes recurrentes, dolor intenso y limitación funcional. Niega fiebre u otros síntomas sistémicos, salvo malestar general y afectación importante de la calidad de vida.

Exploraciones complementarias

Análítica sanguínea:

- Leucocitosis ligera con neutrofilia.
- PCR y VSG elevadas.
- Función hepática y renal dentro de la normalidad.

Cultivo de exudado purulento: Crecimiento de *Staphylococcus aureus*.

Biopsia cutánea (cuero cabelludo): Infiltrado inflamatorio crónico perianexial, abscesos foliculares y destrucción parcial de unidades pilosebáceas, compatibles con hidradenitis supurativa.



Fig 2. Múltiples nódulos inflamatorios, abscesos con exudado purulento y cicatrices retráctiles en cuero cabelludo, región temporal y parotídea. Se evidencian trayectos fistulosos y alopecia cicatricial parcheada.

Diagnóstico

HIDRADENITIS SUPURATIVA
HURLEY III

Evolución

Tras 10 semanas de tratamiento combinado con antibióticos y corticoides, el paciente presenta leve mejoría clínica, disminución del dolor, reducción del número de abscesos activos y resolución parcial de la inflamación en cuero cabelludo y axilas. Presentaba áreas cicatriciales y alopecia definitiva en zonas afectadas. No obstante, dado el curso grave y extenso de la enfermedad, se pautó posteriormente secukinumab, un fármaco biológico inhibidor de IL-17A, con buena respuesta clínica tras la fase de inducción. Se consensuó con farmacia hospitalaria una pauta de mantenimiento de 300 mg cada 2 semanas dada la carga de enfermedad. El paciente finalmente perdió el seguimiento con nosotros debido a cambio de lugar de residencia.

Tratamiento

- Antibiótico combinado:** Clindamicina 300 mg/12h + Rifampicina 300 mg/12h durante 10 semanas.
- Corticoides sistémicos:** Prednisona 0,5 mg/kg en pauta descendente durante 4 semanas para control de la inflamación intensa.
- Tratamiento tópico adyuvante:** Antisépticos locales (clorhexidina) y curas de drenaje.
- Medidas generales:** Suspensión del hábito tabáquico, recomendaciones higiénico-dietéticas, control del peso.

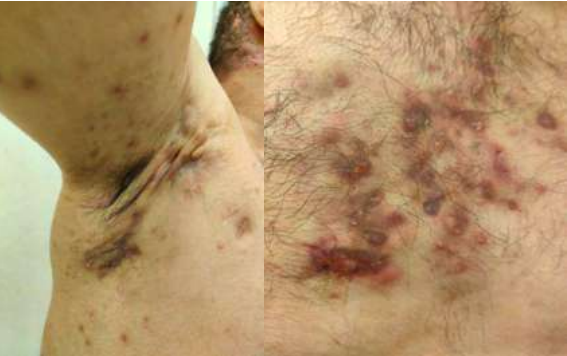


Fig 3 y 4. Lesiones típicas de hidradenitis supurativa en axilas y zona anterior del tórax.

Comentario

La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica de los folículos pilosebáceos caracterizada por la aparición de nódulos dolorosos, abscesos recurrentes, fistulas y cicatrices, con predilección por áreas intertriginosas como axilas, ingles, periné y glúteos (1). La afectación del cuero cabelludo es poco frecuente, lo que convierte este caso en una presentación atípica y clínicamente relevante. En algunos casos, se asocia con otras enfermedades inflamatorias como la celulitis disecante del cuero cabelludo, como parte del síndrome de oclusión folicular (2)

La celulitis disecante del cuero cabelludo es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por formación de fistulas, nódulos y abscesos en cuero cabelludo que derivan en alopecia cicatricial. Existen diferentes estadios de la enfermedad: estadio I (nódulos y abscesos separados por tejido normal), estadio II (nódulos y abscesos y formación de fistulas) y estadio III, que es el que presenta nuestro paciente, caracterizado por nódulos, abscesos, fistulas y alopecia cicatricial. En las últimas series publicadas, hasta un 85% de los pacientes con celulitis disecante del cuero cabelludo padecían también HS; de hecho, muchos autores lo consideran parte de la misma enfermedad (3)

En los casos en que las lesiones están en áreas visibles como el cuero cabelludo o la cara, el impacto sobre la calidad de vida es aún mayor. La coexistencia de ambas patologías implica realizar un abordaje terapéutico que cubra todas las manifestaciones clínicas (4,5)

En conclusión, este caso ilustra una forma inusual de hidradenitis supurativa con afectación del cuero cabelludo y axilas, lo que resalta la necesidad de un diagnóstico cuidadoso y un enfoque terapéutico integral. La identificación temprana y el tratamiento individualizado son claves para prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente.

Bibliografía

1. Badaoui A, Reygagne P, Cavelier-Balloy B, Pinquier L, Deschamps L, Cricxx B, et al. Dissecting cellulitis of the scalp: a retrospective study of 51 patients and review of literature. Br J Dermatol. 2016;174(2):421-3.

2. Masson R, Jeong CY, Ma E, Crew AB, Fragoso NM, Shi VY, et al. Treatments for dissecting cellulitis of the scalp: A systematic review and treatment algorithm. Dermatol Ther (Heidelb) 2023;13(11):2487-526.

3. Jastrza, b B, Szepletowski JC, Matusiak L. Hidradenitis suppurativa and follicular occlusion syndrome: Where is the pathogenetic link? Clin Dermatol. 2023;41(5):576-83.

4. Monica Rosales Santillan, Martina L. Porter, Alexa B. Kimball. Clinical Evaluation. En: Vivian Y. Shi et al. Comprehensive Guide to Hidradenitis Suppurativa. Elsevier. 2022. p. 62-68.

5. Maronese CA, Moltrasio C, Genovese G, Marzano AV. Biologics for Hidradenitis suppurativa: evolution of the treatment paradigm. Expert Rev Clin Immunol. 2024 May;20(5):525-545. doi: 10.1080/1744666X.2023.2298356. Epub 2024 Jan 2. PMID: 38130204.

12. Lesiones exoříticas eritematosas vulvares: claves para el diagnóstico diferencial de dos entidades.

Presentamos dos entidades diferentes que pueden presentarse de forma clínica similar, pero con algunos hallazgos claves diferentes que permiten el diagnóstico diferencial. Esto es importante dado el gran impacto en la calidad de vida de los pacientes que padecen estas enfermedades, así como las diferencias en la etiología, la fisiopatología y el tratamiento de estas entidades.

Caso clínico 1: Mujer de 64 años con factores de riesgo cardiovascular derivada por médico del ambulatorio por lesiones genitales, inguinales y glúteas, supurativas, de más de 20 años de evolución, asintomáticas. Tratamientos previos con antibióticos tópicos y orales. A la exploración física presenta eritema, edema y tumefacción zona vulvar e inguinal, con formación de fistulas inflamadas, formación de pólipos pseudoepiteliomatoso.

Caso clínico 2: Mujer de 27 años, con antecedentes de enfermedad de Crohn, derivada desde ginecología por eritema y edema en región vulvar, incluyendo labios mayores y menores, muy dolorosos. A la exploración física presenta eritema, edema vulvar y labio menor accesorio.

Anamnesis

Paciente 1	Paciente 2
Mujer de 64 años	Mujer de 27 años
Antecedentes personales: factores de riesgo cardiovascular, enfermedad renal crónica, trastorno depresivo	Sin antecedentes personales ni familiares de interés
Derivada por médico del ambulatorio por lesiones genitales, inguinales y glúteas, supurativas , de más de 20 años de evolución, asintomática	Derivada por ginecología por episodios de eritema y edema vulvar, muy doloroso
Tratamientos previos: antibióticos tópicos y orales	Tratamientos previos: antibióticos tópicos y orales



Exploración física

Paciente 1

Paciente 2

1 Eritema, edema y tumefacción zona vulvar e inguinal, con formación de fistulas inflamadas

2 Formación de pólipos pseudoepiteliomatoso

3 Induración de la piel, "aparencia leñosa"

4 Mutilación vulvar (pérdida estructura anatómica de los labios mayores)

1 Eritema y edema en región vulvar, incluyendo labios mayores y menores

2 Placas eritematosas en el muslo

3 Labio menor accesorio

Figura 1. Paciente 1

Figura 2. Paciente 2

Exploraciones complementarias

Paciente 1	Paciente 2
Biopsia cutánea del pubis: infiltrado inflamatorio crónico con focos de inflamación aguda . Sin signos de malignidad.	Biopsia cutánea labio mayor derecho: infiltrado inflamatorio crónico, granulomas no caseificantes
RNM pélvica: engrosamiento del tejido celular cutáneo/subcutáneo con edema, con varias imágenes sugestivas de trayectos fistulosos complejos	TAC pélvico: extensa panproctocolitis . Proceso inflamatorio perineal que afecta a tejido subcutáneo, probablemente región vaginal-introito /región perianal Colonoscopia que informa de pancolitis con ileoscopia normal



Diagnóstico

Linfedema secundario a hidradenitis supurativa VS Enfermedad de Crohn metastásica



Diagnóstico

Paciente 1
Linfedema secundario a hidradenitis supurativa



Figura 1. Paciente 1

Paciente 2
Enfermedad de Crohn metastásica (vulvar) y dermatosis neutrofílica asociada



Figura 2. Paciente 2

Linfedema vs Crohn metastásico

Linfedema secundario a hidradenitis supurativa

La HS promueve bloqueo de los conductos linfáticos debido a la inflamación, formación de fístulas y fibrosis.

Enfermedad de Crohn metastásica (vulvar) y dermatosis neutrofílica asociada

- La enfermedad de Crohn puede ir asociada a manifestaciones extraintestinales y la afectación cutánea es la segunda en frecuencia.
- Las manifestaciones pueden ser específicas o inespecíficas siendo la enfermedad de Crohn metastásica parte del primer grupo.

- Problemas funcionales
- Disminución de la calidad de vida
- Dispareunia, pene enterrado, disfunción eréctil
- Infecciones recurrentes
- Riesgo de malignidad: carcinoma escamoso, angiosarcoma
- ...

Diagnóstico diferencial

	Antecedentes asociados	Hallazgos clínicos característicos	Histología	Pruebas complementarias
Linfedema secundario a hidradenitis supurativa	Hidradenitis grave con afectación genital/inguinal	-Eritema, edema y tumefacción, fístulas inflamadas -Formación de pólipos pseudoepiteliomatoso -Induración de la piel, "apariciencia leñosa"	Infiltrado inflamatorio crónico con focos de inflamación aguda	Engrosamiento del tejido celular cutáneo/subcutáneo con edema, trayectos fistulosos complejos
Enfermedad de Crohn metastásica (vulvar)	Enfermedad de Crohn	-Eritema y edema en región vulvar, incluyendo labios mayores y menores -Labio menor accesorio -Úlceras y fisuras en zona genital y glútea (Figura 3)	Infiltrado inflamatorio crónico, granulomas no caseificantes	Inflamación y úlceras en tracto gastrointestinal

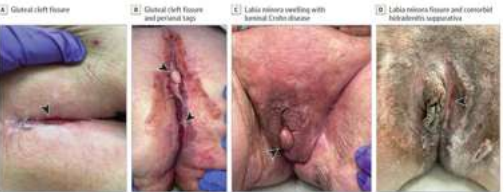


Figura 3. Hallazgos enfermedad de Crohn metastásica

Tratamiento

Gold standard: combinación de terapias no quirúrgicas y quirúrgicas

Linfedema secundario a hidradenitis supurativa

Antibióticos tópicos y orales, sulfona y colchicina con mala evolución.
IHS4: 32, DLQI:3

Enfermedad de Crohn metastásica (vulvar) y dermatosis neutrofílica asociada

Corticoides sistémicos, posteriormente Infliximab + Azatioprina

Inicio de Adalimumab 80mg cada 15 días

Buen control de enfermedad de Crohn. Por mal control de dermatosis neutrofílica se añade sulfona (100mg/día)

Evolución

Paciente 1
Linfedema secundario a hidradenitis supurativa

Antibióticos tópicos y orales, sulfona y colchicina con mala evolución. IHS4: 32, DLQI:3

Inicio de Adalimumab 80mg cada 15 días

Respuesta parcial con mejoría HS. IHS4: 22, DLQI:0

Actualmente en espera de intervención quirúrgica de lesiones polipoides genitales y glúteas

Paciente 2
Enfermedad de Crohn metastásica (vulvar) y dermatosis neutrofílica asociada

Corticoides sistémicos, posteriormente Infliximab + Azatioprina

Buen control de enfermedad de Crohn. Por mal control de dermatosis neutrofílica se añade sulfona (100mg/día)

Por mala evolución se decide interrumpir Infliximab y sulfona, se inicia Risankizumab

Actualmente por mal control de dermatosis neutrofílica se decide añadir Upadacitinib 15 mg/día

Bibliografía

- Ebriani J, Santiago-Soltero K, Anshelevich EE, et al. Delphi panel for the development of diagnostic criteria for metastatic cutaneous Crohn disease: a consensus statement. JAMA Dermatol. 2025;161(6):642-7. doi:10.1001/jamadermatol.2025.111.
- Sleigh BC, Manna B. Lymphedema [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan [updated 2023 Apr 19; cited 2025 Sep 11]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537239/>
- Rockson SG, Rivera KK. Estimating the population burden of lymphedema. Ann N Y Acad Sci. 2008;1131:147-54.
- Micieli R, Alavi A. Lymphedema in patients with hidradenitis suppurativa: a systematic review of published literature. Int J Dermatol. 2018;57(12):1471-80. doi:10.1111/ijd.14173.

13. Una enfermedad cutánea devastadora con secuelas sistémicas.

Un proceso inflamatorio cutáneo crónico puede evolucionar hasta comprometer múltiples esferas de la salud del paciente y poner en riesgo su vida.

Un varón de 67 años presenta hidrosadenitis glútea grave de larga evolución con marcado deterioro de su calidad de vida. La complejidad del cuadro requiere de varios tratamientos médicos en combinación con tratamiento quirúrgico en un trabajo conjunto de varias especialidades. Pese a ello el paciente desarrolla comorbilidades que suponen un reto diagnóstico y terapéutico y que comprometen su salud a largo plazo.

Anamnesis

Varón de 67 años.
Fumador de 10 cigarrillos al día.
AP: linfoma no Hodgkin folicular estadio IIA en remisión completa desde hace más de 10 años, S. coronario agudo e ictus isquémico.

Remitido a Dermatología desde Cirugía General por "Enfermedad fistulizante compleja con afectación de músculo elevador del ano y glúteo".

Lesiones dolorosas, pruriginosas y supurantes localizadas exclusivamente en zona glútea, empeoramiento progresivo.
Desde los 27 años. Nunca valorado por Dermatología, no tratamiento previo.
Grave afectación de la calidad de vida: mal olor, dolor, picor y supuración continua que le obliga a usar pañal.

Niega dolor abdominal, diarrea o productos patológicos en las heces.

Exploraciones complementarias

Análítica (18/03/2024) - previa al inicio de biológicos

Hiperglucemia, perfil renal y hepático dentro de la normalidad, PCR y VSG elevadas, colesterol y triglicéridos en rango, hemograma normal. Serología y Quantiferon negativos.

Radiografía de tórax (18/03/2024)

Esternotomía media. Signos de atrapamiento aéreo.

Densitometría (28/03/2025)

Osteoporosis en columna lumbar, osteopenia en cadera.

Biopsia glútea (17/12/2024)

Sin evidencia de malignidad.

Diagnóstico

Hidrosadenitis Hurley III glútea y perianal.

Exploración física

En glúteos y zona perianal se aprecian placas duras normocoloreadas con zonas eritematosas localizadas.

Al menos 10 orificios supurantes de forma espontánea y más abundantemente a la palpación, compatibles con túneles drenantes complejos.

Dolor a la presión.

Normopeso. No se apreciaban en ingles, genitales o axilas lesiones activas ni cicatrices.



Fig. 1. Imagen clínica del paciente, donde se aprecian numerosos trayectos fistulosos.

Exploraciones complementarias

RMN zona glútea (15/05/2023) – Primera visita

Fístula perianal compleja con múltiples trayectos en el espesor del músculo pubococcígeo, músculo elevador del ano, esfínter anal externo de forma bilateral, con apertura a múltiples orificios externos en región perineal, perianal y glúteos bilaterales.

Las fistulas no contactan con el hueso coccígeo. No se consigue identificar el orificio interno.

RMN zona glútea (19/06/2025) – Previa a cirugía

Tractos fibrocicatriciales que se originan en región sacrococcígea con extensión al tejido celular subcutáneo de la región interglútea y con infiltración de la dermis secundario a sinus pilonidal complejo.

Lóculos de líquido de morfología filiforme que discurre entre dichos cambios inflamatorios. En el lado izquierdo existe un tracto lineal de líquido en fascia del glúteo mayor que la atraviesa en su totalidad, conformando una pequeña colección de paredes hipercaptantes de 2x1,7x2,7cm que rodean anteriormente al músculo glúteo y parecen contactar sin clara afectación el aspecto posterior en el tracto iliotalibial.

No se observan focos de aumento de señal ni ensanchamiento de las articulaciones sacroilíacas o coxofemorales que sugiera sinovitis ni signos de capsulitis.

Tratamiento

Recomendaciones generales, abandono del hábito tabáquico, uso de gel antiséptico en zona de lesiones.

Doxiciclina 200mg/día (Julio-Agosto 2023, Marzo 2024): regular tolerancia y ligera mejoría.

Secukinumab (Abril-Octubre 2024): mejoría durante inducción, empeoramiento con mantenimiento.

Bimekizumab (Octubre 2024-actualidad): mejoría en inducción, empeoramiento en mantenimiento. Se pasa a pauta intensificada: 320mg cada 2 semanas.

Clindamicina 300mg/12h (Octubre y Noviembre de 2023 y 2024, Mayo y Junio de 2025): en brotes, cierta mejoría.

Metronidazol 250mg/12h (Septiembre 2023): mala tolerancia y apenas mejoría.

Metformina 875mg/día (Septiembre 2023, Diciembre 2024-Julio 2025): regular tolerancia, varios abandonos.

Ertapenem 1g/día x6 semanas (Marzo-Mayo 2025, Junio-Julio 2025): 2 ciclos con excelente respuesta.

Prednisona en pauta descendente (Abril 2024, Octubre y Noviembre 2024, Marzo y Abril 2025, Junio 2025): en brotes, con mejoría.

Tramadol 37,5mg + Paracetamol 325mg hasta 8 comprimidos al día, parches de Fentanilo 50 microgramos cada 3 días, Metamizol 575mg o Dextetoprofeno 75mg si dolor irruptivo.

Calcio 1000 mg/colecalciferol 800UI.

Evolución

Deja de fumar.

Densitometría de osteoporosis: imposibilidad de bifosfonatos.

Dolor invalidante en cadera izquierda.

-REU: tendinitis/rotura glúteo medio.

-Radiografía: entesopatía.

-RMN: descarta afectación articular.

-Se intenta tratamiento como neuralgia postherpética: sin resultado.

Zona pétrea en la nalga: biopsia negativa para malignidad.

Cirugía (29/07/2025) por parte de CGD y CPL.



Fig. 2. Pieza extirpada en la cirugía.

Evolución

Resultado histopatológico: carcinoma epidermoide con afectación ósea, incompletamente resecado.

PET: zonas captantes sugestivas de metástasis en pulmón y ganglios cervicales.

Biopsia de pulmón y ganglios: negativa para malignidad.

Se mantuvo Bimekizumab en pauta intensificada durante la cirugía y tras la misma en pauta convencional.

Revisión TC total body y RMN pélvica previas a la cirugía: sin hallazgos de malignidad.

Revisión biopsia cutánea: ausencia de malignidad.

Persistencia de dolor en cadera izquierda: origen oncológico, morfina.

Actualmente pendiente de comité para decidir tratamiento con inmunoterapia o nueva cirugía.

Carcinoma localmente avanzado (probablemente irresecable).



Fig. 3: Pieza extirpada tras su procesamiento previo al estudio histopatológico. Se aprecia tejido blanquecino, compatible con carcinoma epidermoide, en la profundidad de la muestra. Con una biopsia tipo punch solo se puede alcanzar piel o grasa subcutánea, pero es claramente insuficiente para llegar al carcinoma epidermoide, originado bajo alguna de las fistulas profundas.

Comentario

Retraso diagnóstico y terapéutico: valorado por dermatología tras 40 años de enfermedad.

- Mayor gravedad

- Refractariedad a tratamientos

- Necesidad de cirugía amplia que precisa de la colaboración con otras especialidades

Para evitar esto: conocimiento de la enfermedad por parte del resto de médicos y población general.

Son precisas unidades multidisciplinarias para el correcto manejo de estos pacientes.

Manejo del dolor: es básico conocer la escalera analgésica, dolor refractario a la analgesia convencional.

Carcinoma epidermoide: la biopsia cutánea y las pruebas de imagen no fueron de utilidad para sospecharlo.

14. Hidradenitis supurativa y espondiloartritis: dos caras de la inflamación crónica.

Destacar la asociación de la hidradenitis supurativa con la espondiloartritis y su adecuado cribado ante clínica articular.

Presentamos el caso de un varón de 51 años en seguimiento en las consultas externas de Dermatología desde hace casi 10 años que durante su seguimiento presenta manifestaciones clínicas a nivel articular, siendo diagnosticado de espondiloartritis periférica asociada a hidradenitis supurativa.

Anamnesis

Varón de 51 años en seguimiento en las consultas externas de Dermatología desde el año 2016 por hidradenitis supurativa a nivel axilar, inguinal y en región facial que ha precisado cirugía y drenaje de abscesos por parte de Cirugía General, Cirugía Plástica y Dermatología. Ha llevado tratamiento con antibióticos orales (amoxicilina-clavulánico, doxiciclina, rifampicina y clindamicina), infiltraciones locales de triamcinolona y adalimumab. Actualmente en tratamiento con adalimumab 80mg/2 semanas.

Antecedentes personales

No alergias medicamentosas conocidas. No HTA, no DLP, no DM.

Fumador 5-6 cigarrillos/día.

Enfermedad actual

Consulta por presentar episodios de tumefacción articular migratoria en metacarpofalángicas con tumefacción y eritema que se limita en 2-3 días desde diciembre de 2024. No clínica axial.

Bibliografía

1. Alikhan A, Sayed C, Alavi A 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 Jul;81(1):91-101. doi:10.1016/j.jaad.2019.02.068.
2. Becherel PA. An update on the medical treatments of hidradenitis suppurativa. Eur J Dermatol. 2025 Jun 1;35(S1):14-21. doi:10.1684/ejd.2025.4881.
3. Bimzelx (bimekizumab) [ficha técnica]. DailyMed. 2025.
4. Cosentyx (secukinumab) [ficha técnica]. DailyMed. 2025.
5. Zouboulis CC, Bechara FG, Benhadou F et al. European S2k guidelines for hidradenitis suppurativa/acne inversa part 2: Treatment. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2025 May;39(5):899-941. doi:10.1111/jdv.20472. Epub 2024 Dec 19.
6. Puig L, Notario J, López-Ferrer A, Scheneller-Pavelescu L, Pérez B, Galache C, et al. Recomendaciones del Grupo de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología sobre el manejo de la psoriasis en pacientes oncológicos. Actas Dermosifiliogr. 2024;115(7):702-11. doi:10.1016/j.ad.2024.02.013.

Exploración física

Numerosos nódulos interconectados por túneles subcutáneo en rama mandibular izquierda, región retroauricular izquierda y en ambas ingles.

En el momento de la consulta no presentaba artritis nivel clínico.



Exploraciones complementarias

Análítica sanguínea

Proteína C reactiva 3,28

Velocidad de sedimentación globular 72

Factor Reumatoide 18

Anticuerpos Anti-PCC negativos

ANA 1/160 patrón moteado fino

Radiografías

No signos de erosiones en las radiografías.

NAT 3 NAD 2 (4º MCF izquierda, 4º IFP de mano derecha)



Diagnóstico

Hidradenitis Suppurativa Hurley III asociada a Espondiloartritis periférica

Tratamiento

- Se añadió metotrexato 10mg/semanales y se mantuvo adamilumab 80mg/2 semanas.
- Infiltración local de áreas más inflamadas con corticoides y colocación de setones.
- Además, se mantuvieron medidas como uso diario de geles con antiséptico para la higiene diario.
- Insistencia en el abandono del hábito tabáquico.

Bibliografía

- Fauconier M, Reguai Z, Barbe C, Colosio A, Eschard JP, Salmon JH, Drez G. Association between hidradenitis suppurativa and spondyloarthritis. Joint Bone Spine. 2018 Oct;85(5):593-597.
- Richette P, Molto A, Viguiet M, Dawidowicz K, Hayem G, Nassif A, Wendling D, Aubin F, Lioté F, Bachelez H. Hidradenitis suppurativa associated with spondyloarthritis -- results from a multicenter national prospective study. J Rheumatol. 2014 Mar;41(3):490-494.
- Pescitelli L, Ricceri F, Prignano F. Hidradenitis suppurativa and associated diseases. G Ital Dermatol Venereol. 2018 Jun;153(3 Suppl 2):8-17.
- Almuhanha N, Finstad A, Alhusayen R. Association between Hidradenitis Suppurativa and Inflammatory Arthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis. Dermatology. 2021;237(5):740-747.

Evolución

El paciente evolucionó de forma favorable sin presentar nuevos episodios de artritis tras iniciar el metotrexato. También se apreció una reducción de más del 50% en los reactantes inflamatorios de la analítica sanguínea.

Comentario

La hidradenitis suppurativa es una afección crónica de la piel, de naturaleza inflamatoria, que se cronifica en el tiempo y puede llegar a ser muy incapacitante. Se manifiesta principalmente con la aparición recurrente de abscesos, fistulas drenantes y cicatrices, afectando sobre todo zonas del cuerpo donde hay fricción. Se relaciona con diversas comorbilidades, entre las más comunes están los trastornos metabólicos como la obesidad y el síndrome metabólico.

Asimismo, se ha observado una mayor frecuencia de enfermedades autoinmunes en estos pacientes, como las enfermedades inflamatorias del intestino, afecciones autoinflamatorias, espondiloartritis, ciertos trastornos genéticos que afectan la queratina, e incluso un mayor riesgo de cáncer de piel.

La hidrosadenitis supurativa se asocia con un mayor riesgo de espondiloartritis, independientemente de la edad y el sexo. Los pacientes con hidrosadenitis supurativa con presenten síntomas osteoarticulares, especialmente lumbalgia o dactilitis, deben ser monitorizados para descartar espondiloartritis.



15. Más allá de la hidradenitis: un fenotipo inflamatorio desafiante con respuesta a bloqueo dual de IL-17.

Se presenta un caso de gran interés por la coexistencia de múltiples manifestaciones inflamatorias cutáneas y articulares en un mismo paciente, con refractariedad a múltiples líneas de tratamiento, incluyendo retinoides, antibióticos prolongados, anti-TNF y anti-IL-17A. La respuesta clínica sostenida con bloqueo dual de IL-17A/F (bimekizumab) aporta evidencia sobre el papel del eje IL-17 en estas formas graves y sugiere una posible expansión del espectro de síndromes autoinflamatorios asociados a hidradenitis supurativa. Proponemos englobar estos fenotipos dentro del marco INATE (Inflammasome Neutrophilic Autoinflammatory Trait Entities), que integra la heterogeneidad genética y clínica bajo una fisiopatología común.

Varón de 50 años, con antecedentes familiares de acné y abscesos recurrentes, que inició en la adolescencia con acné conglobata y lesiones supurativas en pliegues. A lo largo de su evolución desarrolló artritis inflamatoria y pioderma gangrenoso, con curso crónico y refractario a múltiples tratamientos (isotretinoína, antibióticos prolongados, cirugía, radioterapia, anti-TNF, anti-IL-17A). Tras iniciar bimekizumab (anti-IL-17A/F) alcanzó una mejoría cutánea del 80% y resolución de la artritis, con excelente control clínico y notable impacto positivo en su calidad de vida.

Exploración física

Exploración cutánea

- Cicatrices acneiformes en región facial y retroauricular
- Abscesos dolorosos y cicatrices fibrosas en pectoral, axilas, ingles y glúteos (Fig. 1)
- Placa verrucosa y ulcerada en pierna izquierda compatible con pioderma gangrenoso
- No lesiones pustulosas palmo plantares

Exploración musculoesquelética

- Dolor lumbar inflamatorio con rigidez matutina
- Inflamación esternoclavicular, dolorosa a la palpación



Figura 1. Lesiones supurativas activas en región glútea.

Anamnesis

Varón, 37 años

Antecedentes familiares

- Abuelo con acné conglobata severo
- Hermana con abscesos mamarios recurrentes
- Hermano con abscesos en nalgas y retroauriculares

Antecedentes personales

Inicio en la pubertad:

- Abscesos** en región intercililar, nuca, axilas y nalgas que dejaban cicatrices atróficas e hipertróficas.
- Diagnosticado de acné conglobata recibiendo tratamientos tópicos, antibióticos orales, drenajes quirúrgicos e isotretinoína.
- Respuesta parcial de lesiones faciales pero persistencia de los brotes en pliegues con supuración, mal olor, limitación funcional y repercusión psicológica en vida diaria.

En la tercera década de la vida

Dolor lumbar inflamatorio con rigidez matutina sin respuesta a antiinflamatorios.

Artritis periférica recurrente (incluyendo esternoclavicular) con cultivos articulares negativos.

Lesiones verrucosas y ulceradas en miembros inferiores compatibles histológicamente como **pioderma gangrenoso**.

Exploraciones complementarias

- Cultivo de abscesos: **negativos**
- Cultivo de líquido sinovial: repetidamente **negativos**
- Radiografía de pelvis: **sacroileitis bilateral**
- Biopsia de lesión verrucosa en pierna: **pioderma gangrenoso**
- .
- Estudio genético para mutaciones **PSTPIP1 negativo**

Diagnóstico

Síndrome autoinflamatorio compatible con **PAPASH (Pyogenic Arthritis, Pyoderma gangrenosum, Acne, Suppurative Hidradenitis)** con afectación axial tipo **espondiloartritis**.

¿PAPASH^S? (no descrito previamente en la literatura)



Más que definir un nuevo acrónimo, consideramos que este fenotipo debe entenderse dentro de un **espectro autoinflamatorio común**, que proponemos englobar bajo el término

INATE (Inflammasome Neutrophilic Autoinflammatory Trait Entities).

Tratamiento

- Secukinumab** (2018) → **no mejoría clínica**
- Bimekizumab** uso compasvo (2023)
 - 160mg/4 semanas → **mejoría inicial del 70%** (IHS4- 70 respecto basal) y **respuesta completa de la artritis** (Fig 3).



Figura 3. Notable reducción de la supuración y de las lesiones tras dos meses de tratamiento con bimekizumab 160 mg cada 4 semanas

Tratamiento

- Múltiples líneas terapéuticas** (tópicos, antibióticos, cirugía...)
- Infliximab** uso compasivo (2011) → **respuesta casi completa articular y cutánea**, retirado por **reacción infusional**
- Adalimumab** (40-80mg)→ **buen control articular**, **escasa eficacia en lesiones cutáneas** (Fig. 2).
- Adalimumab + otros inmunosupresoras** (metotrexato, ciclosporina, sulfonas, colchicina, tandas de corticoides orales a dosis altas → respuestas parciales y mala tolerancia



Figura 2. Lesiones inflamatorias y supurativas en abdomen inferior, pubis y muslos con adalimumab 40mg/semanal

Tratamiento

- Bimekizumab** (2024) 320mg/4 semanas
 - **Mejoría mantenida del 80%** (IHS4- 80 respecto basal) (Fig 4).
 - **Respuesta completa de la artritis**
 - **Candidiasis oral leve, controlada con fluconazol**



Figura 4. Mejoría clínica en axilas y región pectoral, con lesiones menos supurativas tras seis meses de tratamiento con bimekizumab 320 mg cada 4 semanas.

Evolución

Durante tres décadas el curso fue fluctuante y refractario a múltiples tratamientos.

Desde el inicio de **bimekizumab** (2023)

- Mejoría clínica cutánea marcada y sostenida IHS4-80) (Fig. 5)
- Resolución de la artritis
- Recuperación funcional y social



Figura 5. Disminución del número y supuración de las lesiones tras dos meses de tratamiento con bimekizumab 160 mg cada 4 semanas.

Comentario

- Este caso refleja la **complejidad de los síndromes autoinflamatorios con hidradenitis supurativa y artritis**, que muestran **solapamientos** más allá de las categorías clásicas (PASH, PAPASH, PASS) (1,2).
- La ausencia de mutaciones en **PSTPIP1** no descarta una base hereditaria, ya que se han descrito variantes en MEFV, NOD2, NLRP3, IL1RN, PSMB8 y NCSTN, aunque en muchos casos la genética permanece desconocida (3,4).

16. Abordaje de los pacientes con hidradenitis supurativa: a propósito de un caso.

Se trata de un caso clínico complejo que nos permite repasar el arsenal terapéutico de esta enfermedad, las pruebas de imagen que pueden ser de utilidad y conocer el impacto psico-social que puede implicar, entre muchos otros aspectos de esta compleja enfermedad.

Se trata de un hombre de 45 años seguido en el servicio de Dermatología de nuestro hospital desde hace más de 10 años. Hacemos un repaso por la evolución de su enfermedad pudiendo así conocer bien todas las facetas de la hidradenitis supurativa, sobretodo para comprender mejor cómo abordar el tratamiento.

Anamnesis



Hombre de 45 años

Antecedentes:

- Fumador de 15 cig/día desde la juventud
- Bebedor de 4 UBEs/semana
- Sobre peso (IMC 27)



+



+



Sin otros antecedentes patológicos de interés ni medicación habitual por otras causas

Historia dermatológica: **Hidradenitis supurativa (HS)** de inicio en 2005 (25 años de edad). Inicialmente afectación de axilas, posteriormente progresión a zona perineal e ingles. Madre también afecta de HS.

Comentario

- El eje **IL-1β-IL-17** desempeña un papel central en la inflamación neutrofílica cutánea y articular. La refractariedad a anti-TNF y al bloqueo selectivo de IL-17A, junto con la buena respuesta al bloqueo dual IL-17A/F con bimekizumab, refuerzan la importancia de esta vía en el espectro autoinflamatorio de la HS (5,6).
- Más que generar acrónimos para cada variante clínica, proponemos englobarlas en un marco común: **INATE (Inflammasome Neutrophilic Autoinflammatory Trait Entities)**, que subraya la disfunción de la inmunidad innata y permite entender estos fenotipos como un continuo más que como síndromes aislados.

Bibliografía

1. Braun-Falco M, Kovnerystyy O, Lohse P, Ruzicka T. Pyoderma gangrenosum, acne, and suppurative hidradenitis (PASH)—a new autoinflammatory syndrome distinct from PAPA syndrome. J Am Acad Dermatol. 2012;66(3):409-15.
2. Vinkel C, Thomsen SF. Autoinflammatory syndromes associated with hidradenitis suppurativa and/or acne. Int J Dermatol. 2017;56(8):811-8.
3. Marzano AV, Ceccherini I, Gattorno M, et al. Association of PASH shares genetic and cytokine profiles with other autoinflammatory diseases. Medicine. 2014;93(27):e187.
4. Kotzerke M, Mitri F, Marbach F, Enk A, Haenssle H. A case of PAPASH syndrome in a young man carrying a novel heterozygote missense variant in PSTPIP1. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2021;35(7).
5. Schlapbach C, Hänni T, Yawalkar N, Hunger RE. Expression of the IL-23/Th17 pathway in lesions of hidradenitis suppurativa. J Am Acad Dermatol. 2011;65(4):790-8.
6. Kelly G, Sweeney CM, Tobin AM, Kirby B. Hidradenitis suppurativa: the role of immune dysregulation. Int J Dermatol. 2014;53(10):1186-96.

Exploración física

1ª visita en Dermatología
Diciembre 2014 (34 años)

HURLEY II, DLQI 15

Múltiples drenajes de lesiones, tandas de antibiótico y cirugías locales



Exploración física

Octubre 2017 (37 años)

HURLEY II, DLQI 8

En tratamiento con Adalimumab 40 mg/sem (inicio mayo 2016)



Exploración física

Mayo 2019 (39 años)

HURLEY II-III DLQI 17

Brote severo axila derecha

- Clindamicina + rifampicina
- Tanda de prednisona
- Cambio a Infliximab



COMPARTIENDO EXPERIENCIAS
8 CONCURSA CASOS CLÍNICOS EN HIDRADENOMAS SUPURANTES

Organiza:

AE DV Asociación Española de Dermatología y Venereología

AE DV Asociación Española de Dermatología y Venereología

AE DV Asociación Española de Dermatología y Venereología

AE DV Asociación Española de Dermatología y Venereología



Exploración física

Marzo 2020 (40 años)

HURLEY II-III DLQI 8

- Buena respuesta a Infliximab
- Dapsona 100 mg/d x 6m



Organiza:

AF DV

El Consorcio de Casos Clínicos en Hematología y Oncología

Organiza:

AF DV

El Consorcio de Casos Clínicos en Hematología y Oncología

Organiza:

AF DV

El Consorcio de Casos Clínicos en Hematología y Oncología



Diagnóstico

Hidradenitis supurativa

- Fenotipo inflamatorio-progresor

- Afectación axilas, ingles y zona perineal

- Hurley II-III

- IHS-4 moderado-grave (variable a lo largo de la enfermedad)

Modelo basado en lesiones elementales, Martorell 2020

FENOTIPO FOLICULAR (TIPO I)	FENOTIPO MIXTO (TIPO III)	FENOTIPO INFLAMATORIO/PROGRESOR (TIPO II)
• Mujeres:hombres (3:1) • Antecedentes familiares • Inicio peripuberal (14-18a) • Muslos, axilas • Folliculitis y comedones • Más frecuente: NÓDULO • Predisposición a quistes epidérmicos • No progresión	• Mujeres:hombres (2:1) • Antecedentes familiares • Inicio peripuberal (14-18a) • Muslos, axilas • Folliculitis y comedones • Más frecuente: ABSCESO • Predisposición a quistes epidérmicos • Posible progresión	• Mujeres:hombres (1:2) • Menos antecedentes familiares • Inicio adolescentes y adultos • Axilas, ingles, glúteos • Raro: comedones, folliculitis, quistes epidérmicos y nódulos • Frecuente: abscesos, túneles, tractos fibrosos • Tendencia a confluir en placas inflamatorias y cicatriciales poco definidas • Progresión

COMPARTIENDO EXPERIENCIAS
II CONGRESO SAJES CLÍNICO EN HIRADADENITIS SUPURATIVA

Organiza

AF DV

AF DV

AF DV

AF DV



Tratamiento

The timeline illustrates the progression of treatment for Hidradenoma de la axila derecha. It starts in 2007 with topical treatments (Clindamicina 1% crema, corticosteroid infiltrations, and multiple courses of doxycycline 100mg/12h). In 2016, systemic antibiotics (Tanda rifampicina + clindamicina 300mg/12h and Tanda doxiciclina 100mg/12h) and Isotretinoina 10 mg x 6 meses were added. In 2019, surgical options (IQ Cir General: exéresis amplia zona perineal and IQ Cir Plástica: exéresis amplia axila derecha + cobertura con colgajo) were explored. In 2021, biologics (Infliximab uso compasivo and Dapsona 100 mg/d) were introduced. In 2024, Adalimumab (40 mg/sem) was used, leading to a primary failure with Secukinumab (300 mg/4 sem e intensificado /2sem) and a secondary failure with Adalimumab. In 2025, Bimekizumab (320 mg/ 4sem) was initiated, showing a good response (Buena respuesta).

Año	Tratamiento
2007	- Clindamicina 1% crema - Infiltraciones de corticoides - Múltiples tandas de doxiciclina 100mg/12h
2016	- Adalimumab 40 mg/sem e intensificado a 80 mg/sem - Tanda rifampicina + clindamicina 300mg/12h - Tanda doxiciclina 100mg/12h - Isotretinoina 10 mg x 6 meses - Tanda rifampicina + clindamicina 300mg/12h
2019	- IQ Cir General: exéresis amplia zona perineal - IQ Cir Plástica: exéresis amplia axila derecha + cobertura con colgajo
2021	- Infliximab uso compasivo - Dapsona 100 mg/d
2024	- Adalimumab 40 mg/sem Nov 23- Mayo 24 Secukinumab 300 mg/4 sem e intensificado /2sem Fallo primario a Secukinumab Fallo secundario a Adalimumab
2025	- Bimekizumab 320 mg/ 4sem Junio 24 actualidad Buena respuesta



Exploración física

Noviembre 2023 (44 años)

HURLEY II-III DLIQ 11

- Inicio Secukinumab (fallo primario)
- Dapsona 100 mg/d x6m



Organiza

AE DV

Asociación Española de Dermatología y Venereología

Asociación Española de Dermatología y Venereología

División Española de Neumología y Asma

AE DV

Asociación Española de Dermatología y Venereología



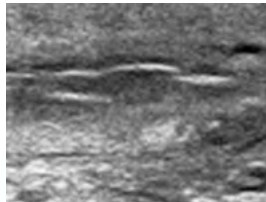
Exploraciones complementarias



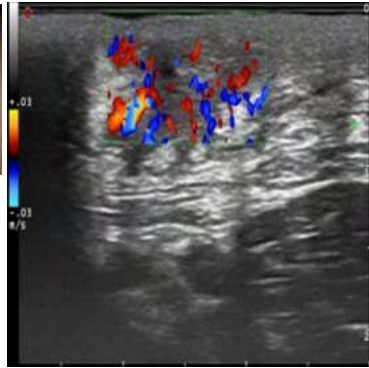
Ecografía cutánea

Detección de lesiones ocultas:

- Modificación estadiaje
- Cambios en el tratamiento



Signo del doble rail. líneas paralelas hiperecogénicas dentro de los túneles dermoepidérmicos: epitelización del túnel, factor de riesgo de no respuesta a Adalimumab



COMPARTIENDO EXPERIENCIAS

II CONGRESO EUROPEO DE ENFERMERÍA EN HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA

Organiza:



[illegible]

Tratamiento

European S2k guidelines for hidradenitis suppurativa/acne inversa: Part II—Treatment.

(b) Inactive (non-inflammatory) HS

Hurley stage I	Hurley stage II	Hurley stage III
May be considered Hair removal in typical HS areas by light sources (LASER, IPL)		
	Should be recommended Incision and drainage Debridement Excision of localized solitary draining tunnels	
	Should be recommended Wide excision Post-surgical secondary intention healing Immediate or delayed skin grafting after HS surgery Continuation of adalimumab treatment during surgery Could be recommended Carbon dioxide LASER therapy Post-surgical primary closure in certain anatomical regions Skin grafting complemented with negative pressure wound therapy May be considered Debridement and alexandrite LASER treatment Reconstruction with flap plastic	
Adjunct treatment Should be recommended Cessation of smoking Could be recommended Weight reduction May be considered Psychological intervention, certain systemic analgesics		

COMPARTIENDO EXPERIENCIAS

II CONGRESO EUROPEO DE HIDRADENITIS SUPURATIVA

Organiza

AFDV

Asociación Española de Dermatología y Venereología

AFDV

Asociación Española de Dermatología y Venereología

Organizado por

AFDV

Asociación Española de Dermatología y Venereología



Evolución

Última visita de control en Dermatología
Julio 2025 (45 años)

HURLEY II, DLIQ 6

En tratamiento con Bimekizumab desde junio 2024
Menos brotes y sin recidivas en zonas intervenidas



Comentario

A propósito de este caso, la hidrosadenitis supurativa:

- Es una enfermedad inflamatoria crónica, recurrente y limitante para el paciente
- Cursa en forma de lesiones inflamatorias afectando áreas ricas en glándulas apocrinas: axilas, ingles, glúteos, zona perianal
- Es frecuente el retraso en el diagnóstico con la consecuente pérdida de ventana de oportunidad
- Es necesaria una correcta evaluación clínica de los pacientes apoyada por técnicas de imagen (ecografía) que permita:
 - Caracterización del fenotipo
 - Identificar lesiones dinámicas y estables
 - Identificar pacientes en ventana de oportunidad
- El tratamiento de la enfermedad debe ser multidisciplinar y a múltiples niveles:
 - Medidas generales (cese del hábito tabáquico, pérdida de peso, depilación láser...) así como el control del dolor
 - Abordaje quirúrgico de lesiones irreversibles
 - Abordaje farmacológico, incluyendo terapias biológicas para casos moderados-severos

17. Sinergia terapéutica en hidradenitis supurativa: vareniclina como aliada en la optimización de la respuesta a bimekizumab.

Importancia de garantizar la suspensión del hábito tabáquico para conseguir buena respuesta al tratamiento biológico en la hidradenitis supurativa.

Varón de 35 años con hidradenitis supurativa moderada-grave de años de evolución e historia personal de trastorno esquizoafectivo asociado a adicción a bebidas energéticas y tabaquismo. Dada la afectación extensa inguinal y glútea, se inicia adalimumab subcutáneo, teniendo que suspender el fármaco tras 3 dosis por efectos adversos (síntomas pseudogripales y malestar general). En la consulta se indaga aquellos factores que pueden influir en el mal control de la enfermedad y la mala respuesta al tratamiento, identificando el tabaquismo como uno de los principales factores. Es por eso que se inicia vareniclina para suspender completamente e introducir el tratamiento con bimekizumab. Tras garantizar el cese completo del tabaco, se introduce bimekizumab 320 mg en pauta estándar con reducción de la supuración, el dolor y la inflamación tras 12 semanas de tratamiento.

Anamnesis

Varón de 35 años

Hª personal de hidradenitis supurativa de más de 10 años de evolución
Trastorno esquizoafectivo

Tratamiento con con Clotiapina, Clozapina, Olanzapina y Clonazepam

Diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina
Fumador de 2 paquetes al día



Bibliografía

1. Zouboulis, C. C., Desai, N., Emtestam, L., Hunger, R. E., Ioannides, D., Juhász, I., ... & Jemec, G. B. E. (2015). European S1 guideline for the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa. Journal of the European Academy of Dermatology and Venerology, 29(4), 619–644. <https://doi.org/10.1111/jdv.12966>
2. Zouboulis, C. C., Bechara, F. G., Dickinson-Blok, J. L., Gulliver, W., Horváth, B., Kirby, J. S., ... & Prens, E. P. (2024). European S2k guidelines for hidradenitis suppurativa/acne inversa: Part II—Treatment. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 38(5), 899–941. <https://doi.org/10.1111/jdv.19648>
3. Ingram, J. R., Woo, P. N. Y., Chua, S. L., Ormerod, A. D., Desai, N., Kai, A. C., ... & British Association of Dermatologists. (2019). British Association of Dermatologists' guidelines for the management of hidradenitis suppurativa (acne inversa) 2018. British Journal of Dermatology, 180(5), 1009–1017. <https://doi.org/10.1111/bjd.17537>

Exploración física

Afectación de axilas, ingles y glúteos

2 fistulas drenantes y 2 nódulos en cada ingle

3 nódulos y una fistula en glúteos

2 fistulas no drenantes en axila derecha

Una fistula no drenante en axila izquierda

IHS4 29

Hurley III

HS-IGA 13



Exploraciones complementarias

Quantiferon negativo

Serología VHB, VHC, VIH negativo

Glucosa 108 mg/dl

Trigliceridos 212 mg/dl

Glucosa 6 fosfato deshidrogenasa negativa

Ecografía Doppler:

Túneles dermoepidérmicos con realce periférico en modo Doppler



Diagnóstico

Hidradenitis supurativa grave
Trastorno esquizoafectivo
Tabaquismo activo
Trastorno de dependencia a bebidas energéticas



Tratamientos

Doxiciclina 100 mg y resorcinol (junio- septiembre 2024)
Adalimumab 80 mg cada 2 semanas (septiembre 2024)
Suspensión por efectos adversos (malestar general y síntomas pseudogripales) tras 3 dosis
Vareniclina oral (mayo-agosto de 2025)
Introducción del fármaco en consulta de hidradenitis, para conseguir cese del tabaquismo previo a inicio de 2ª línea de tratamiento biológico
Bimekizumab 320 mg (mayo de 2025- actualidad) en pauta estándar



Bibliografía

1- 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. doi:10.1016/j.jaad.2008.06.020.

2- Denny G, Anadkat MJ. The effect of smoking and age on the response to first-line therapy of hidradenitis suppurativa: an institutional retrospective cohort study. *J Am Acad Dermatol.* 2017;76(1):54–9. doi:10.1016/j.jaad.2016.07.041.

3- Kimball AB, Zouboulis CC, Prens E, Okun M, Foley P, Lynde C, et al. Efficacy and safety of bimekizumab in patients with moderate to severe hidradenitis suppurativa (BE HEARD I & II): results from two 48-week, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trials. *Lancet.* 2024;403(10425):1657-69. doi:10.1016/S0140-6736(24)00101-6.

Evolución

Excelente respuesta a tratamiento combinado con bimekizumab y vareniclina
Reducción de supuración, dolor y mal olor
3 meses sin volver a fumar
Ausencia de efectos adversos
3 fistulas no drenantes en ingles y región perianal y 1 fistula drenante en axila derecha
IHS4 16



Comentario

El hábito tabáquico es un cofactor relacionado con la aparición de brotes de hidradenitis supurativa y con la gravedad de la enfermedad¹
El tabaquismo activo reduce la eficacia de adalimumab subcutáneo en el tratamiento de la hidradenitis supurativa²
La influencia del tabaquismo y su suspensión sobre la respuesta a bimekizumab no ha sido estudiada de forma extensa³
Garantizar el cese del hábito tabáquico con vareniclina permite una mejor respuesta al tratamiento biológico y una mejor evolución de la enfermedad



18. Relato del despertar del dragón dormido y cómo volver a amansarlo: aparición de una nueva lesión sobre hidradenitis de larga evolución.

Diagnóstico y manejo de complicaciones oncológicas de la hidradenitis supurativa grave con el arsenal terapéutico disponible.

Paciente de 36 años con hidradenitis supurativa grave de décadas de evolución con afectación marcada en área cervical posterior y espalda, que desarrolla un carcinoma espinocelular sobre el plastrón inflamatorio del cuello. De forma multidisciplinar, se decide resección amplia cervical, pero ante la ausencia de mejoría del resto de lesiones, posteriormente se inicia bimekizumab. A los 3 meses de la inducción, la carga inflamatoria de las lesiones ha disminuido considerablemente, permitiéndole mejorar su calidad de vida. Hasta el momento, la lesión cervical no ha presentado signos de recidiva.

Anamnesis

Varón de 36 años exfumador sin más antecedentes personales de interés en seguimiento desde hace más de una década por una hidradenitis supurativa grave generalizada con afectación marcada cervical y múltiples ingresos por complicaciones infecciosas.

En el pasado ha realizado **tratamiento** con múltiples ciclos de antibióticos tópicos, orales e intravenosos; radioterapia; terapia inmunomoduladora, que incluye *dapsona* y *metotrexato* y la siguiente terapia biológica: *adalimumab* y *ustekinumab*. Actualmente se encuentra en tratamiento intensificado con *secukinumab*, combinado con *acitretino* (25 mg/día) y *prednisona* (hasta 30 mg/día). Como analgesia, requiere de mórficos tres veces al día y antihistamínicos para el prurito.

Anamnesis

Acude a revisión en el marco de su seguimiento. En los últimos años destaca un **empeoramiento de la afectación cervical posterior**, de crecimiento y supuración progresivos. A pesar de todo los tratamientos instaurados, su enfermedad no se encuentra controlada, con importante repercusión psicosocial, grave limitación en su vida diaria e imposibilidad de continuar su actividad laboral como trabajador agrícola.

En el momento de la consulta, refiere mayor astenia de lo habitual y una pérdida de peso progresiva desde los últimos 3 meses. En la escala EVA, el dolor alcanza 8/10, el prurito 7/10 y la supuración, 10/10.

Exploración física

A nivel cervical posterior, presenta un extenso plastrón de hasta 30 cm con drenaje de 6 fistulas (*Fig.1*). En cara lateral derecha se aprecia una masa de consistencia indurada de 5x3 cm de tamaño.

En el resto del cuerpo se observa la progresión de las lesiones, con múltiples fistulas drenantes de más de 3 trayectos y abscesos en ambos glúteos, así como en axilas, espalda, hipogastrio y tórax anterior, alcanzando una puntuación de 48 en el **índice IHS-4**. La clasificación en la **escala de Hurley** corresponde al estadio III y el **fenotipo** es inflamatorio.



Fig.1. Gran plastrón inflamatorio cervical posterior valorado desde posterior (A) y lateral derecho (B). Nótese en este último una masa inflamatoria de 5x3 cm en la zona más anterior de la lesión -señala con flecha verde-.

Exploraciones complementarias

La **analítica** presenta una **anemia de perfil inflamatorio**.

En consulta se realiza **ecografía** de la lesión cervical lateral y se visualiza un **patrón compacto trabecular con aumento de captación en Doppler**.

Se solicita **TC cérvico-torácico**, donde se aprecian **marcados signos inflamatorios** de toda la región cervical posterior con **infiltración de la piel, tejido celular subcutáneo y planos musculares superficiales por un tejido hipercaptante que presenta varias ulceraciones y abscesos/microabscesos** distribuidos en todo su espesor con adenopatías inflamatorias cervicales y axilares bilaterales (*Fig. 2*).

Posteriormente, se realiza **biopsia en sacabocados** de la lesión lateral, compatible con un **carcinoma de células escamosas bien diferenciando e infiltrante**.

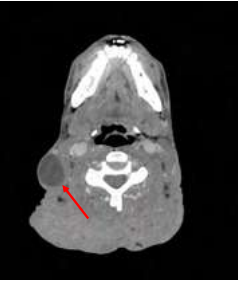


Fig.2. Corte transversal de la imagen de una tomografía computarizada cervical del paciente, donde destaca un gran edema e inflamación cervical posterior y múltiples colecciones, siendo la mayor la situada la señalada por la flecha roja.

Tratamiento

Ante los resultados, se interrumpe *acitretino* y el caso se presenta en el comité multidisciplinar de cáncer cutáneo, donde se decide realizar la **exéresis agresiva de la lesión cervical** en su totalidad.

Por su parte, tras la explicación del manejo decidido y las características de la intervención por parte del servicio de Cirugía Plástica de nuestro centro, el paciente opta por intervenir en un centro privado, donde se realiza la **extirpación del plastrón inflamatorio cervical completo** con márgenes tumorales libres y la **reconstrucción con un colgajo de dorsal ancho ipsilateral**.

Tras la cirugía, presenta una buena evolución a nivel cervical (*Fig.3*).



Fig. 3. Imagen desde posterior de cuello y espalda tras la resección del plastrón inflamatorio. Aunque no se aprecian alteraciones en la zona del colgajo, se observa intensa actividad en las lesiones de la espalda dorsal superior.

Diagnóstico

Ante la exploración física y los resultados de las pruebas complementarias, se confirma el diagnóstico de un **carcinoma de células escamosas infiltrante sobre el plastrón inflamatorio cervical**.

Tratamiento

Sin embargo, se evidencia la progresión del resto de las lesiones, de forma más marcada en glúteos, espalda dorsal y tórax anterior (*Fig. 4*).

Ante esta situación, se decide modificar el tratamiento e iniciar **bimekizumab**, administrado a dosis de 320 mg cada 2 semanas los primeros 4 meses y posteriormente cada 4 semanas, asociado a un ciclo de 3 meses de doxiciclina y metronidazol orales.



Fig. 4. Imagen de espalda y glúteos tras la intervención del plastrón inflamatorio. Se aprecia intensa actividad en fistulas de espalda dorsal, zona interglútea superior y ambos glúteos, así como un absceso en zona subescapular derecha.

Evolución

En la consulta de revisión, a los 3 meses del inicio del fármaco, se apreciaba una **mejoría generalizada de las lesiones**, con menor grado de inflamación de los abscesos y supuración de las fístulas.



Fig. 5. Imagen desde posterior de zona cervical, espalda y glúteos a los 3 meses del inicio de bimekizumab, con una franca mejoría en la inflamación de las fístulas de espalda dorsal y glúteos, con desaparición de la actividad de absceso infraescapular derecho y las lesiones interglúteas superiores.

Evolución

El colgajo, por su parte, presenta buen aspecto y **no se observan signos de recidiva tumoral ni inflamatoria** por el momento en la exploración y pruebas de imágenes realizadas. Asimismo, el paciente mantiene seguimiento multidisciplinar por los servicios de Cirugía Plástica y Enfermedades Infecciosas, además del nuestro.

En el ámbito psicosocial, el paciente refiere **haber retomado su actividad laboral** y salir a la calle sin dolor ni prurito constantes –escala EVA dolor 4/10, prurito 3/10 y supuración 8/10–, logrando suspender el uso de opioides y recuperar una vida social más plena a la que disfrutaba previamente.

Bibliografía

- Cohen PR, Cohen-Kurrock RA, Riahi RR. Cancer and hidradenitis suppurativa. Clin Dermatol. 2024 Nov;42(6):585–601.
- Sachdeva M, Mufti A, Zaaroura H, Abdulmulla A, Lansang RP, Bagit A, et al. Squamous cell carcinoma arising within hidradenitis suppurativa: a literature review. Int J Dermatol. 2021 Nov 2;60(11).
- Scheinfeld N. A case of a patient with stage III familial hidradenitis suppurativa treated with 3 courses of infliximab and died of metastatic squamous cell carcinoma. Dermatol Online J. 2014;20(3).
- Verdelli A, Antiga E, Bonclani D, Bonclolini V, Volpi W, Caproni M. A fatal case of hidradenitis suppurativa associated with sepsis and squamous cell carcinoma. Int J Dermatol. 2016 Jan 16;55(1).
- Li Pomi F, Macca L, Motolese A, Ingrasciotta Y, Berretta M, Guameri C. Neoplastic Implications in Patients Suffering from Hidradenitis Suppurativa under Systemic Treatments. Biomedicines. 2021 Nov 1;9(11):1594.
- Lee SJ, Lim JM, Lee SH, Chung KY, Roh MR. Invasive Cutaneous Squamous Cell Carcinoma Arising from Chronic Hidradenitis Suppurativa: A Case Report of Treatment by Slow Mohs Micrographic Surgery. Ann Dermatol. 2021;33(1):68.
- Mansilla-Polo M, Pons-Benavent M, Fernández-Crehuet P, Vilarrasa E, Albanell-Fernández C, Morales-Tedone E, et al. Real-world effectiveness and safety of bimekizumab for hidradenitis suppurativa: An ambispective observational study. Australasian Journal of Dermatology. 2024 Nov 19;65(7).
- Mansilla-Polo M, García-Moronta C, Fernández-Crehuet P, Garbayo-Salmons P, Pons-Benavent M, Aguilar-González L, et al. Long-Term Effectiveness and Safety of Bimekizumab in Patients with Moderate to Severe Hidradenitis Suppurativa Under Real Clinical Practice Conditions: The Importance of Combined Treatment in Hurley III Patients and Potential Factors Associated with Complete Response. Dermatol Ther (Heidelb). 2025 Aug 27.
- Kimball AB, Jemec GBE, Sayed CJ, Kirby JS, Prens E, Ingram JR, et al. Efficacy and safety of bimekizumab in patients with moderate-to-severe hidradenitis suppurativa (BE HEARD I and BE HEARD II): two 48-week, randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre phase 3 trials. The Lancet. 2024 Jun;403(10443):2504–19.
- Melgosa Ramos FJ, Mansilla Polo M, Ortiz Salvador JM, Martorell A. Safety and Efficacy Profile of Bimekizumab in Patients With Psoriasis and Psoriatic Arthritis: An 18-Patient Case Series. Actas Dermosifiliogr. 2025 Feb;116(2):197–9.

Comentario

En la hidradenitis suppurativa grave, además de las lesiones clásicas y las complicaciones infecciosas, se ha descrito un **mayor riesgo de tumores malignos**, en particular del carcinoma epidermoide (1).

Los principales factores de riesgo son el sexo masculino, origen caucásico, tabaquismo y afectación glútea de larga evolución, especialmente superior a 25 años (2). Otro factor postulado, es el uso de inhibidores del TNF- α , como adalimumab (3,4). Estos tumores suelen presentar un **mal pronóstico**, pues aún tras amplias resecciones con márgenes libres, la recidiva es frecuente y en un alto porcentaje existe infiltración ganglionar en el momento de la cirugía (2,5,6).

Comentario

En estos casos, la **estrategia debe ser combinada**, integrando la cirugía, orientada a la resección tumoral, y el tratamiento médico, dirigido a controlar la inflamación y reducir el riesgo de nuevas neoplasias.

Aunque la evidencia en esta patología sigue siendo limitada (7,8), **bimekizumab** podría desempeñar un papel en este enfoque, ya que en estudios con pacientes con psoriasis no han observado un aumento del riesgo tumoral (9,10).

19. Desafío diagnóstico y terapéutico en un caso de hidrosadenitis supurativa con lesiones vegetantes.

Este caso destaca por la inusual asociación entre hidrosadenitis supurativa y la blastomicosis-like pioderma, apenas descrita en la literatura, y por el reto diagnóstico-terapéutico que representa.

Mujer de 34 años con hidrosadenitis supurativa grave (Hurley III) que desarrolló blastomicosis-like pioderma, presentando placas verrugosas crónicas con supuración persistente y sobreinfecciones recurrentes por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina. Pese a múltiples antibióticos, incluyendo dalbavancina intravenosa en ciclos repetidos y varios biológicos (adalimumab, secukinumab, infliximab), la paciente presentó respuestas parciales y recurrencias frecuentes, por lo que se inició recientemente bimekizumab.

Anamnesis

Mujer de 34 años, sin alergias medicamentosas, fumadora de 20 cigarrillos al día sin otros hábitos tóxicos. Como antecedentes patológicos refería obesidad mórbida en la adolescencia, acné vulgar y síndrome ansioso-depresivo. Había sido intervenida también de sinus pilonidal. Negaba antecedentes personales ni familiares de psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal o uveítis.

Consulta por cuadro clínico de inicio a los 12 años, coincidiendo con la menarquía, en forma de lesiones tipo nódulos supurativos y abscesos recurrentes en axilas, escote, muslos, ingles, glúteos y vulva. Ocasionalmente, había requerido desbridamiento quirúrgico y múltiples tandas de antibioterapia oral por parte de su médico de atención primaria. Ante la persistencia de dicha clínica, la paciente fue remitida a dermatología.

Diagnóstico

Blastomicosis-like pioderma asociado a paciente con hidrosadenitis supurativa Hurley III

Tratamiento

Inicialmente se indicaron múltiples tandas de antibióticos orales con eficacia parcial, incluyendo amoxicilina-clavulánico, rifampicina combinada con clindamicina y doxiciclina/minociclina.

Posteriormente, se inició tratamiento con adalimumab que suspendió a los 6 meses por fracaso primario; se siguió de secukinumab con buena respuesta inicial, pero pérdida secundaria de eficacia a los 2 años de tratamiento. Destacar que, a parte de la terapia biológica, la paciente durante este periodo realizó tandas de tratamiento antibiótico con cotrimoxazol que ayudaba a controlar parcialmente la enfermedad.

Finalmente, coincidiendo con la persistencia de brotes de su enfermedad de base y junto con las placas verrugosas con cultivos positivos para *Staphylococcus Aureus meticilina resistente*, se añadieron dosis repetidas de dalbavancina intravenosa y se inició infliximab intravenoso, con ajustes posteriores de dosis 5-10 mg/kg cada 4 semanas. Inicialmente la respuesta a dicha combinación resultó muy favorable, pero al año de tratamiento se retiró por pérdida de eficacia.

Exploración física

A la exploración física destacaba la presencia de fistulas supurativas inframamarias, en pubis y vulva aparte de nódulos inflamatorios en región inguinal, muslos, axilas y lesiones de aspecto cicatricial en varias localizaciones (Figura 1).

Así mismo, se observaban en cara anterior de muslos y región abdominal, múltiples placas eritemato-violáceas de morfología redondeada u ovalada con costras y pústulas periféricas, de aspecto verrugoso y con múltiples orificios supurativos (Figura 2).



Figura 1. Región axilar derecha donde se aprecia nódulo inflamatorio/absceso (asterisco) y fistula no supurativa (flecha negra).

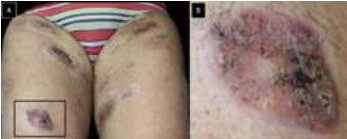


Figura 2. (A) Imagen macroscópica de región cuadricepsal bilateral. Se observan múltiples placas eritemato violáceas verrugosas en cara anterior de muslos. (B) Mayor detalle de lesión del muslo derecho con placa de aspecto verrugoso, pústulas periféricas y restos queratósicos.

Exploraciones complementarias

Se solicitó una analítica sanguínea, que no mostró alteraciones en el ionograma, función renal, hemograma ni proteinograma. Las serologías para VIH y otras infecciones de transmisión sexual resultaron negativas. El estudio de autoinmunidad con anticuerpos antinucleares (ANA), factor reumatoide (FR) resultó negativo y los reactantes de fase aguda se encontraban mínimamente elevados con una PCR de 2,5mg/dl. El estudio analítico para síndromes autoinflamatorios, incluyendo los genes implicados en los síndromes PAPA, PASH, PAPASH, así como el estudio de inmunodeficiencias resultó negativo, autoinflamatorios e inmunodeficiencias también resultó negativo. Se efectuó estudio endoscópico que descartó enfermedad inflamatoria intestinal asociada.

Se procedió a realizar una biopsia cutánea mediante punch de una de las placas verrugosas de los muslos. La histología mostró una hiperplasia pseudoepiteliomatosa sin atipia, con acantosis, junto con la presencia de proyecciones epidérmicas en forma de copa rellenas de queratina. Ocasionalmente se observaron también microabscesos neutrofílicos intraepidérmicos. A nivel dérmico se evidenció un infiltrado infiltrado mixto compuesto por linfocitos, histiocitos y neutrófilos (Figura 3). Las tinciones de PAS diastasa y Grocott no evidenciaban estructuras micóticas. La inmunofluorescencia directa resultó negativa.

Se realizaron múltiples cultivos de las placas verrugosas con crecimiento de *Staphylococcus aureus*, siendo las cepas inicialmente multisensible en el antibiograma y posteriormente tornándose resistente a la meticilina.

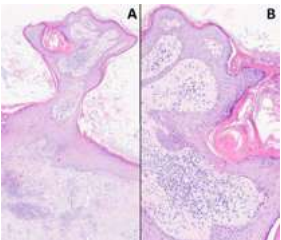


Figura 3. (A) Proliferación exofítica vegetante con hiperplasia pseudoepiteliomatosa sin atipia, acantosis y proyecciones epidérmicas irregulares que descienden hacia la dermis, sobre un estroma con denso infiltrado inflamatorio mixto. (B) A mayor aumento, se distinguen lengüetas epiteliales acantósicas que delimitan proliferaciones en forma de copa rellenas de queratina, microabscesos neutrofílicos intraepidérmicos y un infiltrado dérmico compuesto por neutrófilos, linfocitos, histiocitos y algunas células plasmáticas.

Evolución

Pese a mejoría parcial, las recurrencias persistentes (Figura 4) y que ha requerido mantener ciclos intermitentes de dalbavancina se ha iniciado recientemente tratamiento con bimekizumab subcutáneo, actualmente en fase de inducción.



Figura 4. En región abdominal inferior destaca placa eritematosa, infiltrada al tacto con tractos cicatriciales y supuración en la parte más medial. También se aprecian cicatrices en región suprapúbica, ingle derecha y zona proximal de muslo derecho.

Comentario

Se trata de un caso excepcional de hidrosadenitis supurativa grave asociada a blastomicosis-like pioderma, entidad apenas descrita en la literatura. Hasta la fecha, únicamente se han publicado dos casos similares en el contexto de la triada de oclusión folicular (hidrosadenitis, acné conglobata y celulitis disecante del cuero cabelludo). En ambos trabajos los autores sugieren que la hidrosadenitis supurativa podría actuar como desencadenante local de depósito de inmunocomplejos e inflamación crónica, favoreciendo una reacción vegetante exuberante sobreinfectada, con un papel relevante de *Staphylococcus aureus* y otras bacterias oportunistas. Nuestro caso, por tanto, apoya la hipótesis de la asociación de estas dos enfermedades donde donde la alteración de la unidad folicular apocrina y la disfunción inmunitaria local predisponen al desarrollo de estas lesiones vegetantes sobre un terreno de hidrosadenitis supurativa grave.

Bibliografía

1. Ouchi T, Tamura M, Nishimoto S, Sato T, Ishiko A. A Case of Blastomycosis-Like Pyoderma Caused by Mixed Infection of Staphylococcus epidermidis and Trichophyton rubrum. The American Journal of Dermatopathology. junio de 2011;33(4):397-9.

2. Boyd AS, Zemtsov A. A Case of Pyoderma Vegetans and the Follicular Occlusion Triad. The Journal of Dermatology. enero de 1992;19(1):61-3.

3. Hongal A.A., Geije S. Blastomycosis-like pyoderma-a rare case report. J Clin Diagn Res. 2016;10(10):WD03–WD04.

4. Brazel M, Farsi M, Motaparthi K, Konda S. Blastomycosis-like pyoderma: Treatment with serial excisions. JAAD Case Reports. marzo de 2022;21:29-31.

5. Ilagan FMD, Wu Y. Blastomycosis-like pyoderma: A pitfall for the misdiagnosis of squamous cell carcinoma. J Cutan Pathol. diciembre de 2022;49(12):1035-9.

6. Kobraei KB, Wesson SK. Blastomycosis-like pyoderma: response to systemic retinoid therapy. Int J Dermatology. noviembre de 2010;49(11):1336-8.

7. Nguyen RT, Beardmore GL. Blastomycosis-like pyoderma: Successful treatment with low-dose acitretin. Aust J Dermatology. mayo de 2005;46(2):97–100.

8. McBride JA, Gauthier GM, Klein BS. Clinical Manifestations and Treatment of Blastomycosis. Clinics in Chest Medicine. septiembre de 2017;38(3):435-49.

9. Scuderi S, O'Brien B, Robertson I, Weedon D. Heterogeneity of blastomycosis-like pyoderma: A selection of cases from the last 35 years. Aust J Dermatology. mayo de 2017;58(2):139-41.

10. Papadopoulos AJ, Schwartz RA, Kapila R, Samady JA, Ruzszzak Z, Rao BK, et al. Pyoderma Vegetans. Journal of Cutaneous Medicine and Surgery: Incorporating Medical and Surgical Dermatology. 6 de junio de 2001;5(3):223-7.

20. Lesiones inflamatorias recurrentes en axilas.

La hidradenitis supurativa es una enfermedad inflamatoria que se caracteriza por nódulos profundos, abscesos, fístulas y cicatrices en axilas, ingles y zona ínfraamaria y perianal. Es una condición destfigurante que asocia dolor y disminución de la calidad de vida. Para un manejo adecuado son necesarios un buen manejo clínico y ecográfico, así como la colaboración multidisciplinar de distintas especialidades.

Presentamos el caso de un varón de mediana edad con lesiones recurrentes en axilas que afectaban notablemente a su calidad de vida y que habían requerido valoración en Urgencias. Este paciente había realizado varios tratamientos locales (antibiótico tópico, corticoide intralesional) y varios ciclos de antibióticos orales con mejoría parcial. Al plantearle opciones terapéuticas, solicitó valoración quirúrgica de las lesiones.

Exploración física

En ambas axilas, se observaban lesiones lineales que se disponían de forma transversal a la axila. No se palpaban nódulos. No se observaban lesiones abscesificadas.

Anamnesis

Varón de 40 años, fumador de 1 paquete de tabaco al día, sin antecedentes personales de interés ni tratamiento habitual. Consultaba por lesiones axilares de 10 años de evolución. También comentaba que años atrás había tenido una lesión perianal abscesificada que requirió drenaje. Refería que ahora tenía sobre todo lesiones axilares, que cursaban en 1 o 2 brotes al año y que se habían hecho más frecuentes en los últimos meses. El mes anterior acudió a Urgencias por una lesión en axila izquierda que se acompañaba de fiebre. A la exploración se veía una lesión abscesificada de 7 cm en axila izquierda que se extendía hasta zona pectoral, sin supuración. Fue valorado por cirugía general y se le pautó amoxicilina/ácido clavulánico durante una semana, con mejoría clínica. Cuando acudió a consulta de Dermatología, refería mejoría de la lesión axilar izquierda sin nuevo brote de lesiones.

Exploraciones complementarias

Se realizó ecografía de ambas axilas, que mostró fistulas en dermis profunda (Fig. 1-2-3). A la exploración con Doppler, se observó discreta vascularización.



Fig. 1-2-3. La ecografía mostró lesiones hipoeoicas lineales en dermis profunda con refuerzo acústico posterior.

Diagnóstico

Hidradenitis supurativa moderada (IHS4 8, Hurley II)

Evolución

En la consulta de seguimiento en Dermatología, el paciente refirió que había presentado buena respuesta a la clindamicina pero había comenzado con un nuevo brote en la axila izquierda tras su suspensión. A la exploración se observaban lesiones inactivas en axila derecha, mientras que en axila izquierda se apreciaba una cicatriz hipertrófica transversal que en la ecografía se correspondía con un trayecto fistuloso en dermis profunda (Fig. 4). Se realizó nueva infiltración con corticoide y se pautó clindamicina tópica cada 12 horas hasta mejoría.

Ante la persistencia de las lesiones, se planteó tratamiento biológico. Dado que las lesiones eran localizadas, sin afectar a otras áreas, el paciente prefirió tratamiento quirúrgico de las mismas. Se cursó derivación a Cirugía Plástica, donde el paciente está pendiente de intervención.

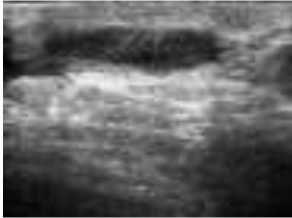


Fig. 4. En la ecografía se observó fístula en dermis profunda en axila izquierda.

COMPARTIENDO EXPERIENCIAS
II CONCURSO CASOS CLÍNICOS EN HIDRADENITIS SUPURATIVA

Organiza:
AE DV
Asociación Española de Dermatología y Venereología
AE DV
Asociación Española de Dermatología y Venereología
Sociedad Española de Hidradenitis Suppurativa
AE DV

Tratamiento

Se explicó al paciente la evolución esperable de la enfermedad y se planteó tratamiento tópico, oral o combinación con cirugía. Se le recomendó depilación láser así como abstención tabáquica. Se realizó infiltración local con corticoide en las fístulas axilares y se inició tratamiento con clindamicina oral durante 3 meses.

Comentario

Presentamos el caso de un varón de mediana edad con brotes recurrentes de lesiones axilares inflamatorias. Estas lesiones mejoraban tras tratamientos locales y antibióticos orales, con posterior recurrencia. La hidradenitis supurativa puede tener un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes, por lo que herramientas como la ecografía son de gran utilidad para la caracterización de las lesiones y valorar su extensión y profundidad, como refleja el caso presentado. Además, permite mejorar la valoración de su evolución.

COMPARTIENDO EXPERIENCIAS
II CONCURSO CASOS CLÍNICOS EN HIDRADENITIS SUPURATIVA

Organiza:
AE DV
Asociación Española de Dermatología y Venereología
AE DV
Asociación Española de Dermatología y Venereología
Sociedad Española de Hidradenitis Suppurativa
AE DV

Bibliografía

(1) Goldberg SR, Strober BE, Payette MJ. Hidradenitis suppurativa: Epidemiology, clinical presentation, and pathogenesis. J Am Acad Dermatol [Internet]. 2020;82(5):1045–58. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2019.08.090>

(2) Zouboulis CC, Desai N, Emtestam L, Hunger RE, Ioannides D, Juhász I, et al. European S1 guideline for the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa. J Eur Acad Dermatol Venereol [Internet]. 2015;29(4):619–44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.12966>

(3) Zouboulis CC, Bechara FG, Benhadou F, Bettoli V, Bukvić Moks Z, Del Marmol V, et al. European S2k guidelines for hidradenitis suppurativa/acne inversa part 2: Treatment. J Eur Acad Dermatol Venereol [Internet]. 2025;39(5):899–941. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.20472>

21. Caso clínico de hidradenitis supurativa: Manejo con Inhibidores de IL-17 y terapia antitabaco.

Manejo con Inhibidores de IL-17 y terapia de deshabituación tabáquica.

En nuestro caso clínico, la citisina adquiere relevancia estratégica: contribuye a eliminar un factor inflamatorio bien reconocido y puede favorecer indirectamente la eficacia y sostenibilidad de terapias avanzadas como bimekizumab.

Octubre 2019

Varón, 50 años.
Derivado desde Cirugía General por sospecha de hidradenitis supurativa (HS).
Antecedentes:
• HTA, DM2.
• Tto: Semaglutida, Simvastatina, Metformina 850 mg, Dapagliflozina, Enalapril.
• Fumador >40 cigarrillos/día.
• Antecedentes quirúrgico: 2 intervenciones por fístula perianal.
Pruebas: Eco endoanal → cavidad inflamatoria en canal anal medio-alto, múltiples orificios perianales → compatible con HS.
Refiere supuración continua por fístula perianal. Niega antecedentes familiares de EIi ni episodios febriles/diarreicos.
Se inicia pauta de Clindamicina 300 mg/12h (10 sem).Rifampicina 300 mg/12h (10 sem).

Junio 2024

Situación: Mala respuesta a Adalimumab.
Clínica: Recaída, vuelve a fumar. Abandono de tratamiento antibabaquico.
Empeoramiento de las lesiones fistulosas en axilas, ingles y región glútea (fístulas complejas con supuración).
IHS4 >20.
Plan: Suspender Adalimumab. Se decide inico de Secukinumab 300 mg (inducción semanas 0-4, luego mensual).

Octubre 2024

RMN Pelvis:
2 trayectos fistulosos a nivel perianal posterior a las 5 y a las 7 horas en posición decúbito supino que parece unirse y ramificarse a nivel perianal derecho, una rama que termina en una pequeña colección abscesificada de 12 mm a nivel del subcutáneo de la hendidura interglútea derecha y otra rama más anterior que termina en una pequeña colección de unos 8 mm en el subcutáneo del rafe perineal homolateral.
Adenopatías de aspecto inflamatorio a nivel inguinal bilateral y en cadenas ilíacas externas.
Situación: Sin mejoría con Secukinumab.
Se decide enfriamiento con Ertapenem IM durante 10 semanas.
Se intensifica Secukimunab 300 mg cada 2 semanas

3 meses después Enero 2020

Ha sido intervenido de nuevo por Cirugía General.
Clínica: Brote con recidiva tras tratamiento, tratado puntualmente con Amoxicilina/Clavulanico.
Se inicia ciclo de Prednisona (pauta descendente) + Minociclina 100 mg/día (90 días) + Clindamicina 300 mg/12h (90 días)
Clindamicina gel tópico 2 veces/día.

Pérdida de seguimiento tras Covid-19 Octubre 2022

Ha sido intervenido de nuevo por Cirugía General (4º intervención) junto a Cirugía Plastica.
Exploración: Supuración activa en periné, ingles y axila izquierda. **IHS4: >20**
Se propone inicio de Adalimumab
Presenta buena evolución. Comienza seguimiento por Endocrino para pérdida de peso. Inicia tratamiento con Citisina para abandono tabáquico

Exploración física



Figura 1: fistulas complejas junto a secuelas de intervenciones previas con cicatrices redundantes

Febrero 2025

Resumen de tratamiento realizados:
2015: Rifampicina + Clindamicina (10 sem), Doxiciclina (3 meses).
2019: Rifampicina + Clindamicina (10 sem).
2020: Doxiciclina (3 meses) + Prednisona.
Dic 2022: Adalimumab 80 mg/2 sem.
Jun 2024: Secukinumab (intensificado hasta 2025).
Oct 2024: Ertapenem IM (6-10 sem).
+ 4 cirugías en región perineal
COMITÉ DERMA-FARMACIA
Situación: Sin mejoría con Secukinumab (incluso intensificado cada 2 sem).
Decisión: Cambio a Bimekizumab.
Se insiste en iniciar terapia antitabaco → Inicio de Citisina en coordinación con su centro de salud.

Agosto 2025

Situación:

- Ha dejado de fumar (≈2 meses sin fumar).
- Ha completado inducción con Bimekizumab.
- Mejoría clínica: menos inflamación, supuración, olor e induración.
- Mejor ánimo (paciente y familia).
- Clínica actual: Fístula complejas no drenantes

Exploración física



Figura 2: fistulas complejas con mejoría de la supuración y aspecto más cicatricial.

Comentario

- En nuestro caso clínico, la Citisina adquiere relevancia estratégica: contribuye a eliminar un factor inflamatorio bien reconocido y puede favorecer indirectamente la eficacia y sostenibilidad de terapias avanzadas como bimekizumab.
- Incorporar la cesación tabáquica farmacológicamente asistida dentro del plan de seguimiento de los pacientes con HS no solo representa una innovación en la práctica clínica, sino que también abre la puerta a implantar programas sistemáticos de deshabituación en unidades de HS.
- Esta estrategia multidimensional puede optimizar resultados clínicos, reducir la carga inflamatoria y potenciar la eficacia de los tratamientos dirigidos, configurando así un modelo de atención más completo y centrado en el paciente.

Bibliografía

1. Zouboulis CC, Hsiao JL, Reguiai Z, Pink AE, Arenberger P, Giamarellos-Bourboulis EJ, et al. Efficacy and safety of bimekizumab in patients with moderate-to-severe hidradenitis suppurativa (BE HEARD I and II): two 48-week, randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre, phase 3 trials. Lancet. 2024;403(10429):1015-28. doi:10.1016/S0140-6736(24)00353
2. Shi VY, Hsiao JL, Zouboulis CC, Reguiai Z, Arenberger P, Pink AE, et al. Impact of bimekizumab on patient-reported outcomes in moderate to severe hidradenitis suppurativa: pooled 48-week results from two phase 3 trials (BE HEARD I and II). JAMA Dermatol. 2025;161(8):874-84. doi:10.1001/jamadermatol.2025.1350.
3. Walker N, Bullen C, Barnes J, McRobbie H, Brown S, Keech A, et al. Randomized trial of cytisine, a low-cost, plant-based smoking cessation aid. N Engl J Med. 2014;371(25):2353-62. doi:10.1056/NEJMoa1407764.
4. Tutka P, Vinnikov D, Courtney RJ, Benowitz NL. Cytisine for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Nicotine Tob Res. 2019;21(12):1640-9. doi:10.1093/ntr/nty184.
5. Kim SR, Choi YG, Jo SJ. Smoking cessation and risk of hidradenitis suppurativa development. JAMA Dermatol. 2024;160(10):1056-65. doi:10.1001/jamadermatol.2024.2613.
6. Serrano P, et al. Incidence of hidradenitis suppurativa among tobacco smokers: a population-based retrospective analysis in the U.S.A. Br J Dermatol. 2018;178(3):709-14. doi:10.1111/bjd.16391.



Figura 3: mejoría moderada tras el inicio de bimekizumab y abandono tabáquico.

Comentario

- Existe evidencia de que el tabaquismo aumenta el riesgo de aparición y la gravedad de HS, y algunos estudios demuestran que abandonar el tabaco se asocia con reducción del riesgo de desarrollar HS y con mejor pronóstico en la población estudiada.
- La literatura en enfermedades inflamatorias crónicas (psoriasis, artritis reumatoide y otras) sugiere que el tabaquismo puede reducir la probabilidad de respuesta a algunos tratamientos biológicos, aunque los resultados no son uniformes y la evidencia específica para HS es más limitada y mayormente observacional.
- No existen estudios clínicos publicados que evalúen de forma controlada la combinación Bimekizumab + programa de cesación tabáquica (con citisina u otros agentes) para medir sinergia terapéutica en HS.

22. Tratamiento del dolor asociado a hidradenitis supurativa con bimekizumab.

Control de uno de los síntomas más limitantes de la hidradenitis supurativa con bimekizumab.

Paciente con fistula vulvar de largo tiempo de evolución, con importante dolor asociado y limitación de calidad de vida, refractario a múltiples tratamientos, que mejora tras tratamiento con bimekizumab.

Anamnesis

Mujer 39 años que acude derivada de consultas de ginecología por lesión dolorosa paraclitoroidea derecha. La paciente refiere historia de lesiones compatibles con hidradenitis supurativa (HS) desde la adolescencia, inicialmente en axilas e ingles, con afectación de zona genital desde hace 17 años. Por parte de ginecología se realizaron hasta tres intervenciones quirúrgicas del trayecto fistuloso. El último informe anatomopatológico revela la presencia de una foliculitis quística profunda fistulizada, compatible con una HS. La paciente presenta un dolor crónico residual que deteriora su la calidad de vida, limitando las actividades de la vida diaria. Ha realizado tratamiento para el mismo con tramadol y gabapentina, a nivel tópico amitriptilina y lidocaina sin éxito. Ante no mejoría, se decide derivar a dermatología e iniciar rifampicina en combinación clindamicina con cierta mejoría.

Diagnóstico

Hidradenitis supurativa genital Hurley II.

Tratamiento

Se decide inicio de Bimekizumab 320mg cada 2 semanas durante 16 semanas.

Exploración física

En la exploración física tan solo se observaba una cicatriz postquirúrgica con dolor asociado a la palpación.

Exploraciones complementarias

Ecografía cutánea

Realizamos ecografía cutánea evidenciándose la presencia de un trayecto fistuloso complejo en el labio mayor derecho (figura 1). Ante los hallazgos ecográficos y el dolor asociado se solicita resonancia magnética pélvica.

Resonancia magnética

En ella se pueden apreciar cambios inflamatorios en el tejido celular subcutáneo suprapúbico y próximo al Monte de Venus, aunque no se evidencian claros abscesos ni trayectos fistulosos, los cambios son justificables por HS (figura 2).

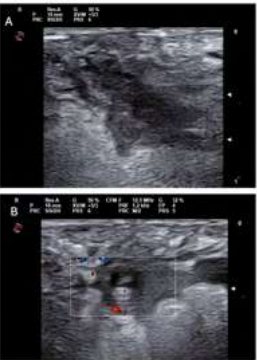


Figura 1 A, B: Imagen hipoeólica mal delimitada, de bordes mal definidos sin vascularización Doppler, compatible con trayecto fistuloso complejo.

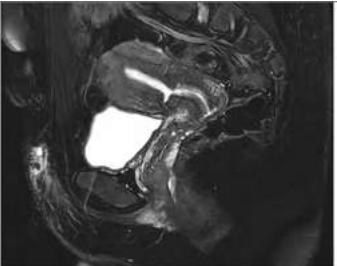


Figura 2: Resonancia magnética en la que se evidencian cambios inflamatorios en tejido celular subcutáneo suprapúbico y próximo a Monte de Venus sin conseguir delimitar un claro trayecto fistuloso (no se puede excluir un tracto fistuloso de corto trayecto).

Evolución

Tras tres meses de tratamiento con Bimekizumab, la paciente refiere resolución del dolor crónico asociado a la lesión vulvar, permitiéndole retomar con normalidad las actividades de la vida diaria. Aunque refiere que la frecuencia de los brotes sigue siendo similar, la intensidad de los mismos ha disminuido. El dolor agudo en relación con los brotes ha pasado de ser 10/10 a 3/10, con un pico de dolor máximo 6/10. Niega supuración asociada. A las semanas de tratamiento, presentó una candidiasis oral que se resolvió sin incidencias con enjuagues nistatina. Niega otros efectos adversos asociados.

Comentario

La HS es una de las enfermedades cutáneas que más impacta la calidad de vida de los pacientes, pudiendo compararse a aquella de pacientes con insuficiencia cardíaca pendiente de trasplante(1,2). El síntoma que más impacta en la HS es el dolor, relacionándose más el dolor con el deterioro de la calidad de vida que la severidad de la enfermedad(2). En una encuesta internacional, que contaba con más de 1000 pacientes con HS, el 61% de los pacientes asociaban un dolor moderado-grave(2). En dolor en HS está infradiagnosticado, infratratado e incluso estigmatizado(1,2). Puede ser agudo o crónico y considerarse nociceptivo, neuropático o nociplástico(1,2). El principal factor para mejorar el dolor asociado a HS es el control de la inflamación de base(1). En el ensayo clínico BE HEARD I y BE HEARD II, Bimekizumab demostró eficacia en el control del dolor en la semana 16, con mejoría mantenida del pico de dolor cutáneo en tan sólo dos semanas(3). Aunque un control total de dolor no sea posible, como es el caso de nuestra paciente, si se debe aspirar a lograr al menos un control que permita disfrutar de actividades cotidianas y mejorar la calidad de vida(2).

Bibliografía

1. Surapaneni V, Milosavljevic M V., Orenstein LAV. Pain management in hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol.* 2024;**91**(6S): S52–63.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39627001/>

2. Pulminskas A, Hojjatie R, Karatas TB, Li YH, Orenstein LAV. Hidradenitis Suppurativa Symptom Relief: Pain and Itch. *Dermatol Clin.* 2025;**43**(2):247–60.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40023625/>

3. Kimball AB, Jemec GBE, Sayed CJ, Kirby JS, Prens E, Ingram JR, et al. Efficacy and safety of bimekizumab in patients with moderate-to-severe hidradenitis suppurativa (BE HEARD I and BE HEARD II): two 48-week, randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre phase 3 trials. *Lancet.* 2024;**403**(10443):2504–19.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38795716/>

COMPARTIENDO
EXPERIENCIAS
E CONCURSO CASOS CLÍNICOS EN HIRADENITIS SUPURATIVA

Organiza



23. De la frustración a la esperanza: respuesta a bimekizumab en hidradenitis supurativa severa juvenil.

Este caso resulta de especial interés por tratarse de una paciente adolescente con hidradenitis supurativa severa, refractaria a múltiples líneas terapéuticas previas y con baja adherencia al seguimiento. La introducción de bimekizumab no solo ha permitido un control clínico significativo de la enfermedad, sino que también ha supuesto un punto de inflexión en la motivación de la paciente y su familia para mejorar sus hábitos y su implicación en el tratamiento. Este caso ilustra la importancia de las nuevas opciones biológicas en escenarios complejos y su potencial impacto más allá del control de la inflamación.

El siguiente caso describe a una paciente adolescente con una hidradenitis supurativa grave de larga evolución y de difícil manejo. Ha precisado de múltiples tratamientos sistémicos, tanto antibióticos como biológicos, con falta de respuesta mantenida a todos ellos.

Se expone la evolución y seguimiento del caso, el inicio de tratamiento con una nueva terapia biológica anti-IL-17 y la respuesta obtenida al tratamiento con bimekizumab, aportando iconografía que ilustra la rápida mejoría clínica obtenida.

Introducción

La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica cutánea que aparece en la tercera década de vida, siendo menos frecuente en niños o adolescentes. Tiene una mayor prevalencia en niñas, en raza negra y en pacientes con Síndrome de Down (1). Se estima una prevalencia del 0,017% en menores de 18 años, y solo un 12% de los pacientes desarrollan síntomas antes de los 20 años (2).

Existen diferencias en las manifestaciones clínicas de la hidradenitis supurativa entre población infantil y adultos, aunque la evidencia es limitada porque la mayoría de estudios se centran en adultos. Si la HS debuta en edad infantil, suele asociarse con antecedentes familiares más frecuentemente, lo que supone un componente genético más marcado. Puede debutar incluso antes de la pubertad, aunque lo habitual es tras la menarquia en niñas y en la adolescencia temprana en varones (3). En adolescentes se observa más afectación en áreas atípicas (glúteos, muslos, espalda) mientras que en adultos predominan los pliegues axilares e inguinales. Esto puede dificultar el diagnóstico temprano al confundirse con forúnculos o acné profundo (4). En menores, las lesiones suelen ser menos extensas al inicio, pero la progresión puede ser muy rápida si no se realiza una intervención temprana (5). En adolescentes se asocia con obesidad, síndrome metabólico, acné severo y enfermedad inflamatoria intestinal, de forma similar a adultos, pero a menudo aparecen antes en la evolución. También es más importante el impacto psicológico y social, pues la HS en esta etapa afecta autoestima, asistencia escolar y relaciones sociales (6).

COMPARTIENDO
EXPERIENCIAS
E CONCURSO CASOS CLÍNICOS EN HIRADENITIS SUPURATIVA

Organiza



Introducción

El diagnóstico precoz en edad pediátrica es clave para evitar progresión a la enfermedad destructiva crónica de la HS.

El manejo de la HS en pacientes pediátricos, particularmente en casos graves, representa un desafío debido a la falta de datos sobre eficacia y seguridad de los tratamientos sistémicos en esta población. A menudo, las opciones terapéuticas se basan en experiencias con poblaciones adultas (7).

Dado que no existen guías pediátricas específicas y robustas, en general, se adaptan estrategias utilizadas en adultos. La base del tratamiento incluye un enfoque multidisciplinar con colaboración de dermatólogos, cirujanos plásticos, psicólogos, nutricionistas y una buena red de apoyo familiar. Si bien las terapias médico-quirúrgicas tienen un gran papel en el control de la enfermedad, el control de peso en casos de obesidad, el uso de ropa e higiene adecuadas siguen siendo pilares importantes para permitir su acción (8).

COMPARTIENDO
EXPERIENCIAS
E CONCURSO CASOS CLÍNICOS EN HIRADENITIS SUPURATIVA

Organiza



Anamnesis

Se trata de una paciente de 17 años con retraso madurativo y cognitivo y antecedente de cirugía de sinus pilonidal, diagnosticada de hidradenitis supurativa a los 4 años de edad, que desde entonces ha realizado seguimiento en varios centros con un cumplimiento muy irregular. Desde el debut de la enfermedad ha tenido afectación axilar, en regiones inter y submamarias, inguinogenital y perineal, con un aumento rápido y progresivo en extensión e intensidad de las lesiones a lo largo de los años, sobre todo durante la adolescencia.

Ante un caso tan complejo y agresivo de hidradenitis supurativa se han pautado múltiples terapias en los últimos años, solas y combinadas, con mejorías parciales pero nunca alcanzando un control suficiente de la enfermedad. En primer lugar antibióticos tópicos (ácido fusídico y mupirocina) y clorhexidina tópica. También antibióticos orales (amoxicilina-clavulánico, doxiciclina y clindamicina + rifampicina) y algún ciclo de corticoides sistémicos, tópicos e intralesionales.

COMPARTIENDO
EXPERIENCIAS
E CONCURSO CASOS CLÍNICOS EN HIRADENITIS SUPURATIVA

Organiza



Anamnesis

Tras la mala evolución y la continua progresión y empeoramiento de la enfermedad, a los 10 años de edad se decidió iniciar con terapias biológicas, estando la paciente en tratamiento con adalimumab (anti-TNF) durante 12 meses en 2017-2018 aunque tuvo que ser suspendido por ausencia de respuesta. Posteriormente en 2021 se inició tratamiento con Guselkumab (anti IL23) y fue mantenido durante 18 meses, con buena respuesta inicial pero empeoramiento progresivo, por lo que también tuvo que ser suspendido. Finalmente la paciente pierde el seguimiento de forma definitiva en 2022.

La paciente es la mayor de cuatro hermanos y por su retraso madurativo y la situación social de la familia ha realizado un seguimiento irregular y un cumplimiento errático de los tratamientos propuestos. La comunicación y colaboración con la familia es también complicada y ha precisado de varias intervenciones por parte de Trabajo Social.

En diciembre de 2024, nuestra paciente de 17 años acude de nuevo a Urgencias de Dermatología por un brote severo de hidradenitis supurativa. Refiere importante dolor e incomodidad secundaria, que está motivando el absentismo escolar.

Exploración física

En este momento se evidenciaron múltiples pápulas y nódulos eritematovioláceos, asía como pústulas distribuidas en área genital, axilar, submamaria y de forma más severa intermamaria. La mayoría de las lesiones presentaban abundante salida de contenido purulento espontáneo. En área intermamaria y submamaria, se alcanzan a contabilizar 43 nódulos (Fig. 1). Esto supone un IHS4 de 43, sin tener en cuenta el número de lesiones del área genital o axilar.

Fig. 1. Múltiples nódulos eritematovioláceos con supuración activa espontánea en región inter y submamaria.



Exploraciones complementarias

Se solicitan pruebas analíticas, con serologías VHC, VHB, VIH e IGRA que resultan negativos. Hemograma y coagulación sin alteraciones significativas.

Diagnóstico

Hidradenitis supurativa severa en adolescente

Tratamiento

Se inicia tratamiento sistémico con amoxicilina-clavulánico 875-125mg/8h y un ciclo de prednisona en pauta descendente durante tres semanas y se deriva a la paciente a la consulta monográfica de hidradenitis supurativa.

Evolución

La paciente es valorada de nuevo en la consulta monográfica pero a pesar de este ciclo antibiótico y de corticoesteroides, continúa presentando un importante empeoramiento. En este momento alcanza un 10 en escalas EVA de dolor y picor y un importante impacto en calidad de vida (DLQI: 14). Además cuenta con obesidad clase III según IMC 41.74. Se decide iniciar tratamiento con metformina 850mg/24h y tratamiento biológico con bimekizumab (dosis inicial 320mg bisemanal durante 16 semanas seguido de dosis de mantenimiento de 320mg mensual).

Evolución

Acude a revisión en semana 4, tras dos inyecciones de bimekizumab. El tratamiento es bien tolerado, sin referir efectos adversos y es administrado en Hospital por personal de Enfermería para asegurar adherencia. En este momento la paciente refiere 0 en escalas EVA dolor y picor y un DLQI de 0. A pesar de que el número de lesiones se mantiene prácticamente estable, muchas de ellas, han comenzado a cicatrizar y se ha interrumpido el drenaje de contenido purulento (Fig. 2)

Fig 2. Semana 4 de tratamiento con Bimekizumab.



Evolución

Progresivamente la paciente es valorada de nuevo en las semanas 12 (Fig. 3) y 24 (Fig. 4), manteniendo todas las escalas a cero y con disminución llamativa en el número de nódulos inflamatorios, contabilizando 13 nódulos inflamatorios en región intermamaria y submamaria en la semana 24 y alcanzando un HISCR 70. El resto de áreas anatómicas afectadas tienen una evolución paralela.

Fig. 3. Semana 12 de tratamiento con Bimekizumab



Evolución

Fig. 4. Semana 24 de tratamiento con Bimekizumab.



Evolución

La paciente ha conseguido retomar su rutina escolar con normalidad, lo cual representa un cambio significativo respecto a la etapa previa al tratamiento, cuando las molestias derivadas del drenaje constante y el malestar físico condicionaban de forma marcada su asistencia y rendimiento académico. En la actualidad no experimenta incomodidad por las presencia de líquido en la ropa interior, lo que ha mejorado notablemente su calidad de vida, comodidad y seguridad personal. Actualmente con apoyo familiar, está autoadministrando las inyecciones en domicilio cada 4 semanas, evitando visitas adicionales al Hospital.

Además se muestra mucho más animada y con una actitud positiva hacia el futuro, manifestando con el apoyo de su familia, un renovado interés por su autocuidado. Esta mejoría clínica ha favorecido que, por primera vez, exprese su disposición a adoptar hábitos de vida más saludables, incluyendo el cuidado de su alimentación y un aumento en la actividad física, aspectos fundamentales para el manejo integral de la hidradenitis supurativa y la prevención de complicaciones a largo plazo.

24. Sorpresas en el quirófano: tips para un correcto abordaje de situaciones inesperadas.

Destacamos este caso más que por el diagnóstico, que está claro desde primer momento, por su tratamiento. La hidradenitis supurativa debe ser considerada una enfermedad médico-quirúrgica que, a pesar de un correcto tratamiento médico, puede tener recaídas que requieran cirugías. Se expone la importancia de la ecografía, así como la utilidad de técnicas que pueden ser beneficiosas en el postoperatorio de estos pacientes.

Paciente varón de 23 años con hidradenitis supurativa (HS) de años de evolución y debut en edad pediátrica que es intervenido de lesiones de HS a nivel preesternal. Tras una delimitación ecográfica prequirúrgica, se detectan nuevas lesiones subclínicas y se realiza una exéresis amplia, quedando un gran defecto quirúrgico. Se realizan curas durante 4 semanas destacando la utilidad de las terapias de presión negativa en pacientes con HS.

Anamnesis

Paciente de 23 años que acude a cirugía programada para exéresis con anestesia local de lesión fistulosa en zona preesternal que no responde a tratamiento.

Antecedentes personales de interés:

Hidradenitis supurativa (HS) Hurley III de inicio a los 11 años.
Sinus pilonidal
Obesidad
Prediabetes

Antecedentes familiares de interés:

Padre y hermano con historia de HS

Hábitos tóxicos:

Ninguno

Comentario

En los casos de hidradenitis supurativa (HS) en adolescentes, es fundamental proporcionar una adecuada educación tanto al paciente como a sus acompañantes. Es importante transmitir expectativas realistas, explicar el carácter crónico de la enfermedad y ofrecer recomendaciones específicas para el cuidado de las lesiones. Es frecuente observar que, tras varios años de seguimiento y tratamiento hospitalario, tanto el adolescente como su entorno se sientan fatigados y pierdan la esperanza de mejora, especialmente cuando no han encontrado una alternativa terapéutica eficaz.

El bimekizumab, un fármaco biológico anti-IL-17, ha demostrado ser seguro y eficaz en una paciente de 17 años que no había respondido previamente a tratamientos con anti-TNF o anti-IL-23. En este caso, la paciente experimentó una mejoría rápida de la sintomatología en solo cuatro semanas, con una reducción del 70 % de las lesiones tras 24 semanas de tratamiento.

Este avance ha sido percibido por la paciente como un rayo de esperanza, motivándola a continuar con el tratamiento y a implicarse activamente en su proceso de mejora.

Bibliografía

En los casos de hidradenitis supurativa (HS) en adolescentes, es fundamental proporcionar una adecuada educación tanto al paciente como a sus acompañantes. Es importante transmitir expectativas realistas, explicar el carácter crónico de la enfermedad y ofrecer recomendaciones específicas para el cuidado de las lesiones. Es frecuente observar que, tras varios años de seguimiento y tratamiento hospitalario, tanto el adolescente como su entorno se sientan fatigados y pierdan la esperanza de mejora, especialmente cuando no han encontrado una alternativa terapéutica eficaz.

El bimekizumab, un fármaco biológico anti-IL-17, ha demostrado ser seguro y eficaz en una paciente de 17 años que no había respondido previamente a tratamientos con anti-TNF o anti-IL-23. En este caso, la paciente experimentó una mejoría rápida de la sintomatología en solo cuatro semanas, con una reducción del 70 % de las lesiones tras 24 semanas de tratamiento.

Este avance ha sido percibido por la paciente como un rayo de esperanza, motivándola a continuar con el tratamiento y a implicarse activamente en su proceso de mejora.

Anamnesis

Historia clínica:

Paciente varón con HS de comienzo a los 11 años. Acude por primera vez a consulta de dermatología en 2016 (a los 13 años), presentando lesiones supurativas en ambas axilas y tracto fibroso (Hurley II, IHS4 10) que precisa cirugía desde primer momento, interviniéndose a finales de ese año de la axila izquierda mediante exéresis simple y cierre directo.

Durante dos años, se mantiene con clindamicina tópica y requiere de varios ciclos de doxiciclina oral junto a drenaje de abscesos en brotes. En 2018 presenta nueva lesión fistulosa recalcitrante en axila izquierda que también se interviene con el mismo procedimiento quirúrgico.

A principios de 2019, comienza con múltiples brotes. Es evaluado de nuevo, presentando en este momento un IHS4 de 14. Se observa, además, una lesión interglútea de reciente aparición consistente en un sinus pilonidal. Se decide iniciar adalimumab tras pruebas pertinentes sin alteraciones de interés. Dado que inicia con 16 años el tratamiento biológico con adalimumab la pauta fue 80 mg en semana 0, 40mg en semana 1 y luego 40mg de mantenimiento cada dos semanas. A las 12 semanas, se reevalúa al paciente, pero como no había conseguido respuesta HiSCR se intensificó a 80 mg cada dos semanas.

Anamnesis

Historia clínica:

Se vuelve a reevaluar al paciente en mayo de 2019, mantiene una respuesta HiSCR insuficiente (IHS4 = 16), así como sinus pilonidal ya completamente formado a nivel del pliegue interglúteo. Se decide entonces añadir al tratamiento biológico inyecciones subcutáneas semanales de metotrexato de 15mg. Se ofrece cirugía del sinus pilonidal pero el paciente lo rechaza por el momento.

El paciente se mantiene bien controlado hasta junio de 2021 en donde se observan de nuevo múltiples lesiones en ambas axilas (IHS4 >15) y se decide cambio de tratamiento a infliximab 5mg/kg con pauta de inducción a las 0,2 y 6 semanas y luego mantenimiento cada 6 semanas. En noviembre se observa mejoría parcial de las lesiones, con persistencia aun de nódulos inflamatorios dolorosos y se aumenta la dosis a 7,5mg/kg. Tras ello, desaparecen todas las lesiones activas, manteniéndose con respuesta completa sin nuevos brotes durante un año y medio.

Sigue así hasta que en febrero 2023 acude a consulta presentando de nuevo lesiones muy inflamatorias en ambas axilas, con fistulas drenantes y abscesos recurrentes (IHS4>20). En este momento, se suspende infliximab por fallo secundario, se administra en consulta de enfermería de dermatología Ertapenem 1 g intramuscular de lunes a viernes durante 6 semanas, con el objetivo de conseguir el enfriamiento de las lesiones y posteriormente realiza switch a secukinumab 300mg sc (en semana 0,1,2,3,4 y luego cada 2 semanas de mantenimiento).

Anamnesis

Historia clínica:
Sin embargo, el tratamiento no resulta eficaz. El paciente sufre un empeoramiento con inflamación persistente de abscesos a nivel cervical bilateral y aparición de múltiples fistulas en zona preesternal que le originan graves molestias (IHS4 aproximado de 30). En este momento, se asume fallo primario a tratamiento y finalmente se decide cambio a bimekizumab 320mg (dos inyecciones sc de 160mg) cada 4 semanas, el cual no tenía en ese momento indicación en ficha técnica.

Tras una única dosis de bimekizumab, el paciente presenta mejoría de las lesiones axilares y cervicales (IHS4 = 14, respuesta HiSCR50). Sin embargo, tras varios meses, continúa con varios brotes de supuración e inflamación en zona preesternal (Fig.1). Se realiza una ecografía en consulta de esta zona en donde se observan dos tractos fistulosos drenantes. Al ser una única localización, se decide intervención quirúrgica con anestesia local y se incluye al paciente en la lista de espera de cirugía dermatológica.



Figura 1. Se observa zona preesternal con orificios de salida de tractos fistulosos (x2) que se incluyen para exéresis con cirugía

Exploración física

En zona preesternal se observa placa eritematosa, indurada, de unos 9 cm de diámetro y con varios orificios con salida de secreción inflamatoria maloliente.

Sin lesiones activas a nivel cervical. En axilas presenta únicamente 2-3 nódulos inflamatorios. Mantiene respuesta HiSCR con bimekizumab.

Tratamiento

Se decide realizar una exéresis completa de toda la zona observada en la ecografía, para eliminar también todas las lesiones subclínicas y evitar posibles recidivas. Para ello, se realiza exéresis de todo el tejido llegando hasta prácticamente capa muscular (Fig.3).

A la hora de iniciar la reconstrucción, el paciente comienza con intenso dolor en la zona quirúrgica, debiendo administrar mayor dosis de anestesia y llegando a dosis máximas aceptables. Por ello, se decide postponer la reconstrucción y realizarla en un segundo tiempo.

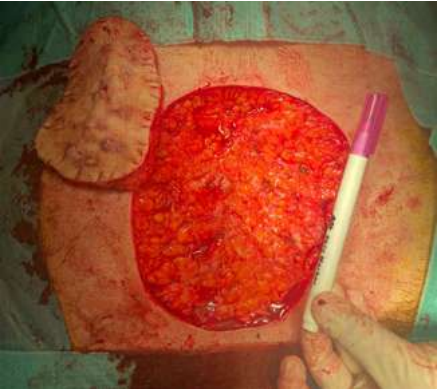


Figura 3. Defecto quirúrgico de 13,4cm de diámetro a nivel preesternal

Evolución

Durante cuatro semanas se le realizan curas en consulta especializada de enfermería de dermatología que requieren el uso de terapias de presión negativa (TPN) dado el tamaño y la profundidad del defecto quirúrgico (Fig.4).

Durante todo este tiempo, el paciente no sufre ningún tipo de complicación postoperatoria.



Figura 4. Curas del defecto quirúrgico mediante terapias de presión negativa.

Exploraciones complementarias

Se realiza ecografía en el quirófano, para una mejor delimitación de lesiones, en donde se observa un área con lesiones activas de mayor tamaño y con mayor número de lesiones de las observadas a simple vista en la consulta previa (Fig.2).

Se observa área de 13,4 cm de diámetro con lesiones con Doppler positivo y tractos fistulosos complejos, interconectados y epitelizados.



Figura 2. Área a nivel preesternal delimitada mediante ecografía en donde se observan múltiples tractos fistulosos y nódulos inflamatorios.

Diagnóstico

Placa preesternal de 13,4cm de diámetro con lesiones fistulosas complejas (tipo C de Martorell) de hidradenitis supurativa (HS)

Evolución

Gracias a la TPN, la herida quirúrgica sufre una gran mejoría, con la formación de adecuado tejido de granulación que permite la colocación de un injerto posterior y se evitan infecciones en el lecho quirúrgico (Fig.5).

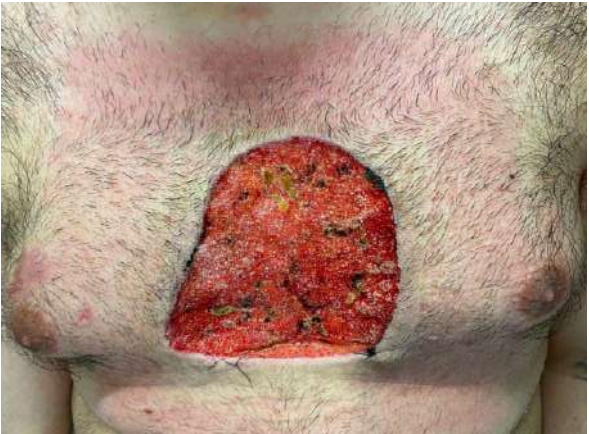


Figura 5. Defecto quirúrgico a las 4 semanas de la intervención, con formación de tejido de granulación.

Evolución

Finalmente, la reconstrucción se realiza en noviembre de 2024 mediante la colocación de injerto de piel total y colgajo en isla.

Desde ese momento, el paciente no ha vuelto a presentar lesiones en la zona preesternal y se encuentra bien controlado de las zonas axilares y cervical. Mantiene bimekizumab 320mg cada 4 semanas, presentando en la última revisión una única lesión activa en forma de absceso a nivel cervical (IHS4=2).



Comentario

La HS de inicio en edad infantil se relaciona con mal pronóstico y antecedentes familiares, como en nuestro caso. Además, debido a las limitaciones funcionales y al estigma, estos niños pueden sufrir comorbilidades psiquiátricas^{1,2,3}. Por ello, un diagnóstico precoz es imprescindible. En nuestro caso, el diagnóstico se realiza a los dos años del debut, perdiéndose la ventana de oportunidad desde el primer momento⁴.

Queremos destacar la importancia de la ecografía para de delimitar las lesiones de HS, permitiendo detectar lesiones subclínicas⁵. El consenso internacional sobre el uso de la ecografía en la HS⁶, recientemente publicado, recomienda fuertemente el uso de esta técnica.

En cuanto a la cirugía, se recomienda realizar exéresis amplias para evitar recidivas. Por ello, en nuestro paciente se decidió extirpar toda la zona preesternal, aunque la reconstrucción se postponga. De hecho, algunos artículos abogan por realizar el cierre de forma diferida⁷. Queremos destacar también el uso de TPN en la HS, terapias poco descritas en estos pacientes, pero que resultan de gran utilidad en cirugías grandes, evitando infecciones y creando tejido de granulación^{8,9,10}.

Bibliografía

1. Mohsen ST, Price EL, Lara Corrales I et al. Prevalence of comorbidities among pediatric patients with hidradenitis suppurativa. *JAMA Dermatology*. 2025; 2835070.
2. Xiong G, Ali M, Kalkhli EG, et al. Prevalence, age of onset, age at diagnosis and family history of hidradenitis suppurativa in pediatric populations: a systematic review and meta-analysis. *Pediatric Dermatology*. 2025.
3. Liy-Wong C, Kim M, Yasmine A et al. Hidradenitis suppurativa in the pediatric population: an international, multicentre, retrospective, cross-sectional study of 481 pediatric patients. *JAMA Dermatology*. 2021; 157(4):385-391.
4. Manzano A, Genovese G, Casazza G. Evidence for a "window of opportunity" in hidradenitis suppurativa treated with adalimumab: a retrospective, real-life multicentre cohort study. *Br J Dermatol*. 2021;184(1):133-140.
5. Michelucci A, Granieri G, Cai B et al. Enhancing hidradenitis suppurativa assessment: the role of ultra-high frequency ultrasound in detecting microtunnels and refining disease staging. 2025; 44(4):739-745
6. Wortsman X, Alfageme F, Dini V et al. International consensus statement on the use of ultrasound in hidradenitis suppurativa. *J Eur Acad Dermatol Venerol*. 2025.
7. Fliss E, Shoham G, Zoabi T et al. Immediate versus delayed wound closure in hidradenitis suppurativa surgery: a comparative outcomes study. *Indian J Plast Surg*. 2025; 13(1):191-198.
8. Vinnicombe Z, Singh GV, Spiers J et al. Comparison of negative pressure wound therapy with or without a split-thickness skin graft in the surgical management of axillary hidradenitis suppurativa: a retrospective cohort study. *Plast Surg*. 2024; 32(2):314-320.
9. Parrado R, Cadena M, Vergara A, Cadena D, Chalela JG. The role of negative pressure wound therapy in the management of hidradenitis suppurativa: a case report and literature review. *Int Wound J*. 2017; 14:35-39.
10. Stumpfe MC, Horch RE, Arhudas A et al. The value of negative-preassure wound Therapy and flap surgery in hidradenitis suppurativa – A single centre analysis of different treatment options. *Front Surg*. 2022; 9:867487.

25. Nódulos y fístulas refractarias: respuesta rápida al bloqueo dual de IL-17.

Paciente con hidradenitis supurativa severa, fenotipo inflamatorio-fistuloso y fracaso a dos biológicos (anti-TNF y anti-IL-17A). El caso subraya el papel del bloqueo dual de IL-17 en escenarios refractarios, la necesidad de manejo combinado médico-quirúrgico para fístulas estáticas y la importancia de actuar sobre factores modificables (tabaquismo, obesidad).

Varón de 58 años con hidradenitis supurativa crónica severa en ingles, glúteos y escroto, con nódulos dolorosos, abscesos y múltiples trayectos fistulosos; IHS4 basal 32 y EVA dolor 8/10. Fracaso a adalimumab (respuesta parcial) y a secukinumab (incluida intensificación); múltiples ciclos de antibióticos y corticoides. Se inicia bloqueo dual de IL-17 (320 mg SC semanas 0, 4, 8, 12 y luego cada 4 semanas), con ertapenem como puente y medidas tópicas; profilaxis antifúngica por candidiasis orofaríngea recurrente. Tras iniciar bloqueo dual de IL-17 con bimekizumab se observó descenso rápido del IHS4 y mejoría sostenida del dolor y de la supuración durante 9 meses. El caso subraya el papel del bloqueo dual de IL-17 en escenarios refractarios, la necesidad de manejo combinado médico-quirúrgico para fístulas estáticas y la importancia de actuar sobre factores modificables (tabaquismo, obesidad).

Anamnesis

Paciente

Varón de 58 años con enfermedad inflamatoria crónica de larga evolución, brotes en ingles, glúteos y escroto, dolor intenso, supuración y trayectos fistulosos de repetición.

Tratamientos previos:

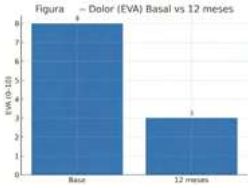
- Adalimumab 40 mg/semana desde 11/2019, respuesta parcial.
- Secukinumab desde 12/2023 (300 mg/4 sem) e intensificado a quincenal en 07/2024, sin control clínico adecuado.
- Múltiples ciclos antibióticos (clindamicina-rifampicina, doxiciclina) y cursos cortos de corticoides.
- Pauta de ertapenem IM 4 semanas como puente para reducir la carga bacteriana antes del nuevo biológico

Comorbilidades:

Tabaquismo 20 cig/día; obesidad (97 kg, 1,70 m; IMC -33,6); antecedentes de hepatitis A y B resueltas

Motivo de consulta

Dolor, supuración y actividad elevada pese a anti-TNF y anti-IL-17A.



Exploración física

Prevía a bimekizumab

Ingle derecha: 1 nódulo inflamatorio + 1 fístula drenante.

Ingle izquierda: 1 fístula drenante.

Glúteo izquierdo: 4 fístulas drenantes + placas inflamatorias.

Glúteo derecho: 1 nódulo fistuloso.

Hemiescroto derecho: 1 fístula drenante persistente.
IHS4 basal + 32 (8 lesiones fistulosas). Dolor EVA 8/10, supuración continua y limitación funcional.



Hemograma

PCR y perfil hepático sin alteraciones relevantes.

IGRA y serologías

IGRA negativo; inmune frente a VHA y B.

Ecografía de partes blandas

En glúteo izquierdo se observa conglomerado inflamatorio heterogéneo, con varios trayectos fistulosos hipoeoicos, no comunicados entre si, sin colección abscesificada evidente.



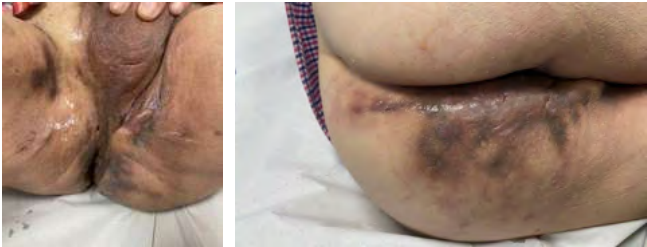
Diagnóstico

Hidradenitis supurativa grave

Hurley III y de fenotipo inflamatorio

IHS4 alto pese a anti- TNF y anti-IL-17A.

Candidato a bimekizumab tras comité de fármacos



Tratamiento

Previos

Adalimumab, secukinumab, antibióticos y medidas tópicas (clorhexidina, clindamicina, **resorcinol 15 %**), analgesia y cursos cortos de prednisona.

Hincapié de forma reiterada en el beneficio del **abandono tabáquico y pérdida ponderal**

Comienza

Inicia bimekizumab (07/2024): 320 mg SC (semanas 0, 4, 8 y 12) y después **cada 4 sem.**



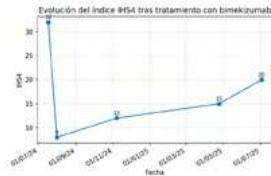
Comentario

Discusión

La **hidradenitis supurativa no solo afecta a la piel, sino también la vida de quien la padece**. Nuestro paciente arrastraba años de dolor, supuración y limitaciones, con un deterioro tan profundo de su calidad de vida que había **llegado a desarrollar ideación suicida**. El cambio a bimekizumab permitió que **el IHS4 descendiera desde 32 a 8 puntos en un escaso periodo de tiempo**, con una mejora clínica y emocional que transformó radicalmente su día a día.

El **beneficio se mantuvo estable durante un año**, con una reducción clara del dolor y de la supuración, **devolviendo al paciente el control sobre su enfermedad**. La candidiasis orofaríngea, un efecto secundario esperado del bloqueo de IL-17, fue manejada con profilaxis antifúngica, sin necesidad de suspender el tratamiento.

Sin embargo, **la persistencia de fistulas estáticas recuerda que en los fenotipos avanzados el abordaje debe ser integral**: la combinación de tratamiento médico y quirúrgico, junto con la lucha contra factores agravantes como el tabaquismo y la obesidad, **se presenta como la estrategia más efectiva**. Este caso ilustra cómo una terapia biológica no solo puede silenciar la inflamación, sino **también rescatar al paciente de otros problemas a nivel psíquico y emocional**.



Puntos a llevar a casa

Bimekizumab induce **respuesta clínica precoz** y mantiene beneficio el primer año, con descenso marcado de dolor y supuración.

Seguridad manejable: la candidiasis orofaríngea, propia del eje IL-17, se **controló sin suspender el fármaco** mediante tratamiento puntual y posterior **profilaxis en días de inyección**.

Fistulas crónicas + fracaso: la **inflamación nodular/abscesos responde**; las **fistulas fibrosas persistentes** requieren **combinación médico-quirúrgica** planificada.

Optimización de factores modificables: reducción de **tabaquismo** y **peso** como cointervenciones clave para mejorar resultados.

Monitorización estructurada: **IHS4 + EVA + ecografía** permiten objetivar la respuesta, mapear trayectos y decidir la idoneidad de la cirugía.

Bibliografía

- Kimball AB, et al. Two phase 3 trials of adalimumab for hidradenitis suppurativa (PIONEER I/II). N Engl J Med. 2016;375:422-34.
- Zouboulis CC, et al. European S1 guideline update for hidradenitis suppurativa. J Eur Acad Dermatol Venerol. 2019;33:19-36.
- Alikhan A, et al. North American clinical management guidelines for hidradenitis suppurativa. J Am Acad Dermatol. 2019;81:76-90.
- BE HEARD I/II Investigators. Bimekizumab in moderate-to-severe hidradenitis suppurativa. Lancet. 2023;402:xxxx-xxxx.
- Salgueiro GP, Yilmaz O, Nogueira M, Torres T. Interleukin-17 inhibitors in HS. BioDrugs. 2025;39:53-74.
- UCB Pharma. Comunicado sobre BE HEARD y autorización europea de bimekizumab: 23-05-2024.
- Sabat R, et al. Pathogenesis of HS and role of IL-17 axis. J Eur Acad Dermatol Venerol. 2020;34:947-64.

Evolución

Impacto clínico atribuible a bimekizumab (línea temporal resumida por IHS4):

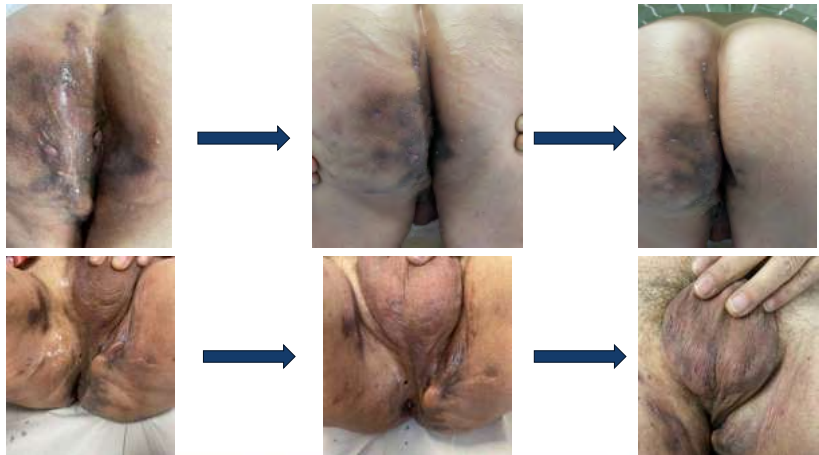
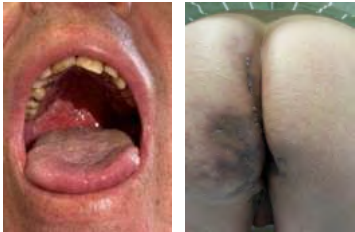
1 semana (08/2024): IHS4 32 → 8. Descenso marcado de dolor y supuración. Candidiasis orofaríngea leve tratada con fluconazol/nistatina.

3 meses (11/2024): IHS4 = 12. mejora global mantenida; se pauta **profilaxis antifúngica** sistemática en días de inyección.

9 meses (04/2025): IHS4 = 15; persisten **3 fistulas estáticas** (glúteo/ingle) con supuración leve; sin brotes agudos.

12 meses (07/2025): IHS4 = 20 por persistencia de fistulas crónicas, **sin nuevas lesiones**; dolor EVA 3/10; reducción del tabaco a **10 cig/día**. Se **deriva a cirugía** para manejo de fistulas residuales.

Balance: Respuesta **rápida y sostenida** en inflamación nodular/abscesos, con **pendiente quirúrgica** para fistulas fibrosas crónicas.



26. Hiperpigmentación y supuración en pliegues: algo más que hidradenitis supurativa.

Se trata de un caso de coexistencia de hidradenitis supurativa y enfermedad de Dowling-Degos, una asociación poco frecuente y con interés creciente en la identificación de los mecanismos etiopatogénicos subyacentes a ambas entidades.

Se presenta el caso de un varón de 50 años con hidradenitis supurativa (HS) de 18 años de evolución y antecedentes familiares de quistes epidérmicos y HS. En la exploración física se objetivaron múltiples quistes y comedones en tronco; nódulos inflamatorios en pubis, glúteos y axilas; sinus pilonidal; y, dos fistulas con supuración activa en axila izquierda tipo C de Martorell. Además, presentaba máculas hiperpigmentadas con patrón reticular en pliegues. Se realizó el diagnóstico de HS patrón folicular Hurley III y enfermedad de Dowling-Degos. Se ha llevado a cabo tratamiento con ciclos de antibióticos, resorcinol tópico y adalimumab y se han realizado destechamientos de las fistulas. Actualmente, la enfermedad se encuentra estable con secukinumab, requiriendo infiltraciones puntuales en lesiones inflamatorias.

Exploración física

En la exploración física se observaron múltiples quistes, comedones abiertos, comedones en "lápida" y foliculitis en tronco y espalda (Fig.1).



Figura 1: Múltiples comedones abiertos, dobles comedones, quistes epidérmicos y foliculitis en espalda.

Anamnesis

Varón de 50 años, fumador de dos paquetes de tabaco diarios, con diagnóstico de hidradenitis supurativa (HS) desde hace 18 años, que es derivado a la Consulta de Hidrosadenitis por mal control de la enfermedad. Había recibido previamente tratamiento con ciclos de antibióticos y se habían realizado intervenciones quirúrgicas de fistulas por parte de Cirugía General y Cirugía Plástica. Entre los antecedentes familiares destacan dos hermanos y madre con múltiples quistes epidérmicos, así como una hija con HS. Niega antecedentes personales o familiares de psoriasis ni enfermedad inflamatoria intestinal.

Exploración física

En axila derecha, se observó un nódulo inflamatorio; y, en la izquierda, dos fistulas activas con supuración (Fig.2).



Figura 2: Fistulas en región axilar rodeadas por máculas parduzcas hiperpigmentadas con patrón reticular.

Exploración física

En las ingles presentaba cicatrices bilaterales por escisiones previas realizadas por Cirugía General y, en pubis, dos nódulos inflamatorios (Fig.3).

En la región glútea se identificaron múltiples nódulos inflamatorios y sinus pilonidal. Además, en ambas axilas (Fig.2), en pliegue interglúteo y en axilas, se evidenciaron máculas parduzcas hiperpigmentadas con patrón reticular. No se observaron alteraciones ungueales.



Figura 3: Nódulos inflamatorios en región púbica junto con máculas hiperpigmentadas en patrón reticular, cicatrices atróficas y comedones.

Diagnóstico

HS con patrón folicular, estadio Hurley III, y enfermedad de Dowling-Degos (EDD). Un posible diagnóstico diferencial en este caso es la acantosis nigricans, que también suele asociarse con HS.

Exploraciones complementarias

Se realizó una ecografía en la que se observaron fistulas tipo C de Martorell en axila izquierda con alta intensidad de señal en el estudio Doppler. Se solicitó una analítica, en la que se detectó niveles elevados de colesterol y triglicéridos, encontrándose el resto de los parámetros dentro de la normalidad. El Quantiferón fue negativo y la radiografía de tórax mostró probable enfisema y un granuloma milimétrico calcificado en lóbulo inferior izquierdo, ya presente en radiografías previas. Se solicitó estudio genético de la queratina 5 (KRT5) y complejo γ -secretasa [nicastrina (NCSTN), presenilina-1 (PSEN1), potenciador de presenilina, subunidad gamma-secretasa (PSENEN)], encontrándose los resultados aún pendientes.

Tratamiento

Se indicó tratamiento combinado con rifampicina y clindamicina 300mg cada 12 horas durante 10 semanas para reducir la inflamación junto con una fórmula magistral de resorcinol 15% en crema base lanette para aplicar en área de túneles y cicatrices.

Evolución

Debido a la escasa respuesta a clindamicina y rifampicina, se decidió iniciar adalimumab. A los 2 meses la actividad inflamatoria en ambas axilas había mejorado, pero persistía un pseudoquiste grande de unos 5cm en el muslo izquierdo y tres nódulos inflamatorios en pubis, por lo que se asoció doxiciclina 100mg/día durante 42 días. En las revisiones posteriores, se realizaron drenajes e infiltraciones ecoguiadas de nódulos inflamatorios en región interescapular, cervical y hombro izquierdo con una mezcla de acetónido de triamcinolona, gentamicina y lidocaína. Además, comenzó con drenaje y molestias a nivel de sinus pilonidal, por lo que se derivó a Cirugía General para valoración de tratamiento quirúrgico.

Evolución

Tras un año de tratamiento con adalimumab 40mg semanales y abandono del hábito tabáquico, aún persistían nódulos inflamatorios en espalda y una fistula activa en axila izquierda, por lo que se realizó destechamiento de esta lesión, con mejoría parcial.

Continuó presentando brotes de lesiones inflamatorias que se fueron controlando con ciclos de moxifloxacino 400mg durante 10 días y clindamicina 300mg cada 12 horas durante 12 semanas. No obstante, debido a la aparición de nuevas lesiones se decidió el cambio a secukinumab 300mg cada 2 semanas. Actualmente, la enfermedad está estable y precisa infiltraciones intralesionales puntuales en algunas lesiones inflamatorias.



27. Cuando la causa se revela.

La asociación entre inhibidores de la gamma-secretasa e hidradenitis supurativa está escasamente descrita en la literatura, lo que resalta la importancia de comunicar nuevos casos.

Se trata de una mujer de 38 años con diagnóstico de tumores desmoides mesentéricos, sin antecedentes personales ni familiares de HS ni otros factores de riesgo conocidos, que desarrolló lesiones compatibles con HS tras el inicio de tratamiento con un inhibidor de la gamma-secretasa en el contexto de un ensayo clínico. La paciente presentó una evolución favorable tras la suspensión del fármaco.

Anamnesis

Antecedentes personales

Mujer de 38 años con antecedentes personales patológicos de poliposis adenomatosa familiar y tumores desmoides mesentéricos. No presenta antecedentes personales ni familiares de hidradenitis supurativa ni tiene otros factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad (IMC normal, no fumadora ni hábitos tóxicos).



Historia actual

En diciembre de 2023, tras una recaída locorregional de los tumores desmoides, fue incluida en el ensayo clínico RINGSIDE, un estudio en fase II/III, aleatorizado y multicéntrico para evaluar AL102 en pacientes con tumores desmoides en progresión.

La paciente fue asignada al brazo de tratamiento con AL102, un inhibidor oral de la gamma-secretasa. Tras 6 meses de tratamiento comienza con lesiones en pliegues.



Imágenes generadas por IA

Comentario

La EDD es una genodermatosis autosómica dominante rara, más común en mujeres(1). Puede asociarse a queratoacantomas, quistes epidérmicos, carcinoma escamoso, acné nódulo-quístico, queratosis seborreicas, distrofia ungueal, artritis y HS(2).

La coexistencia de EDD y HS parece responder a un mecanismo etiopatogénico común. La hipótesis más aceptada es una disfunción de la vía de señalización de NOTCH en queratinocitos y melanocitos. El complejo γ -secretasa, implicado en la escisión de los receptores NOTCH, incluye genes como PSENEN, NCSTN y PSEN-1, en los que se han descrito mutaciones asociadas a HS familiar. En EDD, se han identificado mutaciones en KRT5 y en las proteínas O-fucosiltransferasa 1 (POFUT1) y O-glucosiltransferasa 1 (POGLUT1), responsables de la glicosilación de receptores NOTCH(3).

En series publicadas, los pacientes con EDD y HS suelen ser varones con IMC normal, patrón folicular de HS, antecedentes familiares de HS, acné, numerosos quistes epidérmicos y afectación del tronco. Se ha descrito la afectación de la nuca como una asociación con EDD(4).

Bibliografía

1. Arjona-Aguilera C, Linares-Barrios M, Albarrán-Planelles C, Jiménez-Gallo D. Dowling-Degos disease associated with hidradenitis suppurativa: a case report. Actas Dermosifiliogr 2015;106:337-8. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2014.09.010>
2. Nokdhes YN, Rutnumnoi T, Patthamalai P, Leeyaphan C. Follicular Dowling-Degos Disease with Hidradenitis Suppurativa: A Case Report and Review of the Literature. Case Rep Dermatol 2021;13:530-6. <https://doi.org/10.1159/000520541>
3. de Oliveira ASLE, de Siqueira RC, Nait-Meddour C, Tricarico PM, Moura R, Agrelli A, et al. A loss-of-function NCSTN mutation associated with familial Dowling Degos disease and hidradenitis suppurativa. Experimental Dermatology 2023;32:1935-45. <https://doi.org/10.1111/exd.14919>
4. Agut-Busquet E, González-Villanueva I, Gabriel JR de, Pascual JC, Pibernat MR, Luelmo J. Dowling-Degos Disease and Hidradenitis Suppurativa. Epidemiological and Clinical Study of 15 Patients and Review of the Literature. Acta Dermato-Venereologica 2019;99:917-8. <https://doi.org/10.2340/00015555-3225>

Exploración física

Seis meses después de comenzar el inhibidor de gamma-secretasa (junio de 2024), la paciente comenzó a desarrollar los primeros signos de hidradenitis supurativa. En este momento el fenotipo era de predominio folicular (lesiones de tipo triple comedón y foliculitis) con escasas lesiones en axilas. En este momento se consideró un estadio Hurley I.



En enero de 2025, fue valorada por primera vez en nuestro servicio de Dermatología. Ahora, la enfermedad presentaba un componente más inflamatorio, apareciendo nuevas lesiones nodulares, abscesos y fistulas a nivel axilar, inguinal, anogenital, mandibular y laterocervical. Se trataba de un estadio Hurley II.

Exploraciones complementarias

Se solicitó una analítica sanguínea por si eventualmente fuera necesario comenzar un tratamiento biológico, con hemograma y bioquímica normales, además de serologías negativas.

No se realizaron más pruebas complementarias.

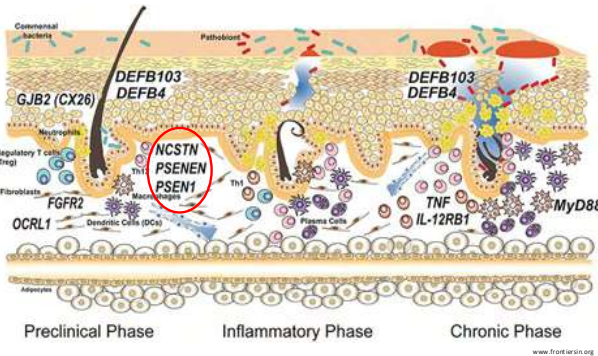


Imagen generada por IA

Diagnóstico

Hidradenitis supurativa secundaria a un inhibidor de la gamma-secretasa

La paciente desarrolló una hidradenitis supurativa moderada, con una clara relación causa-efecto con un fármaco inhibidor de la gamma-secretasa. Además, la paciente no tenía otros factores de riesgo de HS como son el hábito tabáquico, el IMC elevado o presentar antecedentes familiares para el desarrollo de esta enfermedad, lo cual refuerza aún más esta asociación.



Tratamiento

Enero 2025

En la primera visita, con el fin de no suspender el tratamiento oncológico, se inició tratamiento con clindamicina tópica y oral (300 mg cada 12 horas) durante 3 meses. Sin embargo, la paciente continuó empeorando requiriendo el drenaje de varias lesiones, la infiltración intralesional de corticoides y el uso de corticoides sistémicos.

Mayo 2025

Tres meses después, considerando el balance beneficio-riesgo y las preferencias de la paciente, se suspendió el tratamiento con AL102.



Bibliografía

1. Pink AE, Simpson MA, Desai N, Trembath RC, Barker JN. Mutations in the gamma-secretase genes NCSTN, PSENEN and PSEN1 underlie rare forms of hidradenitis suppurativa (acne inversa). J Invest Dermatol. 2012;132(10):2459–61. doi:10.1038/jid.2012.162

2. Gounder MM, Jones RL, Chugh R, et al. RINGSIDE phase 2/3 trial of AL102 for the treatment of desmoid tumours: phase 2 results. J Clin Oncol. 2023;41(suppl 16):11515. doi:10.1200/JCO.2023.41.16_suppl.11515

3. Kasper B, Gounder M, Chugh R, et al. 1766P Updated results of the RINGSIDE phase II trial and open-label extension of AL102 for treatment of desmoid tumours. Ann Oncol. 2024;35(Suppl S2):S157. doi:10.1016/S0923-7534(24)03376-3

4. Ríos-Viñuela E, Hoyas-Rodríguez I, Cullen-Aravena D, et al. Hidradenitis suppurativa secondary to treatment with a γ -secretase inhibitor. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2024;38(3):e219–21. doi:10.1111/jdv.19544

5. Vellaichamy G, Dimitrion P, Zhou L, et al. Insights from γ -secretase: functional genetics of hidradenitis suppurativa. J Invest Dermatol. 2021;141(8):1888–96. doi:10.1016/j.jid.2021.01.023

Bibliografía

6. Frew JW, Vekic DA, Woods JA, Cains GD. Drug-associated hidradenitis suppurativa: a systematic review of case reports. J Am Acad Dermatol. 2018;78(1):217-219.e2. doi:10.1016/j.jaad.2017.08.046

7. Pan Y, Lin MH, Tian X, et al. Gamma-secretase functions through Notch signaling to maintain skin appendages but is not required for their patterning or initial morphogenesis. Dev Cell. 2004;7(5):731–43. doi:10.1016/j.devcel.2004.09.014.

8. O'Sullivan Coyne G, Woodring TS, Lee CR, Chen AP, Kong HH. Hidradenitis Suppurativa-Like Lesions Associated with Pharmacologic Inhibition of Gamma-Secretase. J Invest Dermatol. 2018;138(4):979-981. doi:10.1016/j.jid.2017.09.051

9. Frantz TC, Kirwin D, Brahe C. Hidradenitis secondary to nirogacestat, a recently approved desmoid tumor medication. JAAD Case Rep. 2024;57:1-2. Published 2024 Dec 31. doi:10.1016/j.jdc.2024.12.022

10. Gutierrez Y, DeClerck B, Hsiao JL, Lee KH. New onset hidradenitis suppurativa and eruptive milia associated with gamma secretase inhibitor therapy in a patient with desmoid tumor: A case report. JAAD Case Rep. 2025 Jul 5;63:81–3

Evolución

Evolución satisfactoria

Un mes después de la interrupción del tratamiento (junio de 2025), la paciente comenzó a percibir una gran mejoría clínica.



Sin embargo, en la consulta de agosto refiere aparición de nuevas lesiones nódulo-quísticas en rostro y cuello, aunque siguió presentando mejoría progresiva de las lesiones en axilas, ingles y región anogenital.

Comentario

Este caso plantea la posibilidad de que un inhibidor oral de la γ -secretasa (AL102), en investigación para el tratamiento de los tumores desmoides, pueda inducir HS como efecto adverso. Aunque en los ensayos clínicos no se ha descrito explícitamente esta asociación, la cronología de las lesiones, su localización, la evolución clínica y la resolución tras la suspensión del fármaco refuerzan la sospecha de causalidad.

En la literatura existen casos aislados de otros fármacos inhibidores de la γ -secretasa, como el nirogacestat, que inducen cuadros de hidradenitis supurativa. En una cohorte retrospectiva del año 2018 de 17 adultos tratados con nirogacestat, 9 pacientes desarrollaron lesiones quísticas y foliculares en zonas de pliegues⁸. Más recientemente, se han descrito 3 nuevos casos en los que la introducción de nirogacestat induce la aparición de lesiones de hidradenitis supurativa^{4,9,11}. En nuestro caso, el tiempo de aparición de la HS fue de 6 meses, mientras que en el estudio de Frantz TC et al., el único que especifica la latencia, fue de 3 meses⁹.

Además, esta asociación es plausible desde el punto de vista fisiopatológico: se han descrito mutaciones en genes de la γ -secretasa como causa de formas familiares de HS^{1,5} lo que sugiere que su inhibición farmacológica podría inducir un fenotipo inflamatorio similar en pacientes susceptibles. Estudios condicionales en ratones *knockout* han demostrado que la γ -secretasa y la vía Notch son fundamentales para el mantenimiento de la unidad pilosebácea⁷.

Este caso apoya la hipótesis de una asociación entre inhibidores de γ -secretasa y HS y afianza el papel de las bases genéticas conocidas de esta enfermedad y la importancia del complejo γ -secretasa en el mantenimiento de la unión pilosebácea. La vigilancia clínica estrecha y el reconocimiento de estos efectos adversos resultan fundamentales para un abordaje personalizado y seguro, especialmente en pacientes oncológicos con susceptibilidad genética.

28. Evolución de un caso de hidradenitis supurativa inflamatoria grave con secukinumab tras desarrollo de anticuerpos anti-adalimumab: devolviendo la calidad de vida a nuestros pacientes.

Este caso clínico resulta de especial interés por mostrar la eficacia sostenida a largo plazo de secukinumab en un paciente joven con hidradenitis supurativa grave y refractaria a múltiples tratamientos, incluida la terapia biológica con adalimumab. La aparición de anticuerpos anti-adalimumab y la pérdida de respuesta terapéutica evidencian la importancia del monitoreo farmacocinético en estos pacientes. Además, la respuesta completa mantenida con secukinumab, incluso tras la desintensificación del tratamiento, sugiere que podría ser una alternativa terapéutica eficaz y segura en casos complejos de hidradenitis supurativa.

Presentamos el caso de un varón de 19 años con hidradenitis supurativa inflamatoria grave con afectación axilar, inguinal y glútea, refractaria a diversos tratamientos tópicos y a sendos ciclos de antibioterapia sistémica. Ante la importante afectación de la calidad de vida del paciente, se inició en 2021 adalimumab 40 mg semanales, con evolución inicial favorable (IHS4 2 tras 4 semanas), pero que tras seis meses de tratamiento presentó un nuevo empeoramiento con numerosos brotes que ocasionaban importante dolor al paciente (ISH4 27). Se intensificó adalimumab a 80 mg semanales, sin mejoría, y tras solicitar titulación de anticuerpos anti-adalimumab se objetivó que estos eran positivos y que los niveles de adalimumab eran muy inferiores al rango terapéutico.

En este escenario y ante la gravedad de la enfermedad, se decidió iniciar en 2023 secukinumab 300 mg cada 2 semanas. Tras el primer mes, el paciente presentaba una mejoría notable, manteniéndose con un IHS4 de 2. En el momento actual, tras casi 3 años de tratamiento con secukinumab, presenta una puntuación de 0 en el IHS4 y no ha presentado brotes en el último año y medio. Lleva 6 meses con secukinumab desintensificado a 300 mg cada 3 semanas, manteniendo estos resultados.

Anamnesis

1. Historia clínica

Varón. 20 años de edad.

En seguimiento por hidradenitis supurativa inflamatoria grave con afectación axilar, inguinal y glútea.

- Edad de debut: 14 años.
- Edad de diagnóstico: 16 años.
- Comportamiento de la enfermedad: persistente, >3 brotes en 3 meses.
- Evolución desde el diagnóstico: empeoramiento progresivo.
- Subtipo clínico:
 - Afectación axilar, inguinal y glútea.
 - Fenotipo inflamatorio.

2. Tratamientos realizados

- Tópicos: ácido fusídico, clindamicina.
- Antibioterapia sistémica:
 - Rifampicina + clindamicina (mejoría).
 - Doxiciclina (escasa mejoría).
- Otros: metformina, infiltraciones de acetónido de triamcinolona intralesional.
- Quirúrgicos: cirugía de sinus pilonidal.

Anamnesis

3. Historia y tratamiento actuales

- 2021: ante gravedad del cuadro (IHS4: 13) con falta de respuesta sostenida a los tratamientos previos, se plantea iniciar biológico y se realiza el despistaje previo:
 - Analítica sérica con serologías sin alteraciones.
 - Mantoux negativo.
 - Vacunación al día.

Se inicia adalimumab 40mg semanal tras pauta de inducción
- 2022: adalimumab 40 mg semanales •24 semanas:
 - IHS4 3.
 - Brotes de menor frecuencia e intensidad.
- 2022: adalimumab 40 mg semanales •36 semanas:
 - Nuevo empeoramiento llamativo con IHS4 27.
 - Aumento de la frecuencia y la intensidad de los brotes, llegando a ocasionar episodios de celulitis y fiebre.

- Se intensifica adalimumab a 80 mg semanales.
 - Se solicita determinación de anticuerpos anti-adalimumab.

Exploración física

2022: •36 semanas adalimumab 40 mg semanales

Clínica:

- Múltiples fistulas drenantes en axilas, ingles y muslos.
- Sendos abscesos axilares, glúteos y en muslo.
- Varios nódulos inflamatorios.
- Foliculitis, comedones y lesiones quísticas a nivel preesternal, axilar, glúteo e inguinal.

IHS4: 27



Exploraciones complementarias

2023: •16 semanas adalimumab intensificado 80 mg semanales

Se reciben resultados pendientes:

- Resonancia magnética nuclear pélvica: sin fistulas perianales.
- Niveles adalimumab disminuidos (<0.2)
- Titulación de anticuerpos anti-adalimumab elevados: >10 (normal: <1)

Exploraciones complementarias

2022: •36 semanas adalimumab 40 mg semanales

Ecografía doppler en consulta:

- Varias colecciones líquidas en cara interna de brazos y glúteos.
- Hasta 6 túneles y fistulas, en regiones axilares, inguinales, glúteos y muslos, desde superficiales hasta dermo-hipodérmicos. La mayoría doppler positivos.
- Varios nódulos inflamatorios en axilas, y glúteos.
- Varias lesiones pseudoquísticas no inflamatorias preesternales.

IHS4 ecográfico: 29 (clínico 27).

Diagnóstico

Hidradenitis supurativa inflamatoria grave, refractaria a adalimumab por desarrollo de anticuerpos anti-adalimumab.

Tratamiento

- Se suspende adalimumab.
- Se inicia **secukinumab 300mg** en pauta de inducción y posteriormente cada 2 semanas.

Evolución

Secukinumab 300mg bisemanal

+ 4 semanas

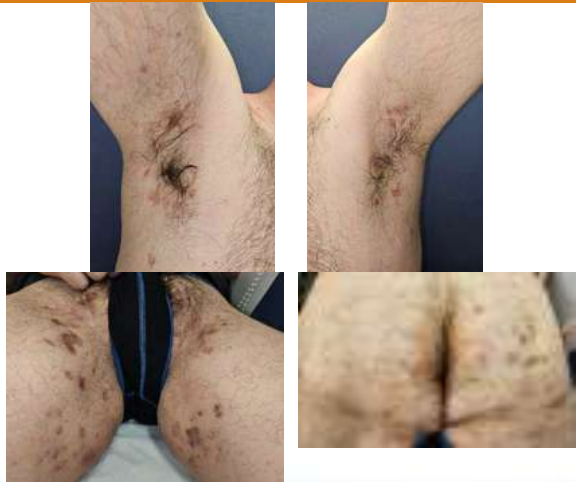
- Disminución de IHS4: 2
- Solo un brote leve (nódulo inflamatorio aislado, manejado con tópicos).

+ 36 semanas

- IHS4: 0
- Sin brotes

+ 54 semanas

- IHS4: 0
- Sin brotes desde hace >1 año
- Se desintensifica secukinumab: 300mg cada 3 semanas.



Bibliografía

1. Sabat R, Alavi A, Wolk K, Wortsman X, McGrath B, Garg A, et al. Hidradenitis suppurativa. Lancet. 2025;405(10476):420–38. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)02475-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(24)02475-9)
2. Zouboulis CC, Bechara FG, Benhadou F, Bettoli V, Bukvić Mokos Z, Del Marmol V, et al. European S2k guidelines for hidradenitis suppurativa/acne inversa part 2: Treatment. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2025;39(5):899–941. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jdv20472>

Evolución



Comentario

- La hidradenitis suppurativa afecta todas las esferas vitales del paciente, y por ello debe manejarse desde un **enfoque holístico**:
 - **Desencadenantes**: tabaquismo, obesidad → medidas generales. Prevención de la salud.
 - Manejo del **brote** → antibioterapia tópica + sistémica.
 - El problema de base: **túneles y cicatrices** resultantes → fármacos **biológicos** + **cirugía**.
- Los **fármacos biológicos** son en el momento actual el arma terapéutica más potente de la que disponemos para el tratamiento de la hidradenitis.
- La aparición de anticuerpos anti-adalimumab y la pérdida de respuesta terapéutica evidencian la importancia del monitoreo farmacocinético en estos pacientes.
- Es necesario el avance científico de la patogenia de la hidradenitis suppurativa, así como el desarrollo de nuevas dianas terapéuticas que mejoren la calidad de vida de nuestros pacientes.

29. Lesiones inflamatorias cutáneas dolorosas con evolución tórpida y múltiples comorbilidades asociadas.

El interés del caso radica en mostrar una hidradenitis supurativa (HS) grave y refractaria, con múltiples comorbilidades y gran impacto en la calidad de vida que condicionan tanto la evolución como la respuesta al tratamiento, subrayando la necesidad de un abordaje multidisciplinar e individualizado.

Se presenta el caso de una mujer de 43 años con HS de inicio en la adolescencia y evolución hacia formas graves, con afectación axilar, genital y glútea, dolor intenso, supuración y gran repercusión en su calidad de vida. La paciente asociaba obesidad, depresión, asma y enfermedad pulmonar intersticial. Pese a recibir tratamientos tópicos, antibióticos sistémicos, isotretinoína y adalimumab a dosis altas, persistía actividad inflamatoria severa. Se inició secukinumab con intensificación de dosis, junto con metformina y tirzepatida indicadas por Endocrinología, además de derivación a Salud Mental. El caso evidencia la necesidad de un abordaje integral en la HS refractaria y la utilidad de terapias biológicas emergentes en pacientes con comorbilidades complejas.

Anamnesis

Mujer de 43 años con antecedentes de alergia a penicilina y cefalosporinas, urticaria a frigore, depresión, hipotiroidismo tras tiroidectomía por nódulos tiroideos, asma bronquial, enfermedad pulmonar intersticial sin fiilar, obesidad y exfumadora (IPA aproximado de 30, cese hace 4 años). Fue remitida a Dermatología por lesiones cutáneas inflamatorias, dolorosas y recurrentes en axilas, con progresiva extensión a otras localizaciones. Refería impacto importante en la calidad de vida, con dolor, supuración.

Exploraciones complementarias

- **Escalas de gravedad subjetiva:** EVA global 7 (dolor 6, prurito 3, olor y supuración 8).
- **Escalas de gravedad objetiva:** Hurley III.
- **Resonancia magnética nuclear pélvica:** Engrosamiento edematoso dérmico difuso y reticulación del tejido celular subcutáneo superficial que se distribuye ampliamente a lo largo de la región hipogástrica, monte de Venus, labios mayores hasta región interna de nalgas delimitándose la existencia de tunelizaciones con captación periférica en el espesor de estas alteraciones, sin colecciones definidas, en relación con severa celulitis/cicatrices y fistulización.

Diagnóstico

Hidradenitis supurativa grave, Hurley III

Tratamiento

Como tratamientos previos, la paciente realizó tratamiento antibiótico tópico (clindamicina), varios ciclos de antibióticos orales (clindamicina, rifampicina, doxiciclina), isotretinoína y corticoides sistémicos, con respuesta parcial y recidivas. Posteriormente, se inició tratamiento biológico con adalimumab, con escalada progresiva de dosis hasta 80 mg semanales por falta de respuesta, con mal control de la actividad inflamatoria pese a la intensificación de dosis. Con todo ello, se cambió a secukinumab (300 mg semanales las 4 primeras dosis y posteriormente mensuales).

Exploración física

La exploración física reveló placas y nódulos eritematovioláceos inflamatorios con múltiples orificios fistulosos drenantes en axilas, pubis, labios mayores e ingles (Figuras 1 y 2) así como en mama derecha y región glútea.

Exploración física



Figura 1. Placas y nódulos eritematovioláceos inflamatorios y orificios de trayectos fistulosos drenantes en pubis, labios mayores e ingles, con lesiones cicatriciales y zonas de hiperpigmentación posinflamatoria.



Figura 2. Nódulos inflamatorios, fistulas drenantes y cicatrices en axila.

Evolución

Tras 5 meses desde el inicio de secukinumab, persistía la afectación genital, por lo que se intensificó secukinumab a 300 mg bisemanal y se añadió metformina (500mg/12h). Seis meses después se evidenció mejoría clínica parcial, alcanzando una pérdida de actividad inflamatoria en ambas axilas y una reducción de la misma, con una disminución del componente de eritema y superación en la mama derecha y región glútea e inguinogenital, aunque con desarrollo de linfedema vulvar (Figuras 3 y 4). Paralelamente, la paciente refería dificultad para la pérdida de peso pese a motivación, por lo que fue derivada a Endocrinología, donde se inició dieta hipocalórica y tirzepatida (Mounjaro®), un análogo de GLP -1, con escalada de dosis y consiguiendo disminución de peso. Además, se solicitó valoración por Salud Mental por empeoramiento del estado anímico. De manera concomitante, la paciente fue intervenida en abril del 2025 en axila derecha y en julio de 2025 de axila izquierda por Cirugía Plástica dada la complejidad de las lesiones y está pendiente de intervención en mama derecha en Cirugía General y valoración por Ginecología para tratamiento quirúrgico de lesiones en pubis y vulvares.

Evolución



Figura 3. Cicatrices, residuales, sin inflamación y edema en pubis y labios mayores compatible con linfedema.



Figura 4. Cicatrices retráctiles y túneles inactivos en axila.

Comentario

La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica y recidivante que requiere un abordaje integral, combinando medidas higienicodietéticas, abandono del tabaco, terapias médicas y cirugía (1,2). El diagnóstico precoz y el inicio temprano del tratamiento son claves para modificar su curso (3). En casos moderados-graves refractarios, las terapias biológicas constituyen la principal alternativa: adalimumab suele ser la primera elección, aunque existen otras opciones como secukinumab o bimekizumab, con eficacia demostrada en ensayos clínicos (4,5). La combinación de terapia médica y quirúrgica ofrece mejores resultados y menor recurrencia (6). El control de comorbilidades es fundamental, especialmente obesidad, diabetes, enfermedad cardiovascular, asma y alteraciones psicológicas, todas asociadas a peor evolución y mayor impacto en calidad de vida (7-10). En nuestro caso, la introducción de secukinumab y metformina, junto con tirzepatida para pérdida de peso y apoyo psicológico, permitió un control óptimo de la enfermedad, reforzando la necesidad de un manejo multidisciplinar individualizado.

Bibliografía

- Salgado LB. Nuevas perspectivas en hidradenitis supurativa. 1ª ed. Madrid: Aula Médica; 2024. 220 p. ISBN: 978-84-7885-723-4.
- Goldburg SR, Strober BE, Payette MJ. Hidradenitis suppurativa: epidemiology, clinical presentation, and pathogenesis. J Am Acad Dermatol. 2020 May;82(5):1045-58.
- Cabete J, Aparicio Martins I. Guidelines for the management of patients with hidradenitis suppurativa. Acta Med Port. 2023;36(2):133-9.
- Tzéllos T, Zouboulis CC. Review of comorbidities of hidradenitis suppurativa: implications for daily clinical practice. Dermatol Ther (Heidelb). 2020;10(1):63-71. doi:10.1007/s13555-020-00354-2.
- Zouboulis CC, Bechara FG, Benhadou F, Bettoli V, Bukvić Mokos Z, Del Marmol V, et al. European S2k guidelines for hidradenitis suppurativa/acne inversa part 2: Treatment. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2025 May;39(5):899-941.
- Melgosa Ramos FJ, García-Ruiz R, Gegúndez Hernández H, Mateu-Puchades A. Real-Life Experience of Secukinumab in Patients With Hidradenitis Suppurativa. Actas Dermosifiliogr. 2023;114(4):360-362.
- Offidani A, Marzano AV, Peris K, Molinelli E, Bettoli V, Magnoni C, et al. Guidelines How to Integrate Surgery and Targeted Therapy with Biologics for the Treatment of Hidradenitis Suppurativa: Delphi Consensus Statements from an Italian Expert Panel. Dermatology. 2024 Jul 18:1-12.
- Strong J, Driscoll MS. Obesity in hidradenitis suppurativa: are GLP-1 receptor agonists the new frontier? Am J Clin Dermatol. 2025 Mar;26(2):175-182.
- 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. 2023;24(8):6969.
- Hessam S, Bechara FG, Hautarzt. Hidrosadenitis suppurativa/acne inversa in the genitoanal region. 2020 abril, 71 (4): 256-262. doi: 10.1007/s00105-020-04566-9.

30. Manejo alternativo de pacientes con fístulas epitelizadas.

Uso del ácido tricloroacético como tratamiento de fístulas epitelizadas en pacientes con hidradenitis supurativa que rechazan o no son candidatos a tratamiento quirúrgico.

Varón de 53 años con hidradenitis supurativa de largo tiempo de evolución, con antecedente de múltiples cirugías, que acude por múltiples brotes en una única fistula, que producen descontrol de sus glucemias.

Se propone tratamiento mediante quimioabrasión con ácido tricloroacético, obteniendo un buen resultado sin apenas dolor y gran satisfacción por parte del paciente, evitando la cirugía y sus costos y complicaciones asociadas.

Anamnesis

Varón de 53 años, ex-fumador, con AP de DM-1, en seguimiento por Hidradenitis Supurativa Hurley III de 35 años de evolución. Múltiples intervenciones quirúrgicas de fístulas (perianal, perineal, inguinal).

Tratamiento habitual:

- Humalog (UI): 5-3-4-0
- Clindamicina 1% solución y Resorcinol 15% o/w tópico a días alternos

Acude a consulta por inflamación en región perineal de unas semanas de evolución, con episodios de supuración asociados. Ha tratado con corticoide + antibiótico tópico e infiltraciones de triamcinolona sin mejoría.

Múltiples brotes previos a raíz de esta fístula, sin ningún otro brote en otras localizaciones. Además, estos episodios se acompañan de un desajuste de las glucemias no controlable de manera ambulatoria, llegando a requerir ingreso hospitalario.

No fiebre ni otros síntomas en la anamnesis por aparatos.

Exploración física

Presenta en región perineal un trayecto indurado sobre zona previamente intervenida, con supuración activa en el momento actual. En axilas e ingles alguna lesión cicatricial, sin claros nódulos activos.



Fig. 1. Imagen clínica de la fístula perineal. Delimitado mediante rotulador la extensión de la fístula (medida con ecografía)

Exploraciones complementarias

Ecografía

Se realiza ecografía, en la que se aprecia un trayecto fistuloso epitelizado dérmico de unos 4,2-4,6cm de longitud.

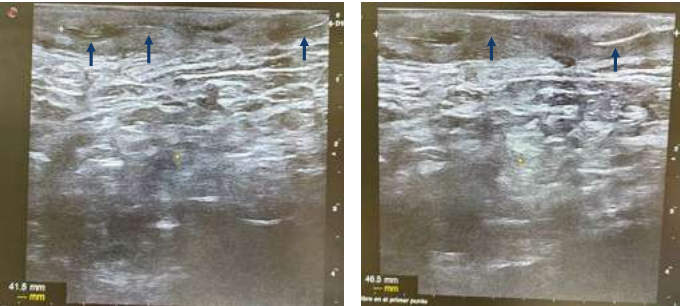


Fig 2. y 3. Imágenes de Ecografía en las que se aprecia el signo del doble rail (marcado con flechas rojas), indicativo de la presencia de una fístula epitelizada. También se muestra la medición de la fístula (esquina inferior izquierda de ambas imágenes).

Diagnóstico

Hidradenitis suppurativa Hurley III. IHS 4 en el momento actual, con fistula epitelizada con supuración de unos 4,2-4,6cm de longitud en región perineal izquierda.

Tratamiento

Plan terapéutico:

Se propone tratamiento de la fistula mediante quimioabrasión con Ácido Tricloroacético (TCA) al 30%.

Procedimiento:

Se instilan 0,8mL de TCA al 30% en la región fistulosa.

Curas con agua y jabón y betametasona+gentamicina cada 12 horas durante 14 días.

Evolución

Procedimiento escasamente doloroso, totalmente indoloro tras la finalización.

Se produce deroofing químico como efecto esperado de la instilación de TCA.

Se proponen curas de la zona ulcerada con rym colagenasa en el centro de la lesión y betametasona + gentamicina con crema barrera de óxido de zinc en borde de la lesión.

Última revisión 40 días tras procedimiento, cierre total de la fistula de manera indolora. Reepitelización por segunda intención de la zona en la que se produjo deroofing químico. Gran satisfacción del paciente con el procedimiento y resultados.

Buen control de glucemias.



Fig 4. Control ecoDoppler post-tratamiento. Se aprecia ligero edema dérmico residual sin restos de fistula. Vascularización ausente en Doppler.

31. Hidradenitis, diabetes, cirugía y secukinumab.

Demostrar la mejoría de la diabetes tras el control de la hidradenitis supurativa y la buena evolución quirúrgica de las lesiones en asociación con fármacos biológicos.

Paciente varón de 28 años con antecedentes personales de diabetes tipo 1 en tratamiento con insulina y obesidad IMC 33, que acude a consulta monográfica de hidradenitis para valorar la presencia de lesiones quísticas y nodulares en tronco de años de evolución y lesiones en zona axilar recidivantes. A la exploración presentaba abscesos y fistulas en zona axilar bilateral y lesiones quísticas y nódulos en tronco. IHS4: 23. Se decide iniciar tratamiento con adalimumab 40 mg/semana y el Servicio de endocrino asocia tratamiento con semaglutida destacando un descenso de 15 kg de peso. En un inicio se produce una mejoría de la hidradenitis, pero posteriormente vuelve a empeorar con el desarrollo de fistulas profundas en zona axilar bilateral. Se decide comenzar con secukinumab 300 mg/4 semanas observando una mejoría significativa en 4 meses con descenso del IHS4 a 6. Se decide la intervención quirúrgica de ambas axilas de forma consecutiva con buena evolución postquirúrgica de las lesiones estando el paciente controlado de la hidradenitis, e igualmente las necesidades de insulina se han reducido y los controles de la diabetes han mejorado de forma significativa.

Anamnesis

Varón de 28 años

Diabetes tipo 1 en tratamiento con insulina

IMC: 33,4

Año 2021: primera visita en Dermatología

IHS4: 23

Comentario

El tratamiento mediante quimioabrasión con TCA es una alternativa viable, segura e indolora para el manejo de fistulas dermoepidérmicas epitelizadas.

Destaca su rápida realización, de manera ambulatoria y prácticamente indolora, con el ahorro en costes de quirófano, ingreso hospitalario, complicaciones posquirúrgicas, etc. que conlleva el tratamiento quirúrgico de las mismas.

Bibliografía

- Alves R, Calbucci K, Jabur JA, Crocco E. Trichloroacetic acid as an alternative method to manage hidradenitis suppurativa fistulas. Dermatol Surg. 2024 Mar 15;0(3):296-7. doi:10.1097/DSS.0000000000004031.
- Zouboulis CC, Tzellos T, Kyrgidis A, Jemec GBE, Bechara FG, Giamarellos-Bourboulis EJ, Ingram JR, Kanni T, Karagiannidis I, Martorell A, Matusiak L, Pinter A, Prens EP, Presser D, Schneider-Burrus S, von Stebut E, Szepietowski JC, van der Zee HH, Wilden SM, Sabat R; European Hidradenitis Suppurativa Foundation Investigator Group. Development and validation of the International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System (IHS4): a novel dynamic scoring system to assess HS severity. Br J Dermatol. 2017 Nov;177(5):1401-9. doi:10.1111/bjd.15748.

Marzo de 2023: Inicio de secukinumab



Exploraciones complementarias

1. Analítica general con hemograma-bioquímica. Serología infecciosa. Quantiferon.

2. Ecografía cutánea de las lesiones axilares bilaterales: trayectos fistulosos hipoecóicos, con abscesos asociados, engrosamiento dérmico y subcutáneo y vascularización aumentada en doppler color.

Diagnóstico

Hidradenitis supurativa grave
Diabetes tipo 1 insulinodependiente
Obesidad IMC 33

Tratamiento

Adalimumab 40mg/semana durante 1 año con control parcial.
Año 2022: adalimumab 80 mg/semana durante 6 meses
Marzo 2023: Secukinumab 300mg/4 semanas
Mayo 2023: Endocrino comienza con Semaglutide
Septiembre 2023: Pérdida de 15 kg de peso.

Septiembre 2024



Evolución

Mejoria progresiva hasta Enero de 2024.

Proponemos cirugía de la axila derecha

Septiembre de 2024:

- IHS4: 6
- Secukinumab 300 mg/4 semanas
- Proponemos cirugía de la axila izquierda

Enero de 2024



Abril de 2024



COMENTARIOS

- ¿Qué papel juega el control de la diabetes y del síndrome metabólico en la respuesta de los pacientes de hidradenitis supurativa a los diversos tratamientos?
- Aumento de la incidencia de diabetes tipo 2 en los pacientes de hidradenitis supurativa
- GLP-1 como tratamiento de la obesidad en los pacientes con hidradenitis
- Los IL-17 son tratamientos seguros asociados a cirugía sin aumento de la incidencia de infecciones ni complicaciones postquirúrgicas

Bibliografía

1. Kokolaki A, et al. Postoperative outcomes of TOOKAD Soluble focal therapy: patient-reported pain, complications, and safety profile in patients with moderate to severe hidradenitis suppurativa undergoing surgery: a proof-of-concept study. Br J Dermatol. 2024. Presented at the 13th Conference of the European Hidradenitis Suppurativa Foundation (EHSF), February 07–09, 2024, Lyon, France. doi:10.1093/bjd/ldae764
2. Jemec GBE. Hidradenitis Suppurativa: Advances in Diagnosis and Treatment. JAMA. 2017;318(20):2019–2032. doi:10.1001/jama.2017.16691.
3. Pulg L, et al. Glucagon-Like Peptide-1 Agonists for Treating Obesity in Patients With Immune-Mediated Skin Diseases. JAMA Dermatol. 2024. doi:10.1001/jamadermatol.2024.0507.
4. Abu Rached N, et al. Diabetes remission associated with optimized treatment of hidradenitis suppurativa. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2024 Apr 16. doi:10.1111/jdv.15600. Online ahead of print. PMID: 39162291.

32. Mutación en PSENEN como clave terapéutica en un paciente con hidradenitis supurativa y enfermedad neurológica.

Presentamos un caso de hidradenitis supurativa (HS) grave y esclerosis múltiple (EM) secundaria a adalimumab, lo que restringe las opciones terapéuticas habituales. La detección de una mutación en el gen PSENEN, vinculada a la vía Notch y la queratinización folicular, permitió individualizar el tratamiento con acitretino, con buena respuesta clínica y seguridad en el contexto de EM. Este caso ilustra la importancia de integrar factores genéticos, clínicos y comorbilidades en la toma de decisiones terapéuticas en HS.

Varón de 29 años con antecedentes familiares de HS y esclerosis múltiple secundaria a adalimumab. Presentaba HS grave con brotes frecuentes y necesidad de hospitalizaciones. El estudio genético identificó una mutación en el gen PSENEN, relacionado con la vía de señalización Notch y la diferenciación de queratinocitos y homeostasis folicular. Por ello, se optó por tratamiento con acitretino 20 mg al día, con buena tolerancia y respuesta, logrando control de la enfermedad y mejoría de la calidad de vida.

Anamnesis

Varón de 29 años, con antecedentes familiares de hidradenitis supurativa (padre y hermana con formas leves).

El paciente presenta hidradenitis supurativa (HS) grave desde hace 8 años y había recibido numerosos tratamientos, incluyendo doxiciclina, clindamicina y colchicina, con respuesta parcial.

Hace 2 años se inició tratamiento con adalimumab con buena evolución inicial. Posteriormente fue diagnosticado de esclerosis múltiple recurrente remitente (EMRR), probablemente inducida por adalimumab, por lo que se suspende dicho fármaco.

Desde entonces se encuentra en tratamiento con rituximab e inmunoglobulinas con buen control de la EMRR, pero brotes frecuentes y graves de HS, requiriendo ingresos en varias ocasiones con antibioterapia intravenosa y drenaje de abscesos

Diagnóstico

Hidradenitis supurativa severa Hurley III, con mutación en gen PSENEN, en paciente con esclerosis múltiple

Tratamiento

Dada la EM inducida por adalimumab, se descarta tratamiento con anti-TNF. Además, el paciente se encuentra en tratamiento con rituximab e inmunoglobulinas, por lo que se intenta evitar el tratamiento con otros fármacos biológicos.

Se valora tratamiento con apremilast, por su buen perfil de seguridad.

Finalmente, dado que la mutación PSENEN está relacionada con la vía de señalización Notch y su papel en la queratinización, se decide tratamiento con **acitretino 10mg, 2 comprimidos al día**. Además, se pauta colchicina 0.5mg al día durante 2 meses, indicando que la puede volver a tomar cuando presente episodios de inflamación.

Exploración física

Presenta lesiones múltiples distribuidas por todo el cuerpo, especialmente en área dorsal, con numerosos comedones y quistes. Nódulos inflamatorios en región cervical posterior y y abscesos en glúteos (**Figura 1**). Se observan también costras exudativas en la axila derecha, asociado a tractos fistulosos y cicatrices atróficas en ambas axilas e ingles.

Escalas

IHS4: 6, moderada

HS-PGA: 3, severo

DLQI: 17/30 (afectación severa de la calidad de vida)

EVA (dolor): 5



Figura 1. Nódulos inflamatorios, quistes y comedones en zona cervical posterior, axilas y glúteos. Dos abscesos con supuración activa en glúteos.

Exploraciones complementarias

- Ecografía:** se observan dos colecciones fluidas hipoeoicas, confirmando la presencia de abscesos en ambos glúteos.
- Estudio genético:** se realiza estudio genético por las características del caso (antecedentes familiares, mala evolución de HS y esclerosis múltiple inducida por adalimumab). Se detecta una **mutación en heterocigosis en el intrón 3 del gen PSENEN (c.166>2T>C), clasificada como probablemente patogénica.**
- Análítica completa:** sin alteraciones relevantes, salvo PCR elevada (44.2 mg/L)
- Serologías** para hepatitis B, C, VIH y Mantoux: negativas.

Evolución

Tras 3 meses de tratamiento con acitretino, el paciente presenta buena respuesta, observándose únicamente escasos nódulos inflamatorios y cicatrices atróficas (**Figura 2**). Buena tolerancia al tratamiento, sin efectos adversos ni alteración de parámetros en analítica.

IHS4: 2, leve

HS-PGA: 1, leve

DLQI: 4/30

EVA (dolor): 1

El paciente continúa en tratamiento hasta el momento actual (seguimiento 6 meses) con buena evolución, sin brotes de inflamación activa ni nuevos abscesos, con una gran mejoría en la calidad de vida.



Figura 2. Cicatrices atróficas en glúteos, cuello y axila. Presentaba un nódulo inflamatorio en glúteo y en axila izquierda.

Comentario

En este caso complejo confluyen 3 factores: **HS grave, EM secundaria a anti-TNF y mutación en el gen PSENEN.**

La **HS asociada a EM** plantea un importante reto, especialmente cuando es secundaria a anti-TNF. Aunque raro, este efecto adverso obliga a vigilar síntomas neurológicos en pacientes con HS tratados con adalimumab (1). Además, muchos tratamientos para EM no son eficaces en HS. Los inhibidores de IL-17 surgen como una alternativa, ya que existen datos de efectividad y seguridad en psoriasis y espondiloartritis asociada a EM (2,3).

La **mutación PSENEN** (descrita en formas familiares de HS y en formas con overlap con Dowling-Degos) afecta a la vía Notch, esencial en la diferenciación de queratinocitos y homeostasis folicular. Su alteración favorece una queratinización aberrante y formación de tapones foliculares, eventos clave en la fisiopatología de la HS (4).

En este contexto, la identificación de la mutación permitió **individualizar el tratamiento** y realizar una prueba terapéutica con **acitretino**, un retinoide modulador de la proliferación y diferenciación epidérmica, con buen perfil de seguridad en EM, que logró un excelente control clínico.

Este caso ilustra cómo el **conocimiento de las vías moleculares** puede abrir nuevas estrategias terapéuticas en pacientes con HS, especialmente cuando se asocia a otras comorbilidades.

Bibliografía

1. Matsumoto T, Nakamura I, Miura A, Momoyama G, Ito K. New-onset multiple sclerosis associated with adalimumab treatment in rheumatoid arthritis: a case report and literature review. Clin Rheumatol. 2013;**33**(2):271-5. doi: 10.1007/s10067-012-2113-2

2. Chaitidis N, Sakellariou GT, Daviti M, Varvara ST, Panagiotidis M, Arabatzis M, Kiritsi D, Vakirtis E, Sotiriou E. Safety and efficacy of IL-17 inhibitors in patients with comorbid multiple sclerosis/multiple Sclerosis-like syndrome: a systematic review. Rheumatol Int. 2025;**45**(6):147. doi: 10.1007/s00296-025-05902-7.

3. Al-Wattar-Ceballos O, Martinez-Montalvo L, Camona-Rodriguez M. Safety and Efficacy Profile of Anti-IL17 Treatments in Hidradenitis Suppurativa: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Placebo-Controlled Trials. Actas Dermosifiliogr. 2025;S0001-7310(25)00362-X

4. Peter DCV, Smith FJD, Wilson NJ, Danda S. PSENEN Mutation in Coexistent Hidradenitis Suppurativa and Dowling-Degos Disease. Indian Dermatol Online J. 2020;**12**(1):147-149. doi: 10.4103/idoj.IDOJ_218_20.

Anamnesis

Mujer de 36 años, sana. lesiones inflamatorias inflamatorias recurrentes inguinoperineales.

Asocia:

2. Historia de **lesiones cutáneas atípicas** de inicio alrededor los 15–16 años valoradas en distintos centros hospitalarios

- Inicialmente en **zona facial** → **“nódulos inflamatorios abscesificados de tonalidad violácea, que evolucionan hacia úlceras profundas de lenta resolución, con tiempos de cicatrización de hasta dos años. Algunas alcanzando **planos profundos**, inclusive plano óseo mandibular”.**
- Remisión con **corticoides** orales e intralesionales → **cicatrices atróficas residuales** + reparación mediante **zetaplastia** en región frontal y mejilla izquierda

Anamnesis

Mujer de 36 años, sana. lesiones inflamatorias inflamatorias recurrentes inguinoperineales.

Asocia:

2. En **2023** nuevo **episodio extrafacial**. (cara interna de la pierna derecha) → lesión purulenta con bordes violáceos, discretamente indurados y con zona central abscesificada, que evolucionó hacia una **úlcer**a de curación tórpida y posterior cicatriz atrófica

Exploración física

- Exploración extragenital sin lesiones activas
- Cicatrices atróficas residuales correspondientes a episodios previos de úlceras tórpidas en miembro inferior derecho (MID), mejillas y frente

Figura 2. Resolución en forma de cicatriz atrófica de los procesos inflamatorio-purulentos y posterior úlcera de evolución tórpida en miembro inferior derecho (a), mejilla izquierda (b) y frente (c) de la paciente.



Exploraciones complementarias

Cutáneo

(realizadas en otros centros en el momento de la clínica):

- Múltiples **cultivos negativos** (bacterias comensales) → **descartan etiología infecciosa** de las lesiones inguinoperineales e inflamatorias atípicas faciales y de MID
- **Pruebas de imagen (ecografía, RMN)** de lesiones **atípicas faciales**: *“colección hipoecoica mal delimitada en tejido celular subcutáneo, con ecos internos y vascularización periférica en Doppler, sugestiva de absceso con fistulización a planos profundos”*
- Ecografía inguinoperineal: **tractos fistulosos hipodérmicos (tipo C y D)**, colecciones líquidas (abscesos) y actividad Doppler intensa
- No se practicó biopsia dada la edad de la paciente en el momento de la clínica.
- Resto de manifestaciones cutáneas no fueron consideradas subsidiarias de estudios adicionales.

Articular

- **Artrocentesis**
 - Líquido inflamatorio estéril (cultivo negativo).
- **Estudios analíticos**
 - Elevación de reactantes de fase aguda (PCR 10 mg/L, VSG 85 mm)
 - Autoanticuerpos negativos (FR, anti-CCP, ANA)

SE SOLICITÓ UN ESTUDIO GENÉTICO ANTE LA SOSPECHA DE HIDRADENITIS SINDRÓMICA

Anamnesis

Mujer de 36 años, sana. lesiones inflamatorias inflamatorias recurrentes inguinoperineales.

Asocia:

3. A nivel **extracutáneo**, tres episodios **autolimitados** de **artritis seronegativa** desde **2018** en ambos carpos y rodilla izquierda

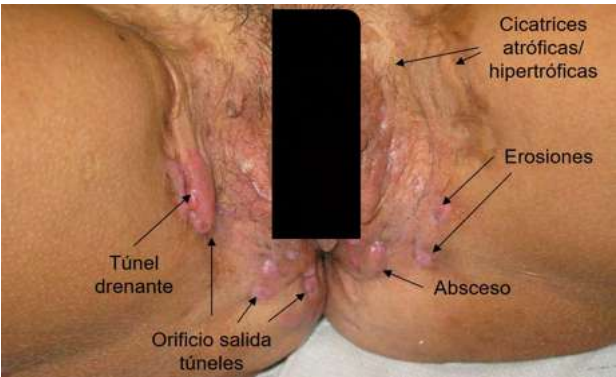
En el estudio llevado a cabo por Reumatología se descartó origen infeccioso y se confirmó su carácter **inflamatorio no erosivo**

Exploración física

- Abscesos y erosiones
- Múltiples trayectos fistulosos y túneles drenantes
- Cicatrices atróficas e hipertróficas

Hurley III
International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System (IHSS) = 18

Figura 1. Imagen de la región genital y perineal de la paciente. Se objetivaron hallazgos típicos inflamatorios de la enfermedad (túneles drenantes, abscesos, nódulos inflamatorios) y daño estructural establecido.



Diagnóstico

PRINCIPAL

HIDRADENITIS SUPURATIVA

El diagnóstico de la hidradenitis supurativa (HS) se estableció atendiendo a **criterios clínicos**: lesiones características en localización típica, con un curso crónico y recurrente (1)

SECUNDARIOS

- Acné facial grave precoz de larga evolución
- Lesiones atípicas faciales/MID de perfil neutrofilico → lesiones ploderma gangrenoso-like
- Oligoartritis seronegativa no erosiva

SÍNDROMES AUTOINFLAMATORIOS CUTÁNEO-ARTICULARES ASOCIADOS A HIDRADENITIS SUPURATIVA (2)

Pyoderma gangrenosum, acne, suppurative hidradenitis (PAPA)

Pyogenic arthritis, Pyoderma gangrenosum, acne, suppurative hidradenitis (PAPASH)

Pyoderma gangrenosum, acne, suppurative hidradenitis, ankylosing spondylitis (PASS)

Familial Mediterranean Fever (FMF)

1.Zouboulis CC, Desai N, Entestam L, Hunger RE, Ioannides D, Juhász I, et al. European St guideline for the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa. Journal of the European Academy of Dermatology and Venerology [Internet]. 2019; 29(4):619–44.
2.Garcovich S, Genovese G, Moltrasio C, Malvaso D, Marzano AV. PASH, PAPASH, PsAPASH, and PASS: The autoinflammatory syndromes of hidradenitis suppurativa. Clin Dermatol [Internet]. 2021 Mar; 139(2):240–7.

Tratamiento

PRIMERA LÍNEA

Recomendaciones higiénico-dietéticas + doxiciclina 100 mg/12 h durante 8 semanas

Combinación rifampicina-clindamicina 300mg/300mg cada 12h durante 10 semanas

Estudio prebiológico

SEGUNDA LÍNEA

Adalimumab a dosis estándar (40 mg semanal tras inducción)

Persistencia de actividad

Persistencia de actividad

3.Sabat R, Alavi A, Wolk K, Wortman X, McGrath B, Garg A, et al. Hidradenitis suppurativa. The Lancet [Internet]. 2025 Feb 1; 405(10470):420–38.
4.Zouboulis CC, Bechara FG, Benhaboub F, Bettoli V, Bulvik-Møller Z, Del Marmal V, et al. European S3 guidelines for hidradenitis suppurativa/acne inversa part 2: Treatment. J Eur Acad Dermatol Venerol [Internet]. 2025 May; 139(5):899–941.

Evolución

ESTUDIO GENÉTICO

- Orientado a descartar variantes asociadas a **hidradenitis supurativa moderada-grave y síndromes autoinflamatorios cutáneo-articulares**

- Estudio de principales genes implicados:

- PSTPIP1
- NCSTN (nicastrina)
- PSENEN
- PSEN1 (presenilina 1)
- MEFV (Mediterranean Fever)
- NOD2
- NLRP3
- IL1RN
- POFUT1
- CJJB2...

Variante patogénica en heterocigosis del **gen MEFV** (c.2080A>G; p.Met694Val), descrita en fenotipos de **hidradenitis supurativa compleja** asociada a mutación en el **gen de la fiebre mediterránea familiar (FMF)** (5–7)

Evolución

EVOLUCIÓN CLÍNICA

- Interrupción completa de la actividad inflamatoria**

Hurley III, IHS4 = 0, HisQoL sin impacto

- Suspensión del tratamiento de forma voluntaria por deseo genésico

- Tras embarazo, posibilidad de usar de **inhibidores de la IL-1 (anakinra)** → demuestran eficacia en algunos pacientes con HS portadores de mutaciones en *MEFV* (8) en ensayos clínicos

- Pendiente cirugía de eliminación de la enfermedad establecida**

Figura 3. Evolución de la paciente tras varios meses de terapia biológica: ausencia de componente inflamatorio de la enfermedad. Persiste el daño estructural irreversible.



8. Surtres E, Manzar D, Alhusayen R. Safety and Efficacy of Interleukin-1 β Inhibitors for Hidradenitis Suppurativa: A Systematic Review. J Cutan Med Surg. 2024; Mar 1:28(2):203–4.

5.Vural S, Gündoğdu M, Gökpinar İli E, Durmaz CD, Vural A, Steinmüller-Magin L, et al. Association of pyrin mutations and autoinflammation with complex phenotype hidradenitis suppurativa: a case-control study. Br J Dermatol. [Internet]. 2019 Jun 1;180(6):1459–67.

6.Hodak E, Atzmony L, Pavlovsky L, Comaneshter D, Cohen AD. Hidradenitis Suppurativa Is Associated with Familial Mediterranean Fever—A Population-Based Study. Journal of Investigative Dermatology. [Internet]. 2017 Sep 1;137(9):2019–21.

COMPARTIENDO
EXPERIENCIAS
II CONCURSO CASOS CLÍNICOS EN HIDRADENITIS SUPURATIVA

Organiza



Comentario

- En los últimos años se han descrito **fenotipos complejos** de hidradenitis supurativa asociados a **manifestaciones inflamatorias** adicionales como **pioderma gangrenoso, artritis, enfermedad inflamatoria intestinal o acné conglobata** (2).

- En 2019, Vural et al. demostraron que mutaciones patogénicas en el **gen MEFV** eran más frecuentes en HS compleja, incluso sin clínica de FMF, lo que sugiere un papel como factor **modificador**, favoreciendo inflamación desproporcionada y fenotipo **más grave** (5).

- Una revisión sistemática reciente (Aw et al., 2024) recopiló 62 **casos de HS con FMF o variantes de MEFV**, mostrando que en muchos **la mutación se presenta sin clínica de FMF**, mientras que en otros hay un solapamiento de ambas entidades. Además, se halló **elevada frecuencia de comorbilidades inflamatorias** (acné 62%, PG 24%, espondiloartritis 17%) en estos pacientes (9).

Comentario

- Estos hallazgos apoyan un **sustrato autoinflamatorio común**, mediado por activación del **inflammasoma (pirina, NLRP3)** y la **vía de IL-1 β** , compartido entre HS y otras enfermedades autoinflamatorias (6,7,9).
- En este contexto, mostramos el caso de una mujer de 36 años que se enmarca en el fenotipo de HS compleja asociada a mutación MEFV.**

2.Garcovich S, Genovese G, Moltrasio C, Malvaso D, Marzano AV. PASH, PAPASH, PsAPASH, and PASS: The autoinflammatory syndromes of hidradenitis suppurativa. Clin Dermatol. [Internet]. 2021 Mar 1:39(2):240–7.

5.Vural S, Gündoğdu M, Gökpinar İli E, Durmaz CD, Vural A, Steinmüller-Magin L, et al. Association of pyrin mutations and autoinflammation with complex phenotype hidradenitis suppurativa: a case-control study. Br J Dermatol. [Internet]. 2019 Jun 1;180(6):1459–67.

9.Aw K, Chan HA, Sibbald C, Piguet V, Croitoru D. Familial Mediterranean fever and MEFV gene variants in hidradenitis suppurativa: A systematic review. J Eur Acad Dermatol Venereol. [Internet]. 2025 Apr 1:39(4):e329–32.

COMPARTIENDO
EXPERIENCIAS
II CONCURSO CASOS CLÍNICOS EN HIDRADENITIS SUPURATIVA

Organiza



6.Hodak E, Atzmony L, Pavlovsky L, Comaneshter D, Cohen AD. Hidradenitis Suppurativa Is Associated with Familial Mediterranean Fever—A Population-Based Study. Journal of Investigative Dermatology. [Internet]. 2017 Sep 1;137(9):2019–21.

7.Shoham NG, Centola M, Mansfield E, Hull KM, Wood G, Wise CA, et al. Pyrin binds the PSTPIP1/CD2BP1 protein, defining familial Mediterranean fever and PAPA syndrome as disorders in the same pathway. Proc Natl Acad Sci U S A. [Internet]. 2003 Nov 11;100(23):13501–6.

9.Aw K, Chan HA, Sibbald C, Piguet V, Croitoru D. Familial Mediterranean fever and MEFV gene variants in hidradenitis suppurativa: A systematic review. J Eur Acad Dermatol Venereol. [Internet]. 2025 Apr 1:39(4):e329–32.

COMPARTIENDO
EXPERIENCIAS
II CONCURSO CASOS CLÍNICOS EN HIDRADENITIS SUPURATIVA

Organiza



Bibliografía

1.Zouboulis CC, Dessi N, Emtestam L, Hunger RE, Ioannides D, Juhász I, et al. European S1 guideline for the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. [Internet]. 2015; 29(4):619–44.

2.Garcovich S, Genovese G, Moltrasio C, Malvaso AV. PASH, PAPASH, PsAPASH, and PASS: The autoinflammatory syndromes of hidradenitis suppurativa. Clin Dermatol. [Internet]. 2021 Mar 1:39(2):240–7.

3.Sabat R, Alavi A, Wolk K, Wortsman X, McGrath B, Garg A, et al. Hidradenitis suppurativa. The Lancet. [Internet]. 2025 Feb 1; 405(10476):420–38.

4.Zouboulis CC, Bechara FG, Benhadou F, Bettoli V, Bukvić Mokos Z, Del Marmol V, et al. European S2k guidelines for hidradenitis suppurativa/acne inversa part 2: Treatment. J Eur Acad Dermatol Venereol. [Internet]. 2025 May 1:39(5):899–941.

5.Vural S, Gündoğdu M, Gökpinar İli E, Durmaz CD, Vural A, Steinmüller-Magin L, et al. Association of pyrin mutations and autoinflammation with complex phenotype hidradenitis suppurativa: a case-control study. Br J Dermatol. [Internet]. 2019 Jun 1;180(6):1459–67.

6.Hodak E, Atzmony L, Pavlovsky L, Comaneshter D, Cohen AD. Hidradenitis Suppurativa Is Associated with Familial Mediterranean Fever—A Population-Based Study. Journal of Investigative Dermatology. [Internet]. 2017 Sep 1:137(9):2019–21.

7.Shoham NG, Centola M, Mansfield E, Hull KM, Wood G, Wise CA, et al. Pyrin binds the PSTPIP1/CD2BP1 protein, defining familial Mediterranean fever and PAPA syndrome as disorders in the same pathway. Proc Natl Acad Sci U S A. [Internet]. 2003 Nov 11;100(23):13501–6.

8.Surtres E, Manzar D, Alhusayen R. Safety and Efficacy of Interleukin-1 β Inhibitors for Hidradenitis Suppurativa: A Systematic Review. J Cutan Med Surg. [Internet]. 2024 Mar 1:28(2):203–4.

9.Aw K, Chan HA, Sibbald C, Piguet V, Croitoru D. Familial Mediterranean fever and MEFV gene variants in hidradenitis suppurativa: A systematic review. J Eur Acad Dermatol Venereol. [Internet]. 2025 Apr 1:39(4):e329–32.

34. Mas allá del anti-TNF: respuesta clínica en afectación glútea grave.

Hidradenitis supurativa grave en región glútea en un paciente obeso con fallo a terapia sistémica y biológica con anti-TNF, que obtiene respuesta clínica con uso de bimekizumab.

Presentamos a una paciente con hidradenitis supurativa Hurley III que afecta a toda la región glútea. Refractario a tratamiento con retinoides y antibióticos orales y con insuficiente mejoría tras tratamiento quirúrgico parcial. Comenzó tratamiento biológico con adalimumab, presentando fallo secundario a este. Tras la pérdida de eficacia a anti-TNF se realizó switch a bimekizumab con resultados clínicos rápidos y un elevado grado de satisfacción de nuestro paciente.

Anamnesis

Varón de 32 años

- Antecedentes personales:
- Obesidad mórbida (IMC 43 kg/m²) tratada mediante gastrectomía tubular con pérdida de 70kg.
- Exfumador reciente (hasta 10 cigarrillos/día).
- Antecedente familiar: padre con hidradenitis supurativa (HS).

HS desde la adolescencia con afectación glútea bilateral, múltiples trayectos fistulosos y drenaje crónico. Importante afectación de la calidad de vida. Además, presentaba acné facial y foliculitis en tronco.

Diagnóstico

Hidradenitis supurativa glútea, Hurley estadio III con fallo secundario a adalimumab tras 12 meses de tratamiento .

Tratamiento

Previo:

Antibióticos orales, retinoides orales (isotretinoína y acitretino). Adalimumab 40 mg/semana durante 12 meses.

Se realizó tratamiento quirúrgico parcial con exéresis de las lesiones de hidradenitis que presentaba a nivel perianal superior, con cierre directo. Como complicación presentó una dehiscencia parcial, que cicatrizó tras curas locales. A pesar de mejoría en la zona que se intervino, continuó con aparición de lesiones en el resto de la región glútea.

Cambio de tratamiento:

Cambio de tratamiento a bimekizumab 320 mg cada 2 semanas durante 16 semanas y posteriormente mensual.

Exploración física

Múltiples nódulos inflamatorios y fistulas drenantes. Desarrollo de abscesos que requerían drenaje quirúrgico. En la zona periférica de los glúteos también presentaba múltiples comedones (Figura 1). Además, el paciente presentaba papulo-pústulas faciales y pústulas foliculares en tronco.



Figura 1. A y B.

Previo al tratamiento con bimekizumab, se observan lesiones con importante componente inflamatorio activo y una placa eritematosa indurada en la zona inferior del glúteo derecho.

Exploraciones complementarias

Análítica con reactantes de fase aguda discretamente elevados (VSG 22 mm/h).

Función hepática normal tras cirugía bariátrica y seguimiento por Digestivo.

Serologías VIH, VHB y VHC negativas.

Mantoux y quantiferon negativos.

Radiografía de tórax sin alteraciones

Evolución

Presentó una buena respuesta al tratamiento con bimekizumab. A los 4 meses del inicio del tratamiento, presentaba una notable disminución de la supuración, dolor y número de lesiones inflamatorias activas, con mejoría en la satisfacción del paciente y mejora en calidad de vida. En cuanto a efectos adversos, el paciente presentó candidiasis oral, que se resolvió tras tratamiento con antifúngico tópico. La documentación fotográfica muestra mejoría objetiva respecto a la situación basal, con menor eritema, induración y supuración (Fig. 2).

Figura 2.

Post tratamiento con bimekizumab. Mejoría del componente inflamatorio, resolución de placa eritematosa. Hiperpigmentación postinflamatoria y cicatrices en las localizaciones donde previamente presentaba nódulos inflamatorios.



Comentario

Exponemos un caso de hidradenitis supurativa glútea grave en un paciente obeso, con evolución tórpida y refractaria a múltiples líneas de tratamiento, incluyendo fallo secundario a adalimumab.

La obesidad es un factor de riesgo bien establecido para mayor gravedad y peor respuesta terapéutica en HS, especialmente en localizaciones glúteas, donde la enfermedad tiende a ser más extensa y dolorosa, con mayor impacto en la calidad de vida y riesgo de complicaciones crónicas ^{1,2}.

Adalimumab es un anticuerpo anti-TNF-α, ha sido el estándar de tratamiento biológico en HS moderada-grave, con eficacia demostrada pero limitada por tasas de respuesta subóptimas y frecuentes fallos secundarios, especialmente en pacientes con comorbilidades metabólicas. En este contexto, la aparición de nuevas terapias dirigidas como los inhibidores de IL-17, han ampliado las opciones para casos refractarios ³. Bimekizumab es un anticuerpo monoclonal que bloquea IL17A e IL 17F. Los estudios reportan mejoría significativa en la carga inflamatoria, dolor y calidad de vida con un perfil de seguridad favorable, destacando infecciones respiratorias altas y candidiasis como efectos adversos más frecuentes⁴.

Bibliografía

1. Sabat R, Alavi A, Wolk K, Wortsman X, McGrath B, Garg A, et al. Hidradenitis suppurativa. The Lancet. febrero de 2025;405(10476):420–38.

2. Van Straalen KR, Prens EP, Gudjonsson JE. Insights into hidradenitis suppurativa. Journal of Allergy and Clinical Immunology. abril de 2022;149(4):1150–61.

3. Markota Čagalj A, Marinović B, Bukvić Mokos Z. New and Emerging Targeted Therapies for Hidradenitis Suppurativa. IJMS. 29 de marzo de 2022;23(7):3753.

4. Glatt S, Jemec GBE, Forman S, Sayed C, Schmieder G, Weisman J, et al. Efficacy and Safety of Bimekizumab in Moderate to Severe Hidradenitis Suppurativa: A Phase 2, Double-blind, Placebo-Controlled Randomized Clinical Trial. JAMA Dermatol. 1 de noviembre de 2021;157(11):1279.

35. Bajo las cicatrices: una curación inesperada.

Presentamos el caso de un paciente de hidradenitis supurativa con síndrome nefrótico que, con un cambio terapéutico para su patología cutánea, no solo mejoró de la misma, sino que consiguió normalización de proteinuria.

Varón con más de 10 años de seguimiento por HS Hurley III, con afectación lumbo-glútea, axilar, inguinal, torácica y cervical. Entre 2021–2025 experimentó brotes recurrentes con abscesos y fistulas con respuesta parcial a múltiples tratamientos médicos: corticoterapia, antibioterapia (clindamicina, doxiciclina y ertapenem), infliximab y secukinumab; precisando múltiples cirugías radicales y radioterapia, con secuelas cicatriciales extensas e incapacitantes.

A lo largo del seguimiento debutó con albuminuria, filiada por Nefrología como GEFyS (hiperfiltración por obesidad, tabaquismo e hipertensión arterial) planteando inicio de antidiabético con perfil nefroprotector (iSGLT2 / aGLP1). Tras un cambio en su tratamiento dermatológico (cambio de secukinumab a bimekizumab e inicio de granulocitoaféresis) se consiguió una normalización de proteinuria (650 mg/g -> 66 mg/g) y estabilización de lesiones cutáneas, sin nuevos cuadros inflamatorios, ausencia de supuración y mejoría de olor, especialmente relevante para el paciente por el rechazo sociofamiliar que implicaba.

Anamnesis

Varón de 53 años, en seguimiento por hidradenitis Supurativa Hurley III de más de 10 años de evolución, con fracaso a múltiples tratamientos previos tanto médicos (corticoterapia, antibioterapia - clindamicina, doxiciclina y ertapenem, infliximab y secukinumab) – como intervencionistas (múltiples intervenciones quirúrgicas y radioterapia).

Entra en consulta con lesión supurativas malolientes, incapacitantes e invalidantes, que limitan su movilidad normal y le suponen un rechazo familiar absoluto y aislamiento social.



Figura 1 Tractos sinuales y cicatrices fibrosas extensas, con área donante de injerto de piel parcial, antiguo

Diagnóstico

Hidradenitis suppurativa Hurley III,
Proteinuria - GEFyS

Secuelas de radiodermatitis
HTA, DM-2, obesidad, tabaquismo



Figura 4: Múltiples tractos fistulosos y nódulos inflamatorios con supuración purulenta a nivel inguinal bilateral y perineal

Tratamiento

Se inician en enero/2025

BIMEKIZUMAB

- 320mg cada 2 semanas

GRANULOCITOAFÉRESIS

- 2 veces en semana



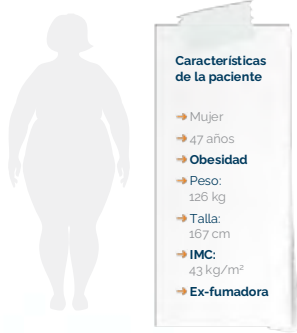
Figura 5: Tractos sinuales y cicatrices fibrosas extensas, con áreas tóxicas e hiperpigmentadas y áreas de inflamación activa con supuración a la presión y fétor marcado

36. Una paradoja inesperada.

La hidradenitis suppurativa (HS) paradójica asociada a inhibidores de IL-17 es un fenómeno emergente, excepcional y poco reconocido. La ecografía cutánea es fundamental para el diagnóstico precoz y la caracterización de lesiones subclínicas, lo que permite una intervención temprana. Este caso aporta valor al mostrar cómo la identificación de esta reacción paradójica y el cambio a un anti-IL23 permitieron alcanzar la resolución clínica y ecográfica de la HS en una paciente compleja, con beneficio añadido sobre su psoriasis y artritis psoriásica.

Mujer de 47 años, obesa y exfumadora, con antecedente de psoriasis vulgar moderada-grave y espondiloartritis psoriásica refractarias a múltiples líneas (tópicos/UVB, acitretino y metotrexato), con fracaso a adalimumab y empeoramiento articular con brodalumab. Posteriormente se inició secukinumab 300 mg (inducción y cada 4 semanas), con buena respuesta cutánea inicial, pero persistencia de dolor axial severo. Hacia la semana 20 desarrolló brotes repetidos de nódulos inflamatorios dolorosos en pliegues axilares e inframamarios, con supuración maloliente y cicatrices residuales, que motivaron visitas recurrentes a urgencias y deterioro importante de la calidad de vida. La ecografía cutánea mostró un nódulo hipoecogénico con una fistula simple fibrosada tipo A, acompañado de hiperecogenicidad periférica; los cultivos bacterianos y micológicos fueron estériles, y la analítica reveló PCR de 15 mg/L y VSG elevada. El cuadro, interpretado como hidradenitis suppurativa (HS) paradójica, condicionó la suspensión de secukinumab y el inicio de guselkumab 100 mg (semanas 0 y 4, luego cada 8), sin periodo de ventana, para el control simultáneo de la HS y de la psoriasis de base. Desde la inducción, la paciente refirió desaparición de brotes y mejoría del dolor, con cicatrización progresiva de las lesiones. Como hallazgo llamativo, presentó un fenómeno de Koebner sobre las cicatrices residuales de HS. A las 12 semanas, la paciente permanecía libre de brotes, con resolución clínica casi completa de la HS, desaparición ecográfica de la fistula simple y una mejoría significativa del dolor axial, junto con estabilización de su psoriasis.

Anamnesis



Paciente con PsO vulgar desde 2018

- Brotes con afectación moderada-grave que causaban gran impacto en calidad de vida.
- Espondiloartropatía psoriásica desde 2019

Tratamientos previos:

- Tópicos: ineficacia
- UVB-BE: respuesta parcial y recidiva rápida
- Sistémicos (acitretino, metotrexato): suspendidos por ineficacia
- Biológicos:
 - x Adalimumab (2019). Suspendido tras 7 meses por fracaso primario.
 - x Brodalumab (2023). Suspendido por empeoramiento articular.

Inicio de SECUKINUMAB 300 mg cada 4 semanas
con respuesta clínica cutánea alentadora

A partir de semana 20, brotes recurrentes de nódulos dolorosos en axilas, pechos e ingles

Refiere se producen 15 días antes de la siguiente inyección

Evolución

Previo a la introducción de bimekizumab + granulocitoaféresis, el paciente presentaba brotes recurrentes, de muy difícil manejo y muy limitantes para su vida diaria.

Con dichos tratamientos se consiguió una mejoría notable tanto de la actividad cutánea (sin nuevos cuadros inflamatorios, ausencia de supuración y mejoría de olor) como de la proteinuria, que disminuyó de 650 mg/g a 66 mg/g.



Figura 6: Tractos sinuales y cicatrices fibrosas extensas, con áreas tóxicas e hiperpigmentadas y ausencia de inflamación activa a nivel axilar

Comentarios

Este caso queremos destacar la complejidad del tratamiento de la hidradenitis suppurativa refractaria, con especial énfasis no solo en aspecto orgánico de la misma sino también en el social y emocional.

El uso de biológicos IL-17A/F ha mostrado una mejora notable en la inflamación sistémica, con la reducción de la albuminuria como uno de los logros más destacados en cuanto a la mejora de su salud global y su pronóstico vital.

La integración de granulocitoaféresis y ajustes terapéuticos según la respuesta clínica ha permitido alcanzar un control adecuado de los brotes, mejorando la calidad de vida y su reaparición en sociedad.

Sin embargo, la vigilancia continua es esencial, dado el riesgo de nuevos brotes y la probabilidad de desarrollo de neoplasias.

Bibliografía

Salgado Boquete L. Nuevas perspectivas en hidradenitis suppurativa. 1ª ed. Madrid: Grupo Aula Médica, S.L.; 2024. 220 p. ISBN: 978-84-7885-723-4.

Amoruso GF, Nisticò SP, Iannone L, Russo E, Rago G, Patruno C, Bennardo L. Ixekizumab may improve renal function in psoriasis. *Healthcare (Basel)*. 2021 May 7;9(5):543. doi:10.3390/healthcare9050543. PMID:34066917; PMCID:PMC8148436.

Skrzypczak T, Skrzypczak A, Matusiak L, Szepletowski JC. An evaluation of bimekizumab for the treatment of hidradenitis suppurativa. *Expert Opin Biol Ther*. 2025;25(8):811-819. doi:10.1080/14712598.2025.2522119

Exploración física

- Nódulos inflamatorios de tonalidad violácea, firmes y dolorosos a la palpación (Figura 1)
- Tracto fibroso grueso en región torácica lateral

- Signos de foliculitis, eritema perifolicular, pústulas, descamación anular



Figura 1: Lesiones nodulares inflamatorias en región axilar y submamaria derecha, algunas con escama anular periférica, pústula activa, signos de supuración y cicatrices residuales.

Exploraciones complementarias

Ecografía axilar (Figura 2)

Nódulo inflamatorio de contornos mal definidos

Fistula simple tipo A de Martorell

Cultivos (bacterias, hongos)

Estériles

Análítica sanguínea

PCR 15 mg/dl, VSG elevada.

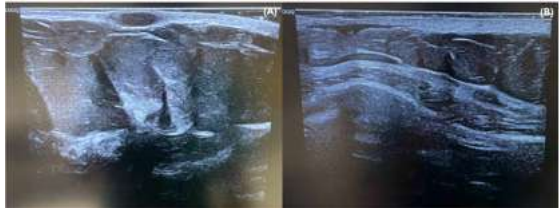


Figura 2 Ecografía cutánea axilar. (A) Nódulo hipocogénico de contornos mal definidos (B) Tracto fistuloso hipocogénico, único y engrosado, sin conexión epidérmica, compatible con **fistula simple tipo A** de Martorell.

Diagnóstico

Hidradenitis supurativa (HS) paradójica asociada a inhibidor de IL-17

En paciente con psoriasis vulgar y espondiloartritis psoriásica de base

Evolución

Del caos inflamatorio al control

Tras la suspensión de anti IL-17 e inicio de anti IL-23 → **evolución favorable**

- Desde la inducción → desaparición de brotes, ↓ dolor cutáneo, cicatrización de lesiones
- Rebotes leves de psoriasis con **fenómeno de Koebner** sobre cicatrices previas de HS (Figura. 4)
- A las 14 semanas → paciente libre de brotes

Control clínico casi completo de la HS

- Clinica (IHS4 = 2)
- Desaparición ecográfica** de la fistula tipo A.



Figura 4 Lesiones eritematodescamativas distribuidas sobre cicatrices residuales de hidradenitis supurativa en la región inframamaria, ilustrando un **fenómeno de Koebner**.

Comentario

- HS y psoriasis comparten **vías inflamatorias y factores de riesgo**¹
- Se han descrito casos aislados de **HS paradójica** con biológicos, sobre todo anti-TNF, pero también con **anti IL-17** (Tabla 1)²⁻⁷
- Mecanismos propuestos: compensación por **inmunidad alternativa** (TNF-α, IL-1, IFN tipo I), **disfunción folicular**, predisposición **genética**^{2-3,8}
- Nuestro caso: control completo tras **suspensión de anti IL-17** y switch a **anti IL-23**

¿Papel de los anti IL-23 en la HS paradójica como estrategia de rescate?

	Sexo/Edad	Factores de riesgo de HS	Enfermedad inflamatoria asociada	Tratamiento	Estadio de Hurley	Manejo	Respuesta
Lim et al. (2019) ⁴	H/58		Psoriasis en placas y artritis psoriásica	Secukinumab	II	Switch a Ustekinumab	Respuesta parcial
Marasca et al. (2019) ⁵	H/46	Historia familiar de HS	Psoriasis de manos y ungues	Secukinumab	II	Switch a Adalimumab	Respuesta parcial
Navarro-Triviño et al. (2020) ⁶	H/48		Psoriasis en placas y artritis psoriásica	Secukinumab	III	Switch a Adalimumab	Respuesta completa
Pirro et al. (2020) ⁷	M/39	Fumador	Psoriasis en placas	Ixekizumab	I	Mantenimiento	Respuesta completa

Tabla 1. Casos recogidos en la literatura de **hidradenitis supurativa paradójica** asociada a **anti IL-17**. HS: hidradenitis supurativa; H: hombre; M: mujer.

Tratamiento

Doxiciclina 100 mg oral + Clindamicina tópica + medidas higiénicas

Abordaje conservador inicial

Tras mala respuesta, suspensión de Secukinumab

Visitas recurrentes a Urgencias

Switch a **Guselkumab 100 mg** cada 8 semanas.

Evolución

Apagar el fuego en Urgencias

Episodios recurrentes de **nódulos dolorosos** y **abscesos** (Figura 3)

- Infiltración de **corticoides intralesionales**
- Antibioterapia oral** (amoxicilina-clavulánico, clindamicina)
- Corticoterapia sistémica** en pauta descendente
- Drenaje y lavado antiséptico**

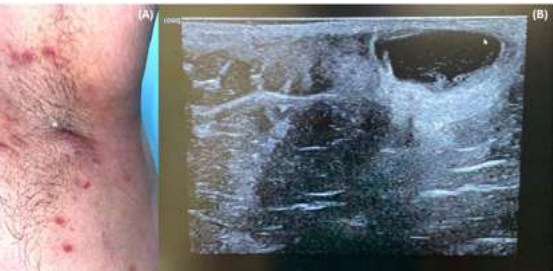


Figura 3 (A) Absceso inflamatorio en región axilar izquierda, señalado con asterisco (*). (B) Lesión hipocogénica de bordes mal delimitados con trayecto fistuloso y marcada hiperecogenicidad periférica. Se aprecian prolongaciones hipocólicas de disposición folicular ("signo en cola de cometa"), típicas del absceso de origen folicular.

Bibliografía

- Díaz D, Rivera A, Otero V, Rueda L. Pathogenic overlaps between psoriasis and hidradenitis suppurativa. *Curr Dermatol Rep.* 2022;11(4):336-340. doi:10.1007/s13671-022-00358-4.
- Ruggiero A, Martora F, Picone V, Marano L, Fabbrocini G, Marasca C. Paradoxical hidradenitis suppurativa during biologic therapy, an emerging challenge: a systematic review. *Biomedicine.* 2022;10(2):455. doi:10.3390/biomed10020455.
- Falvre C, Villani AP, Aubin F, Lipsker D, Bottaro M, Cohen JD, et al. Hidradenitis suppurativa: an unrecognized paradoxical effect of biologic agents used in chronic inflammatory diseases. *J Am Acad Dermatol.* 2016;74(6):1153-1159. doi:10.1016/j.jaad.2016.01.018.
- Lim SYD, Oon HH. Three paradoxical cases of hidradenitis suppurativa developing in patients on secukinumab for plaque psoriasis. *Dermatol Ther.* 2019;32(4):e12983. doi:10.1111/dth.12983.
- Marasca C, Megna M, Balato A, Balato N, Napolitano M, Fabbrocini G. Secukinumab and hidradenitis suppurativa: friends or foes? *JAAD Case Rep.* 2019;5(2):184-187. doi:10.1016/j.jdcrcr.2018.12.002.
- Navarro-Triviño FJ, Sánchez-Parera R, Ruiz-Villaverde R. Secukinumab-induced paradoxical hidradenitis suppurativa. *Dermatol Ther.* 2020;33(1):e13150. doi:10.1111/dth.13150.
- Pirro F, Caldarola G, Chiricozzi A, Messina F, De Simone C, Moretta G, et al. Ixekizumab-induced paradoxical hidradenitis suppurativa: a case report and literature review. *Dermatol Ther.* 2020;33(6):e13853. doi:10.1111/dth.13853.
- Vossen ARJ, van der Zee HH, Prens EP. Hidradenitis suppurativa: a systematic review integrating inflammatory pathways into a cohesive pathogenic model. *Front Immunol.* 2018;9:2965. doi:10.3389/fimmu.2018.02965.

37. La vía Th17 como brújula terapéutica.

La hidradenitis supurativa avanzada representa un reto terapéutico, especialmente en pacientes con fracaso a múltiples líneas de tratamiento. Este caso es de interés porque muestra la utilidad de los estudios de inmunorregulación para identificar la sobreactivación de la vía Th17 y por tanto predecir la efectividad de un inhibidor de la interleuquina 17. El seguimiento demuestra que el ajuste individualizado de la pauta de administración puede marcar la diferencia en el control de la enfermedad, incluso cuando la cirugía no es aceptada por el paciente.

Varón de 37 años con hidradenitis supurativa Hurley III e IHS4=22, con antecedentes familiares de la enfermedad. Tras fracaso de antibióticos y pérdida de respuesta a adalimumab, se inició tratamiento compasivo con bimekizumab, que permitió una mejoría clínica significativa. La reducción de la frecuencia de administración desencadenó recaída, que se controló tras intensificación de la pauta a cada 3 semanas. Actualmente mantiene respuesta parcial sostenida, sin efectos adversos. El caso subraya la relevancia de la vía Th17 como diana terapéutica y la necesidad de individualizar el manejo en HS refractaria.

Anamnesis

Varón de 37 años, no fumador, sin otros antecedentes personales de interés. Antecedente familiar de padre con hidradenitis supurativa. IMC de 29,7 kg/m² (sobrepeso grado II, límite con obesidad clase I). Refería el inicio de la enfermedad a los 25 años, con episodios recurrentes de inflamación, dolor y supuración en axilas e ingles, con importante impacto funcional y en la calidad de vida. Fue derivado a consulta de Dermatología en 2021 por lesiones crónicas refractarias a antibióticos.



Fig. 2. Hidradenitis supurativa en axila izquierda. Se aprecian dos fístulas drenantes y cinco nódulos inflamatorios.

Exploraciones complementarias

- **Analítica** basal con hemograma y bioquímica en rango.
- **Serologías** frente a virus de hepatitis B y C y VIH negativas.
- **Quantiferon** negativo.
- **Radiografía de tórax** sin alteraciones.
- Valoración por **Cirugía Plástica**, con actitud expectante debido a la inflamación activa y al rechazo del paciente a la intervención.
- Estudio de **inmunorregulación** que mostraba sobreactivación marcada de la vía Th17.

Exploración física

En 2021 presentaba múltiples trayectos fistulosos drenantes, en concreto dos en cada axila y uno en ambas regiones inguinales. Además, se describieron tres nódulos inflamatorios en axila derecha (Fig. 1), cinco en la izquierda (Fig. 2) y tres en la ingle derecha.



Fig. 1. Hidradenitis supurativa en axila derecha. Se aprecian dos fístulas drenantes y tres nódulos inflamatorios.

Diagnóstico

Hidradenitis supurativa estadio Hurley III, IHS4 35 (enfermedad grave)

Tratamiento

- **Antibióticos previos:** rifampicina + clindamicina (3 meses), meropenem, ciprofloxacino, con respuesta insuficiente.
- **Adalimumab:** iniciado en diciembre de 2022, con mínima mejoría inicial, pero tras 4 meses de tratamiento presentó nuevos episodios inflamatorios y pérdida de eficacia (Fig. 1).
- **Bimekizumab:** solicitado en uso compasivo tras demostrarse activación de la vía Th17. Iniciado en julio de 2023, tras suspensión de adalimumab. Pauta inicial de 320 mg cada 2 semanas, con mejoría clínica evidente. Al espaciar a cada 4 semanas reapareció la actividad, por lo que se intensificó a cada 3 semanas desde marzo de 2024, logrando control clínico sostenido (Fig. 2).
- **Coadyuvantes:** ciclos cortos de corticoides orales para brotes inflamatorios.
- **Cirugía:** propuesta en varias ocasiones, rechazada por el paciente.

Evolución

El inicio de bimekizumab permitió una mejoría significativa en dolor y supuración, con disminución del número de fístulas activas. La reducción en la frecuencia de administración se asoció a recaída, controlada tras intensificación a cada 3 semanas. Actualmente, en septiembre de 2025, el paciente mantiene control clínico aceptable con esta pauta (Figs. 3 y 4), sin efectos adversos registrados. El seguimiento se ha visto dificultado por inasistencias frecuentes, lo que ha condicionado la optimización del manejo. A lo largo de la evolución, el paciente ha rechazado en todo momento la opción quirúrgica, a pesar de las recomendaciones de Cirugía Plástica y Dermatología.



Fig. 3. Hidradenitis suppurativa Hurley III en axila derecha. Se aprecia una gran mejoría, con desaparición de fístulas drenantes y nódulos inflamatorios. Solo persisten fístulas no drenantes.

Bibliografía

1. Malvaso D, Calabrese L, Chiricozzi A, Antonelli F, Coscarella G, Rubegni P, et al. IL-17 Inhibition: A Valid Therapeutic Strategy in the Management of Hidradenitis Suppurativa. *Pharmaceutics*. 2023 Oct 11;15(10):2450.
2. Tešanović Perković D, Marinović B, Tešanović M, Bukvić Mokos Z. Biologic therapies and small molecules in the treatment of hidradenitis suppurativa. *Clin Dermatol*. 2025 Jul;43(4):490–501.
3. Moran B, Sweeney CM, Hughes R, Malara A, Kirthi S, Tobin AM, et al. Hidradenitis Suppurativa Is Characterized by Dysregulation of the Th17:Treg Cell Axis, Which Is Corrected by Anti-TNF Therapy. *Journal of Investigative Dermatology*. 2017 Nov;137(11):2389–95.
4. Rastrick J, Edwards H, Ferecskó AS, Le Friec G, Manghera A, Page M, et al. The roles of interleukin (IL)-17A and IL-17F in hidradenitis suppurativa pathogenesis: evidence from human *in vitro* preclinical experiments and clinical samples. *British Journal of Dermatology*. 2025 Mar 18;192(4):660–71.
5. Sabat R, Alavi A, Wolk K, Wortsman X, McGrath B, Garg A, et al. Hidradenitis suppurativa. *The Lancet*. 2025 Feb;405(10476):420–38.

Comentario

Este caso subraya el papel de la vía Th17 como objetivo terapéutico en la hidradenitis suppurativa avanzada^{1–4}. La respuesta sostenida a bimekizumab tras fracaso secundario a anti-TNF refuerza la utilidad de los estudios de inmunorregulación en la toma de decisiones. Estos permiten identificar perfiles inmunológicos específicos, como la sobreactivación de la vía Th17, que pueden guiar la selección y ajuste de terapias biológicas dirigidas. Destaca también la necesidad de ajustar la pauta de administración de forma individualizada, así como la importancia de la adherencia y del enfoque multidisciplinar en la evolución de la enfermedad⁵.



Fig. 3. Hidradenitis suppurativa Hurley III en axila izquierda. Se aprecia una gran mejoría, con desaparición de fístulas drenantes y nódulos inflamatorios. Solo persisten fístulas no drenantes.

38. Tocilizumab como opción terapéutica en un paciente con síndrome autoinflamatorio refractario.

La utilidad del tratamiento con tocilizumab en un paciente con síndrome de PASH, mejorando tanto la clínica de pioderma gangrenoso como la de hidradenitis supurativa y permitiendo el cese del tratamiento corticoideo en un paciente con dificultades para entender el tratamiento y por tanto, con una mayor probabilidad de desarrollar efectos secundarios por la corticoterapia.

Presentamos el caso de un paciente varón de 61 años con síndrome PASH (pioderma gangrenoso [PG], acné e hidradenitis supurativa [HS]) de larga evolución asociado a psoriasis vulgar y refractario a múltiples líneas de tratamiento. El paciente presentó afectación glútea, perineal e inguinal en forma de abscesos, trayectos fistulosos y brotes de PG con importante repercusión funcional. Fue tratado sucesivamente con antibióticos, retinoides y diferentes biológicos (adalimumab, infliximab, guselkumab y risankizumab) sin respuesta mantenida y realizando múltiples pautas de corticoides sistémicos que el paciente autogestionaba a pesar de nuestras recomendaciones. En 2021, ante la gravedad del cuadro de pioderma gangrenoso se inició tocilizumab intravenoso con el objetivo principal de controlar esta entidad. De forma relevante, además del beneficio sobre el PG, el paciente presentó una mejoría significativa y sostenida de las lesiones de HS. Este caso refleja la complejidad terapéutica del síndrome PASH y sugiere un potencial papel del bloqueo de IL-6 en la modulación conjunta de PG e HS refractarios.

Exploración física

En la primera valoración destacaba afectación cutánea extensa en **región glútea e interglútea con nódulos inflamatorios, abscesos dolorosos y múltiples trayectos fistulosos**, con supuración crónica y maloliente. Existía un marcado empastamiento inflamatorio de la nalga izquierda y lesiones residuales en ingles y región perianal. Durante los brotes de la enfermedad se objetivaron **úlceras profundas, exudativas y con bordes violáceos** en miembros inferiores, acompañadas de dolor intenso y limitación funcional. La exploración también mostró lesiones de **acné inflamatorio** residual en cara y tronco. La enfermedad cutánea condicionaba una afectación muy relevante de la calidad de vida, limitando la deambulación, la sedestación y las actividades básicas.

Anamnesis

Varón de 61 años con antecedentes de acné severo en la adolescencia, psoriasis vulgar controlada y clara agregación familiar de hidradenitis supurativa (HS) en abuelo, madre y hermano. Fumador activo desde la juventud (hasta 40 cigarrillos/día). Presentaba además un **contexto social complejo**, con escasos recursos, analfabetismo funcional y baja adherencia a los tratamientos, factores que condicionaron el seguimiento y la toma de decisiones terapéuticas. Consultó en 2016 por **lesiones dolorosas, supurativas y de evolución crónica en región glútea, pliegue interglúteo, ingles y región perianal**. Durante los primeros meses de seguimiento aparecieron brotes ulcerativos dolorosos en extremidades.

Exploración física



Figura 2: Lesión ulcerada con bordes violáceos y de carácter exudativo localizada en la extremidad inferior izquierda

Exploración física



Figura 3: Placa eritematosa y supurativa en región glútea que también afectaba al pliegue interglúteo, ingles y región perianal. La lesión presentaba un empastamiento inflamatorio marcado, trayectos fistulosos múltiples y supuración crónica

Exploración física



Figura 1. Acné inflamatorio con grandes nódulos afectando a toda la región lateral derecha de la cara.

Exploraciones complementarias

Las **analíticas** seriadas mostraban elevaciones recurrentes de reactantes de fase aguda (PCR, VSG) durante los brotes inflamatorios, sin otros hallazgos relevantes.

Mediante **ecografía cutánea** se constataron múltiples trayectos fistulosos en superficie en las lesiones glúteas.

Se realizaron **biopsias cutáneas** de las lesiones ulceradas que mostraban una un denso infiltrado neutrofílico que afectaba a toda la dermis y al panículo adiposo, con formación de microabscesos e importante cariorexis, hallazgos que eran compatibles con la orientación clínica de pioderma gangrenoso.

Diagnóstico

Síndrome de **PASH (Pioderma gangrenoso, Acné e Hiradenitis Supurativa)** asociado a psoriasis vulgar, con hidradenitis supurativa Hurley III, brotes recurrentes de pioderma gangrenoso (PG) y antecedente de acné severo.

Tratamiento

- A lo largo de nueve años el paciente recibió múltiples líneas terapéuticas:
- Antibióticos tópicos y sistémicos:** clindamicina, rifampicina, amoxicilina-ácido clavulánico y ertapenem intravenoso con mejorías parciales y transitorias.
 - Retinoides sistémicos:** ciclos de acitretino a dosis bajas, con respuesta limitada.
 - Corticoides sistémicos:** administrados en pulsos y pautas descendentes, con mejorías iniciales pero reagudizaciones severas tras la retirada. En varias ocasiones el paciente los autogestionó sin supervisión, lo que añadió complejidad al manejo.
 - Biológicos:**
 - Adalimumab (2016–2017), con respuesta inicial seguida de pérdida progresiva de eficacia.
 - Infliximab con respuesta insuficiente y pérdida de eficacia precoz.
 - Guselkumab y Risankizumab: en ambos casos, después de presentar empeoramiento tras la primera dosis el paciente decidió rechazar el tratamiento.
 - Anti-IL17:** no se indicaron debido al riesgo descrito de desencadenar **enfermedad inflamatoria intestinal en pacientes con síndromes autoinflamatorios con fenotipo neutrofílico**.
 - Manejo quirúrgico:** no se consideró factible por la extensión de la enfermedad, que habría requerido una colostomía temporal o definitiva, opción rechazada de forma reiterada por el paciente.
- Ante la refractariedad del cuadro y la gravedad de los brotes de PG, en 2021 se decidió iniciar **tocilizumab intravenoso (8 mg/kg cada 4 semanas)**, con el objetivo principal de controlar el PG.

Evolución

El inicio de tocilizumab marcó un punto de inflexión. Con el tratamiento se observó una cicatrización parcial de las úlceras de PG, reducción del dolor y del exudado. De forma paralela, la HS también mejoró de manera llamativa, con disminución de la supuración, reducción de los abscesos y mejoría funcional, lo que permitió al paciente recuperar la capacidad de sentarse y deambular con menos limitación.

Comentario

Este caso ilustra la complejidad del síndrome de PASH, donde coexisten hidradenitis supurativa, pioderma gangrenoso y acné. La refractariedad a múltiples tratamientos, la imposibilidad de plantear cirugía radical y la contraindicación de anti-IL17 por riesgo de enfermedad inflamatoria intestinal obligaron a buscar opciones experimentales. **El uso de tocilizumab, inicialmente indicado para PG, proporcionó además un beneficio clínico mantenido en HS**, apoyando la hipótesis de que la vía de IL-6 participa en la fisiopatología de ambas entidades. Aunque la evidencia se limita a casos aislados y series pequeñas, incluyendo PG y HS refractarios (1–9), los datos del Registro Español de HS subrayan la necesidad urgente de nuevas dianas terapéuticas (10). Este caso refuerza el interés de la inhibición de IL-6 como estrategia a explorar en dermatosis neutrofílicas complejas, así como en hidradenitis supurativa.

Bibliografía

- Choong DJ, Tan E. Does tocilizumab have a role in dermatology? A review of clinical applications, its adverse side effects and practical considerations. *Dermatol Ther*. julio de 2021;34(4):e14990.
- Lee WS, Choi YJ, Yoo WH. Use of tocilizumab in a patient with pyoderma gangrenosum and rheumatoid arthritis. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV*. febrero de 2017;31(2):e75-7.
- Herberger K, Dissemont J, Brüggstrat S, Sorbe C, Augustin M. Biologics and immunoglobulins in the treatment of pyoderma gangrenosum – analysis of 52 patients. *JDDG J Dtsch Dermatol Ges*. 2019;17(1):32-41.
- Choong DJ, Ng JL, Vinciullo C. Pyoderma gangrenosum associated with Takayasu's arteritis in a young Caucasian woman and response to biologic therapy with tocilizumab. *JAAD Case Rep*. 10 de enero de 2021;9:4-6.
- van Straalen KR, Prens EP, Gudjonsson JE. Insights into hidradenitis suppurativa. *J Allergy Clin Immunol*. abril de 2022;149(4):1150-61.
- Mansilla-Polo M, Escutia-Muñoz B, Botella-Estrada R. Narrative Review and Update on Biologic and Small Molecule Drugs for Hidradenitis Suppurativa: An Entity With a Promising Future. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 1 de octubre de 2023;114(9):772-83.

Evolución

En los años siguientes, se mantuvo una **estabilidad clínica sostenida**: ausencia de brotes graves de PG y de hospitalizaciones. Además, finalmente se pudieron retirar por completo los corticoides y la antibioterapia, evitando los efectos secundarios de la corticoterapia causados por el propio paciente al autogestionar su administración de manera indiscriminada. Persistían lesiones residuales en región glútea, pero con menor actividad inflamatoria y clara mejoría en la calidad de vida. El tratamiento fue bien tolerado, sin infecciones graves ni complicaciones relevantes atribuibles al fármaco.

El paciente permaneció bajo tratamiento con tocilizumab intravenoso hasta su fallecimiento en marzo de 2025 por causas no relacionadas con su enfermedad dermatológica.

Evolución



Figura 4: Lesiones de la región glútea e interglútea tras instaurar el tratamiento con tocilizumab. Se puede apreciar una reepitelización marcada de las lesiones más ulceradas y de los trayectos fistulosos, persistiendo cierto grado de atrofia irreversible.

Bibliografía

- Amat-Samaranch V, Agut-Busquet E, Vilarrasa E, Puig L. New perspectives on the treatment of hidradenitis suppurativa. *Ther Adv Chronic Dis*. 23 de noviembre de 2021;12:20406223211055920.
- Sasaki-Saito N, Okada E, Inoue A, Omoto D, Yoshioka M, Nakamura M. A Case of Hidradenitis Suppurativa Associated with Castleman's Disease. *Jpn J Dermatol*. 2018;128(6):1309-17.
- Heidari N, Heidari A, Eghbali S, Pishraft-Sabet H, Hajikarim-Hamedani A, Ghane Y, et al. The role of interleukin inhibitors in the treatment of hidradenitis suppurativa; a systematic review of clinical trials. *Autoimmun Rev*. 24 de junio de 2025;24(7):103818.
- Carnero González L, Garcías-Ladaria JG, Rivera-Díaz R, Bassas Vila J, Salgado-Boquete L, Masferrer E, et al. Registro Español de Hidradenitis Suppurativa (REHS) de la Academia Española de Dermatología y Venereología: descripción y datos del primer año de funcionamiento. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 1 de junio de 2025;116(6):567-74.

39. Alternativas quirúrgicas en el manejo dermatológico de la hidradenitis supurativa.

Aportar experiencia en la combinación del tratamiento médico con técnicas quirúrgicas efectivas e incluidas en el ámbito de la cirugía dermatológica.

Mujer de 41 años en seguimiento por hidradenitis supurativa de varios años de evolución y en tratamiento actual con bimekizumab cada 4 semanas, en la que, por medio de cirugía tipo STEEP, se consiguió la eliminación radical de un túnel axilar.

Anamnesis

- ♀, 41 años en seguimiento por hidradenitis supurativa (HS).
- Antecedentes personales:
 - Alérgica a ácido acetilsalicílico, ibuprofeno, nolutil y B-láctamicos.
 - Espondilitis anquilopoyética (EA) HLAB27 negativa.
 - Tratamiento habitual: enalapril, amlodipino



Exploración física

Figura 1

Múltiples nódulos, abscesos y un trayecto fistuloso en axila derecha.

La paciente también presentaba lesiones similares en la axila contralateral, así como en glúteos e ingles.

- Escalas
- IHS4: 12
 - Hurley III
 - DLQI: 15



Exploraciones complementarias

Se solicitaron varias analíticas sanguíneas de control a lo largo del tratamiento con bimekizumab, que no mostraron alteraciones significativas. Del mismo modo, la paciente tuvo muy buena tolerancia al tratamiento, sin reacciones adversas.



Sin embargo, una exploración ecográfica demostró varias lesiones nodulares-abscesificadas y un túnel epitelizado con señal Doppler ++ en axila derecha.

Diagnóstico

Hidradenitis supurativa severa en paciente en tratamiento médico y candidata a tratamiento quirúrgico

Tratamiento

Cirugía mediante técnica STEEP (Skin Tissue–Saving Excision with Electrosurgical Peeling)

Evolución a los dos días de la cirugía. Al presentar la paciente un único túnel epitelizado en la axila derecha, se optó por realizar la técnica STEEP, consistente en la extracción tangencial de la fistula, previamente canalizada mediante estilete romo, por medio de un asa de diatermia. Se dejó epitelizar la herida por segunda intención.



Evolución

Evolución a los catorce días de la cirugía. Se observa la herida prácticamente a plano, con algo de esfacelo en la región inferior. Durante las curas, se aplicó óxido de zinc en solución sobre el lecho, en ungüento sobre los bordes y se cubrió con alginato, consiguiéndose la epitelización completa en un tota de tres semanas.

A día de hoy, no hay datos clínicos ni ecográficos de persistencia o recurrencia del túnel intervenido.



Comentario

La combinación del tratamiento médico y quirúrgico es fundamental en el manejo integral de la HS. La técnica STEEP (Skin Tissue–Saving Excision with Electrosurgical Peeling) ha ganado relevancia como opción quirúrgica menos invasiva en esta enfermedad, sobre todo en el caso de lesiones localizadas y no muy profundas. Esta técnica consiste en la escisión tangencial y escalonada del tejido enfermo, preservando la piel sana circundante y dejando la herida abierta para cicatrización por segunda intención.

Los resultados funcionales y cosméticos suelen ser superiores respecto a otras técnicas más agresivas como la escisión amplia, con unas tasas de recurrencia muy inferiores a otras técnicas más clásicas como el derroofing.

El tratamiento quirúrgico de estructuras biológicas activas como son los túneles, que actúan como fuente independiente de citoquinas proinflamatorias perpetuando la actividad de la HS, es esencial en el manejo holístico de esta enfermedad.

Bibliografía

1. Blok JL, Spoo JR, Leeman FWJ, et al. Skin-tissue-sparing excision with electrosurgical peeling (STEEP) for severe hidradenitis suppurativa. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015;29(2):379-82. doi:10.1111/jdv.12376.
2. Blok JL, Boersma M, Terra JB, et al. Surgery under general anaesthesia in severe hidradenitis suppurativa: 363 operations in 113 patients. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015;29(8):1590-7. doi:10.1111/jdv.12952.
3. Prens LM, Huizinga J, Janse IC, et al. Surgical outcomes and impact on quality of life in hidradenitis suppurativa. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2019;33(10):1941-6. doi:10.1111/jdv.15706.
4. Sabat R, Alavi A, Wolk K, et al. Hidradenitis suppurativa. Lancet. 2025;405(10476):420-38. doi:10.1016/S0140-6736(24)02475-9.
5. Saunte DML, Jemec GBE, et al. Hidradenitis suppurativa: advances in diagnosis and treatment. JAMA. 2017;318(20):2019-32. doi:10.1001/jama.2017.16691.

40. Fístula perineal anterior persistente: un reto en el diagnóstico diferencial de la hidradenitis supurativa.

La fístula o sinus perineal anterior se trata de una entidad poco conocida caracterizada por la presencia de uno o varios trayectos fistulosos a lo largo del rafe medio que se manifiesta como supuración, dolor e infecciones crónicas recurrentes. Su aparición en la edad adulta se atribuye a traumatismos, cuerpos extraños o neoplasias; aunque su localización habitual en el rafe medio sugiere que pueda haber un origen embrionario predisponente. Se debe diferenciar de otras enfermedades más frecuentes en esta región anatómica como la hidradenitis supurativa (HS) o la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Una historia clínica detallada, la exploración física y la resonancia magnética (RMN) han sido fundamentales para un adecuado diagnóstico y tratamiento de este caso.

Varón de 69 años remitido a Dermatología con sospecha de HS por dolor y supuración en región perineal de un año de evolución. No antecedentes personales ni familiares de HS. No clínica digestiva. Relaciona inicio de la clínica con traumatismo con el coche. Inicialmente valorado por Cirugía General y Digestiva que realizó drenaje de absceso perineal y resección amplia. Ante la persistencia clínica, se realizó un TAC que mostró abscesos perineales con fistulización a piel y uretra. Posteriormente Urología realizó nuevo drenaje y resección de fistulas con colocación de sonda suprapúbica. El estudio histológico descartó malignidad. En varios cultivos de drenaje se aisló *Candida glabrata*. Al examen físico se objetivó placa eritematosa de aspecto eczematoso en región escrotal, perineal e inguinal con puntos de drenaje de contenido seroso en rafe medio. Para mejorar la caracterización de las fistulas se realizó RMN con gadolinio con múltiples trayectos fistulosos inflamatorios en base del pene sin implicación del complejo esfinteriano. Se inició anidulafungina intravenoso asociado a tratamiento tópico con óxido de zinc y miconazol con gran mejora clínica.

Exploración física

En región perineal placa eritematosa de aspecto eczematoso que abarca la piel del escroto, pliegues inguinales y zona proximal de muslos y glúteos. En el rafe medio se observó 3 orificios drenantes con salida de contenido seroso (Fig 1). No lesiones sugestivas de HS en otros territorios anatómicos.



Fig 1. En región perineal, placa eritematosa de aspecto eczematoso con 3 orificios fistulosos con salida de material seroso.

Anamnesis

Varón de 69 años remitido a Dermatología con sospecha de hidradenitis supurativa (HS) por cuadro clínico de supuración y dolor en la región perineal de un año de evolución. Como antecedentes personales presentaba hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2, asma bronquial, cardiopatía isquémica e hipertrofia benigna de próstata con episodios de prostatitis. No presentaba antecedentes personales ni familiares de HS ni clínica de enfermedad inflamatoria intestinal. Refiere inicio del cuadro clínico como absceso perineal tras traumatismo en la zona al pasar por un bache en la carretera a gran velocidad. Inicialmente valorado por Cirugía General y Digestiva que realizó drenaje de absceso perineal y resección amplia. Ante la persistencia clínica, se realizó ecografía endoanal sin alteraciones y TAC de abdomen que mostró la presencia de 2 abscesos con trayectos fistulosos comunicados con la uretra. Posteriormente, Urología realizó nuevo drenaje de los abscesos y extirpación de fistulas con colocación de una sonda suprapúbica transitoria. Varios cultivos de los drenajes fueron positivos para *Candida glabrata*, con resistencia intrínseca a fluconazol. El estudio histológico de la pieza quirúrgica descartó malignidad.

Exploraciones complementarias

Resonancia magnética (RMN) pélvica T1 VIBE

Engrosamiento de la piel y tejido celular subcutáneo de la región perineal con cambios inflamatorios y múltiples tractos fistulosos que se extienden al bulbo y raíz del pene y fosa isquioanal derecha. Contactan con el margen anterior del canal sin identificar trayectos fistulosos al complejo esfinteriano. No se aprecian colecciones en el momento actual (Fig 2).

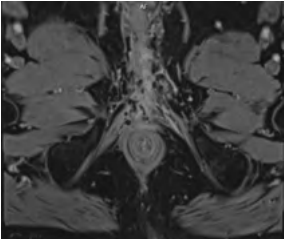


Fig 2. RMN con múltiples trayectos fistulosos y cambios inflamatorios en base del pene sin afectación del complejo esfinteriano anal.

Diagnóstico

Fístula perineal anterior persistente postraumática.

No cumple criterios de HS ni clínica ni signos en pruebas de imagen sugestivos de EII.

Tratamiento

La infección de piel y partes blandas por *Candida glabrata* se trató con Anidulafungina 100mg/día durante 21 días pautado por la Unidad de Enfermedades Infecciosas. Se complementó con tratamiento tópico con óxido de zinc 40%, miconazol 0,25% y ácido hialurónico en crema 2 veces al día durante un mes.

Comentario

Se presenta el caso de una fístula perineal anterior postraumática, entidad que se debe contemplar en el diagnóstico diferencial de la hidradenitis supurativa. Destacar la importancia de planificar la intervención quirúrgica inicial en base a pruebas de imagen de alta resolución, como la RNM, debido a que extirpaciones incompletas y repetidas pueden causar iatrogenia al contribuir con la inflamación crónica en esta área anatómica compleja, con posterior formación de abscesos y fistulas con comunicación con la piel y la uretra.

Evolución

En la revisión a los 3 meses se observó una respuesta clínica satisfactoria con gran mejoría de la dermatitis irritativa y la candidiasis cutánea con resolución del dolor y la supuración (Fig 3).



Fig 3. Gran disminución del eritema y ausencia de supuración tras el tratamiento pautado.

Bibliografía

- 1. Oliver GC, Rubin RJ, Salvati EP, Eisenstat TE, Lott J. Anterior perineal sinus. Dis Colon Rectum. 1991 Sep;34(9):777-9. doi: 10.1007/BF02051069. PMID: 1914743.
- 2. Birnstingl MA, Griffiths JD, Nicol CS, Redmond A. Two cases of perineal fistula following cowperitis. Br J Vener Dis. 1957 Dec;33(4):246-8. doi: 10.1136/sti.33.4.246. PMID: 13499891; PMCID: PMC1054175.
- 3. Garg G, Mehdi S, Bansal N, Sankhwar S. Squamous cell carcinoma of male urethra presenting as urethrocuteaneous fistula. BMJ Case Rep. 2018 Nov 3;2018:bcr2018227447. doi: 10.1136/bcr-2018-227447. PMID: 30391928; PMCID: PMC6229256.

41. Vivir sin poder sentarse: abordaje integral con terapia biológica y cirugía.

Este caso clínico ilustra la complejidad de una enfermedad dermatológica crónica, dolorosa y muy incapacitante, que condiciona gravemente la calidad de vida del paciente y exige un abordaje multidisciplinario. La refractariedad a múltiples tratamientos clásicos y biológicos, así como la necesidad de control inflamatorio previo a la cirugía, subrayan la relevancia de estrategias terapéuticas individualizadas en la práctica clínica.

Varón de 54 años, fumador, sin antecedentes familiares ni personales de interés, que presenta lesiones dolorosas y supurativas en región glútea, con impacto funcional y deterioro de la calidad de vida, de 10 años de evolución. Tratamientos previos con antibióticos tópicos y orales, antiinflamatorios no esteroideos y retinoides sistémicos lograron únicamente una respuesta parcial.

En la exploración física se evidenciaron lesiones inflamatorias, abscesos, trayectos fistulosos y cicatrices, en ambos glúteos, compatibles con hidradenitis supurativa grave (Hurley III, IHS4 >20). Las pruebas de imagen confirmaron la presencia de múltiples trayectos fistulosos profundos y abscesos en dicha región. El estudio analítico mostró anemia microcítica y calprotectina elevada, descartando enfermedad inflamatoria intestinal o cáncer colorrectal concomitante.

El tratamiento inicial con adalimumab resultó insuficiente, incluso tras intensificación con corticosteroides. Posteriormente, la administración de bimekizumab permitió un control clínico significativo, con reducción de la inflamación y de la supuración persistente. Esta mejoría posibilitó la realización de cirugía resectiva glútea, con evolución postoperatoria favorable y adecuada cicatrización.

Este caso pone de manifiesto la complejidad terapéutica de la hidradenitis supurativa refractaria y resalta la utilidad de los agentes biológicos como estrategia puente hacia la cirugía. Asimismo, subraya la necesidad de un abordaje integral y multidisciplinar, orientado a la personalización terapéutica y a la mejora de la calidad de vida del paciente.

Anamnesis

- **Edad** 54 años. 2018
- **Peso:** 79 kg
- **Altura:** 1,78 m
- **Hábitos:** fumador 1 paq./semana, bebedor ocasional (fin de semana)
- No AF de HS
- No AP de acné ni otras enfermedades conocidas
- **Tratamientos previos:** AINE y ATB por su MAP (amoxicilina, doxiciclina...), isotretinoína, acitretino, múltiples visitas a Urgencias

AF: antecedentes familiares; AINE: antiinflamatorios no esteroideos; AP: antecedentes personales; ATB: antibióticos; HS: hidradenitis supurativa; MAP: médico de Atención Primaria

COMPARTIENDO EXPERIENCIAS
II CONCURSO CASOS CLÍNICOS EN HIDRADENITIS SUPURATIVA

Organiza
AE DV
Asociación Española de Dermatología y Venereología
Asociación Española de Dermatología y Venereología
Grupos Españoles de Hidradenitis Supurativa
AE DV

Anamnesis



- **Supuración y dolor** en glúteos, que le impiden sentarse.
- Cursa en **brotes** de empeoramiento con gran dolor.
- Mejoría parcial con antibióticos.
- Comienzo de la enfermedad **hace 10 años**.
- No clínica osteoarticular ni digestiva ni psiquiátrica.

COMPARTIENDO EXPERIENCIAS
II CONCURSO CASOS CLÍNICOS EN HIDRADENITIS SUPURATIVA

Organiza
AE DV
Asociación Española de Dermatología y Venereología
Asociación Española de Dermatología y Venereología
Grupos Españoles de Hidradenitis Supurativa
AE DV

Exploración física



Fig. 1 Lesiones inflamatorias y supurativas en la región glútea de un paciente con HS de larga evolución, mostrando lesiones cicatriciales, abscesos, fistulas y áreas de supuración crónica.

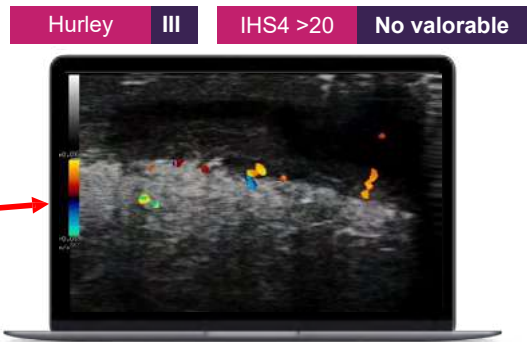


Fig. 2 Ecografía de la región glútea que evidencia una fistula inflamatoria profunda, con trayecto hiperecico y edema circundante, característica de HS activa.

Hurley III IHS4 >20 No valorable

IHS4: International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System.

Exploraciones complementarias

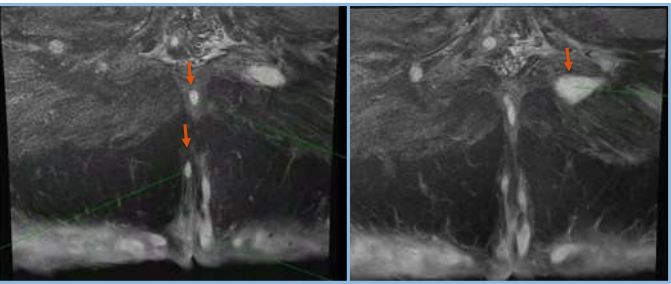


Fig. 3. RM de partes blandas de la región glútea que muestra múltiples trayectos fistulosos con contenido líquido y absceso en piriforme (marcados con flecha naranja).

COMPARTIENDO EXPERIENCIAS
II CONCURSO CASOS CLÍNICOS EN HIDRADENITIS SUPURATIVA

Organiza
AE DV
Asociación Española de Dermatología y Venereología
Asociación Española de Dermatología y Venereología
Grupos Españoles de Hidradenitis Supurativa
AE DV

Exploraciones complementarias



- **IC a Cirugía**
No operable por ahora
- **RM**
Múltiples trayectos fistulosos con líquido y absceso en piriforme
- **Leve leucocitosis con neutrofilia**, trombocitosis, anemia microcítica hipocroma de 9,5 *de novo*. Calprotectina: 161,8 µg/G, (normal <50)

IC: interconsulta; RM: resonancia magnética.

COMPARTIENDO EXPERIENCIAS
II CONCURSO CASOS CLÍNICOS EN HIDRADENITIS SUPURATIVA

Organiza
AE DV
Asociación Española de Dermatología y Venereología
Asociación Española de Dermatología y Venereología
Grupos Españoles de Hidradenitis Supurativa
AE DV

Exploraciones complementarias



Digestivo:
Se descarta Crohn y Cáncer colorrectal



IC a Hematología:
Anemia por trastornos crónicos → Sulfato ferroso

COMPARTIENDO EXPERIENCIAS
II CONCURSO CASOS CLÍNICOS EN HIDRADENITIS SUPURATIVA

Organiza
AE DV
Asociación Española de Dermatología y Venereología
Asociación Española de Dermatología y Venereología
Grupos Españoles de Hidradenitis Supurativa
AE DV

Diagnóstico

HIDRADENITIS SUPURATIVA GRAVE GRADO III

Tratamiento



- Indicamos¹
- **Adalimumab** 160 mg/semana 0, 80 mg semana 2 y 40 mg semanal
 - Podrá añadir clindamicina o clindamicina + rifampicina si crisis. ATB tópicos a demanda
 - Si supuración: sulfato de zinc 1:1000
 - Mantener hierro oral

Comentario final

- Se presenta un paciente con hidradenitis supurativa grave de larga evolución (Hurley III, IHS4 >20), refractaria a múltiples tratamientos previos, que ejemplifica la elevada carga física, psicológica y funcional de la enfermedad.
- Este caso subraya la necesidad de un abordaje multidisciplinario —dermatología, cirugía, digestivo, hematología y manejo del dolor— y la monitorización de comorbilidades como anemia, inflamación sistémica y posible enfermedad inflamatoria intestinal asociada.
- La reducción de la actividad inflamatoria mediante terapias biológicas como bimekizumab permitió “enfriar” la enfermedad y permitir la programación quirúrgica, evidenciando su papel como puente hacia la cirugía.
- Un enfoque integral y personalizado, adaptando el tratamiento al fenotipo, refractariedad y comorbilidades, asegura un control efectivo y mejora notablemente la calidad de vida del paciente⁶.

Bibliografía

1. Pascual JC, Hernández-Quiles R, Sánchez-García V, Viudez-Martínez A, Belinchón I, Sivera F. Topical and intralesional therapies for hidradenitis suppurativa: A systematic literature review. Actas Dermosifiliogr. 2024;115(5):433–48.
2. Kimball AB, Kirby J, Ingram JR, Tran T, Pansar I, Ciaravino V, et al. Burden of hidradenitis suppurativa: A systematic literature review of Patient Reported Outcomes. Dermatol Ther (Heidelb). 2024;14(1):83–98.
3. Frew J, Smith A, Penas PF, Ellis E, Foley P, Rubel D, et al. Australasian hidradenitis suppurativa management guidelines. Australas J Dermatol. 2025;66(2):75–89.
4. Kimball AB, Jemec GBE, Sayed CJ, Kirby JS, Prens E, Ingram JR, et al. Efficacy and safety of bimekizumab in patients with moderate-to-severe hidradenitis suppurativa (BE HEARD I and BE HEARD II): two 48-week, randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre phase 3 trials. Lancet. 2024;403(10443):2504–19.
5. Reguiaï Z. Improving the patient care pathway and multidisciplinary management are major challenges in Hidradenitis suppurativa treatment. Eur J Dermatol. 2025;35(S1):8–13.

Evolución

- Tras un año de tratamiento con adalimumab, las imágenes evidencian empeoramiento progresivo de las lesiones con evolución tórpida²
- Se intensifica el régimen³ con adalimumab y metilprednisolona; a los cuatro meses, persisten la inflamación y la importante supuración de la zona



Fig. 4. Lesiones glúteas de HS con evolución desfavorable, mostrando placas inflamatorias extensas y muy supurativas que afectan toda la región.

Evolución

- Finalmente, se inicia tratamiento quincenal con bimekizumab⁴. Tras seis meses, se logra control de fistulas drenantes y abscesos, “enfriando” la enfermedad y permitiendo la planificación quirúrgica.



Fig. 5. Resultado postquirúrgico de la región glútea que evidencia resolución de la inflamación y la supuración, mostrando cicatrización adecuada tras el manejo integral

42. Supuración en resolución: respuesta a bimekizumab.

El caso expone la respuesta clínica y ecográfica y la mejoría subjetiva de un paciente tras pasar poco tiempo del inicio de bimekizumab después de haber sido tratado con otras líneas y secukinumab.

Presentamos el caso de un paciente que estaba siendo tratado por cirugía general y que fue derivado a dermatología por mal control. En su primera visita, presentó estadio Hurley II, pero a pesar de las recomendaciones y los tratamientos de primera y segunda línea el paciente progresó a estadio Hurley III. Presentaba múltiples comorbilidades (diabetes mellitus tipo 2, consumo ocasional de alcohol, mutación genética predisponente a tumores intestinales malignos, pólipos con displasia de alto grado) por lo que se decidió tratamiento con anticuerpo anti IL-17 (secukinumab). Dada la progresión de la enfermedad, afectación de la calidad de vida y baja laboral desde hacía dos años, se decidió cambio a bimekizumab a los +/- 6 meses. A los +/-3 meses, el paciente mostró mejoría significativa de la mayoría de las lesiones inflamatorias tanto de forma objetiva por la clínica y la ecografía como subjetiva.

Anamnesis

Antecedentes personales de interés

- Varón de 52 años.
- Fumador de 1 paquete / día. Consumidor ocasional de alcohol.
- Diabetes mellitus tipo 2.
- En seguimiento por Digestivo por múltiples pólipos, alguno de ellos con displasia de alto grado.
- Comenta que presenta una mutación (no tiene informes) que predispone a cáncer de colon familiar.
- Hidradenitis (HS).
- Intervenciones quirúrgicas (IQ):
 - Túneles axilares bilaterales y abscesos axilares izquierdos intervenidos por cirugía general en 2023.
 - Sinus pilonidal intervenido por cirugía general en 1992.



Fig. 1: áreas cicatriciales con comedones abiertos y cerrados



Fig. 2: áreas cicatriciales. En ingle izquierda: placa indurada, eritematosa, dolorosa, con múltiples senos drenantes.

Anamnesis

Junio 2024: 1ª visita

- Consulta por HS de al menos 2 años de evolución que ha recibido tratamiento con Amoxicilina – ácido clavulánico, Levofloxacin y cirugía sin mejoría. Refiere un brote inflamatorio cada +/- 2 meses.
- En la EF destaca: comedones abiertos y cicatrices en axilas, ingles y pubis, cicatrices en axilas e ingles. Nódulos inflamatorios en ambas ingles y axilas.
- Se pauta: Doxiciclina 100 mg / 24 horas durante 3 meses y resorcinol al 15% en crema base.

Septiembre 2024

- No ha mejorado con tratamiento pautado.
- Nueva placa inflamatoria en pliegue interglúteo superior.
- Se pauta clindamicina 300 mg / 12 horas 10 semanas y gel de clindamicina 2 veces / día.

Octubre 2024

- Mejoría inicial con empeoramiento posterior.
- Se añade prednisona 30 mg / día durante 3 días, 20 mg / día durante 3 días, 10 mg / día durante 3 días.
- Interconsulta a Medicina Preventiva y analítica previa a inicio de fármaco biológico.

Enero 2025

- Se inicia Secukinumab 300 mg sc semanal 5 dosis seguidas y posteriormente cada 2 semanas.

Junio 2025

- Refiere empeoramiento la noche de la administración de Secukinumab, con inflamación y supuración que mejora a los +/- 3-4 días.

Exploración física

Junio 2025

Zona interglútea

- Disminución del empastamiento.

Axilas (fig. 1)

- Áreas cicatriciales.
- Comedones cerrados y abiertos.

Ingles (fig. 2)

- Áreas cicatriciales.
- En ingle izquierda: placa indurada, eritematosa, dolorosa, con múltiples senos drenantes.

Exploraciones complementarias

Análisis sanguíneo (hemograma, función hepática, función renal, perfil lipídico, perfil de anemia)

Destaca:

- Triglicéridos * 297 mg/dL.
- Colesterol * 208 mg/dL.
- LDL-colesterol (calculado) 112 mg/dL.
- Fosfatasa alcalina * 173 UI/L.
- 25-hidroxí vitamina D (D3+D2) * 18,5 ug/L.

Exploraciones complementarias

Ecografía

Junio de 2024 (exploración inicial)

- Axila derecha: Destaca pequeña área hipocogénica en la zona supero-interna de 2.5*1.4mm.
- Axila izquierda: áreas hiperecogénicas cicatriciales dérmicas con engrosamiento cutáneo.
- Ingle derecha: nódulo inflamatorio de 21.5*0.9mm.
- Ingle izquierda: área mal delimitada ligeramente hipocogénica que se corresponde a un túnel con poca inflamación.

Exploraciones complementarias

Ecografía

Septiembre de 2024

- Axila derecha: sin lesiones inflamatorias
- Axila izquierda: áreas hiperecogénicas cicatriciales dérmicas con engrosamiento cutáneo.
- Ingle derecha: sin lesiones inflamatorias
- Ingle izquierda: **túnel grado C que ocupa casi toda la ingle** (fig. 3, abajo).



Exploraciones complementarias

Ecografía

Enero de 2025 (fig. 4, debajo)

- Ingle izquierda: **seno dérmico** que por ecografía se corresponde a un **túnel dermoepidérmico con supuración constante**.
- Zona interglútea: **túneles grado C**.



Evolución

Septiembre de 2025

- Ha mejorado, pero sigue presentando **brotes de menor intensidad** en todas las localizaciones.
- Ha dejado de fumar**.
- A la exploración física presenta una **importante mejoría clínica y ecográfica**:
 - Zona interglútea: múltiples senos dérmicos drenantes en área superior con menor induración y menor supuración.
 - Axilas: pápulas y nódulos aislados en remisión.
 - Ingles: senos dérmicos con drenaje escaso y cicatrices. Remisión de la placa inflamatoria de la ingle izquierda (ver fig. 5 en siguiente diapositiva).
- Continuar con las siguientes recomendaciones y tratamientos:
 - Evitar el consumo de tabaco.
 - Control adecuado de la dislipemia.
 - Pérdida de peso y dieta adecuada.
 - Depilación por láser Alejandrita, Nd- Yag, Erbio, IPL...
 - Resorcinol 15% en crema base una vez / día de mantenimiento.
 - Metronidazol 250 mg / 12 horas durante 8 semanas.
 - Mantener Bimekizumab** 320 mg cada 2 semanas hasta la semana 16 y cada 4 semanas a partir de entonces
 - En próxima consulta, se valorará añadir cirugía.



Fig. 5: remisión de placa inflamatoria en ingle izquierda. Persisten algunos comedones abiertos.

Diagnóstico

Diagnóstico principal

Hidradenitis supurativa Hurley III axilar e inguinal

Tratamiento

Junio 2025

- Medidas higiénico-dietéticas**: dieta saludable, ejercicio físico, retirar hábitos tóxicos, depilación por láser.
- Se decide **suspender Secukinumab**.
- Doxicilina** 200 mg / 24 horas durante 3 meses.
- Gluconato de zinc** 90 mg / 24 horas durante 3 meses.
- Se **inicia Bimekizumab** 320 mg cada 2 semanas hasta la semana 16 y posteriormente cada 4 semanas.

Comentario

- Presentamos el caso de un paciente que estaba siendo tratado por cirugía general y que fue **derivado a dermatología por mal control**.
- En su primera visita, presentó estadio Hurley II, pero a pesar de las recomendaciones y los tratamientos de primera y segunda línea el paciente **progresó a estadio Hurley III**.
- Presentaba **múltiples comorbilidades** (diabetes mellitus tipo 2, consumo ocasional de alcohol, mutación genética predisponente a tumores intestinales malignos, pólipos con displasia de alto grado) por lo que se decidió tratamiento con **anticuerpo anti IL-17 (Secukinumab)**.
- Dada la progresión de la enfermedad, afectación de la calidad de vida y baja laboral desde hacía dos años, se decidió **cambio a Bimekizumab a los +/- 6 meses**.
- A los +/-3 meses, el paciente mostró **mejoría significativa de la mayoría de las lesiones inflamatorias tanto de forma objetiva por la clínica y la ecografía como subjetiva: el paciente se iba a reincorporar a su vida laboral después de dos años de baja**.

Revisión bibliográfica

- La **IL-17F** tiene un importante **papel proinflamatorio**, junto con la **IL-17A**, en la cascada inflamatoria de la enfermedad de la HS, en la que los túneles representan una fuente importante de inflamación activa. La **IL-17A** predominaría en las **fases iniciales** de la enfermedad, mientras que la **IL-17F incrementaría en las lesiones crónicas** (1).
- Bimekizumab actúa selectivamente en la IL-17A y la IL-17F (2), logrando en un ensayo clínico un **HISCR 75 en la semana 16 el 42% de los que iniciaron Bimekizumab sin un biológico previo y un 39% de los que se trataron previamente con uno** (3). En otro ensayo clínico, el **90% de los pacientes respondedores a semana 48 mantuvo la respuesta HISCR50 hasta la semana 96, el 86,9% mantuvo la respuesta HISCR75 hasta la semana 96 y el 74,8% mantuvo la respuesta HISCR90 hasta la semana 96** (4).
- Según el meta-análisis realizado por Naik et al los pacientes tratados con Bimekizumab tenían **mayor probabilidad estadísticamente significativa de alcanzar HISCR75 y HISCR90 en comparación con otros biológicos a semana 12-16** (5).
- En el estudio de Zouboulis et al ha conseguido que **más de la mitad de pacientes tratados alcance o túneles drenantes al año** (6).
- Se ha logrado **aumentar la proporción de pacientes con drenaje/supuración leve o nula independientemente del recuento de túneles drenantes inicial** (7).

- Patrocinio:  Inspired by patients.
Driven by science.
- Organiza:                                              

La hidradenitis supurativa grave refractaria sigue siendo un reto terapéutico. Este caso resalta el papel de bimevizumab como alternativa eficaz tras el fracaso de antibióticos, cirugía y adalimumab, mostrando una respuesta clínica y ecográfica rápida con recuperación de la calidad de vida en una paciente joven con enfermedad de larga evolución.

Paciente de 36 años con hidradenitis supurativa Hurley III, refractaria a antibióticos, cirugía y adalimumab. Presentaba brotes recurrentes dolorosos (EVA 10/10), con bajas laborales y deterioro de la calidad de vida. Tras suspender adalimumab, inició bimekizumab con rápida mejoría desde la primera dosis, intervalos libres de brotes y clara recuperación funcional. La ecografía confirmó la desaparición de lesiones inflamatorias, persistiendo solo trayectos cicatriciales.

- 1.  Mujer de 36 años
- 2.  Antecedente de **tabaquismo** activo hasta 2021 y **síndrome de ovario poliquístico** en tratamiento con anticonceptivos
- 3.  Diagnosticada de **hidradenitis supurativa** (HS) desde los 18 años, con afectación **axilar, inguinal y glútea bilateral**

A lo largo de la historia de su enfermedad recibió múltiples líneas terapéuticas:

- o **Tratamientos tópicos:** higiene con jabones antisépticos, clindamicina tópica en periodos inflamatorios, resorcinol al 15% (suspendido por intolerancia cutánea) y corticoides tópicos en brotes agudos.
- o **Antibióticos orales:** doxiciclina, azitromicina y clindamicina, esta última tanto en monoterapia como en combinación con rifampicina. La tolerancia fue limitada y la respuesta clínica parcial o transitoria.
- o **Tratamiento adyuvante:** metformina, gluconato de zinc (90 mg/día), depilación mediante láser de diodo e IPL. También se emplearon cursos cortos de corticoides sistémicos en brotes inflamatorios agudos, con mejoría transitoria.
- o **Tratamiento hormonal:** sustitución de anticonceptivos combinados (levonorgestrel/etinilestradiol) por otro con perfil antiandrogénico (dienogest/etinilestradiol).
- o **Infiltraciones intralesionales** de corticoides y **drenajes quirúrgicos** en brotes agudos.
- o **Cirugía:** exéresis amplias en regiones inguinales y glúteas (2021 y 2022), con mejoría parcial en esas áreas, aunque sin evitar la aparición de nuevas lesiones en otras localizaciones.
- o **Tratamientos biológicos:**
 - o Adalimumab (2016–2019): respuesta inicial parcial, suspendido por efectos adversos musculares.
 - o Biosimilares de adalimumab (2019-2021): mala tolerancia (hipotermias, astenia).
 - o Reinicio de adalimumab semanal (2021–2025): control parcial con brotes recurrentes y progresión a Hurley III.

RESUMEN HISTORIA HIDRADENITIS SUPURATIVA:

Pese a la pérdida ponderal (~4 kg, IMC de 25,5 a 23,7), el abandono del tabaco y la optimización terapéutica, la enfermedad **progresó a Hurley III**, con brotes dolorosos cada 2–3 semanas.

Desde el inicio de la enfermedad, ha presentado **brotes recurrentes dolorosos** ([EVA 10/10 en brotes](#)), que han condicionado su vida laboral y personal, con **bajas prolongadas, limitación funcional** de miembros superiores y un importante **deterioro de la calidad de vida**.

En las últimas consultas, ante el mal control con adalimumab, se planteó el cambio a otro biológico. La paciente lo rechazó inicialmente por **miedo** tanto a los efectos adversos (tras sus experiencias previas con biosimilares de adalimumab) como al posible empeoramiento clínico al abandonar adalimumab.

Exploración física

MAYO 2025

Peso: 72kg, Altura: 1,68cm
IMC: 25, 51 kg/m2

- Axila izquierda:**
 - Cicatrices
 - Comedones abiertos
 - 3 túneles pequeños (2 no drenantes + 1 drenante) → 12 puntos.
- Axila derecha:** 1 túnel dermoepidérmico → 4 puntos.
- Glúteo izquierdo:** 1 colección fluctuante tipo absceso frío (≈2 cm) → 2 puntos.
- Región dorsolumbar izquierda:** 1 colección fluctuante tipo nódulo-absceso (2 cm) → 2 puntos.
- Ingle izquierda:** Placa eritematosa compatible con túnel inflamatorio → 4 puntos (Figura 1).
- Labio mayor derecho:** Placa eritematosa, dolorosa, compatible con túnel inflamatorio → 4 puntos.
- Región púbica derecha:** 1 nódulo-absceso → 2 puntos (Figura 1).

El índice IHS4 total alcanzó **30** (0+6+24) en mayo 2025, clasificando la enfermedad como **grave**



Figura 1. Se aprecia túnel en ingle izquierda y nódulo-absceso en región púbica derecha. También comedones abiertos y cicatrices.

Exploraciones complementarias

Análítica: sin hallazgos relevantes.
Histología (previas cirugías): cambios inflamatorios crónicos y trayectos fistulosos.

ECOGRAFÍA CUTÁNEA (MAYO 2025) Figura 2



Figura 2.
A) Ecografía con colección subcutánea hipoeoica tipo **nódulo-absceso** en región dorsolumbar izquierda. Se realizó Ecografía Doppler con aumento de flujo perilesional.
B) Ecografía con colección subcutánea hipoeoica tipo **absceso** en glúteo izquierdo.

Tratamiento

Ante la refractariedad y progresión de la enfermedad, se suspendió adalimumab e inició **bimekizumab** en mayo de 2025, a dosis de 320 mg cada 2 semanas durante 16 semanas y posteriormente mensual.

Evolución

La respuesta clínica con bimekizumab fue **rápida y sostenida**.

- Desde la primera inyección** la paciente refirió una mejoría clínica clara, con disminución del dolor y reducción de la inflamación en las áreas activas. Esta respuesta se mantuvo y fue aún más evidente tras las siguientes dosis, con intervalos libres de brotes por primera vez en años.
- En septiembre de 2025, la paciente se encontraba **sin nuevas lesiones inflamatorias**, con cicatrices residuales y sin necesidad de bajas laborales (Figura 4).
- La ecografía mostró **desaparición de colecciones y de túneles inflamatorios**, persistiendo únicamente cicatrices fibróticas y trayectos inactivos (Figura 5).

Como efecto adverso, presentó artralgias autolimitadas en manos y rodillas, 48–72 horas tras la inyección, que remitían con analgesia convencional.

La paciente refiere una **mejoría notable en su calidad de vida**, recuperando actividades previamente limitadas. Aunque al inicio mostraba dudas y cierto miedo a cambiar de tratamiento, en la actualidad se muestra satisfecha con bimekizumab, destacando la **rapidez** con la que notó mejoría y la **estabilidad clínica mantenida** desde entonces.

Exploraciones complementarias

ECOGRAFÍA CUTÁNEA (MAYO 2025) Figura 3



Figura 3.
A) Ecografía con **túnel tipo C complejo** en labio mayor derecho con signos inflamatorios.
B) Ecografía con otro **túnel tipo C complejo** en ingle izquierda.

Diagnóstico

Hidradenitis supurativa estadio III de Hurley, IHS4 30, con afectación axilar, inguinal y glútea, refractaria a múltiples tratamientos médicos y quirúrgicos.

Evolución

1 MES Y 3 MESES DE TRATAMIENTO CON BIMEKIZUMAB (Figura 4)

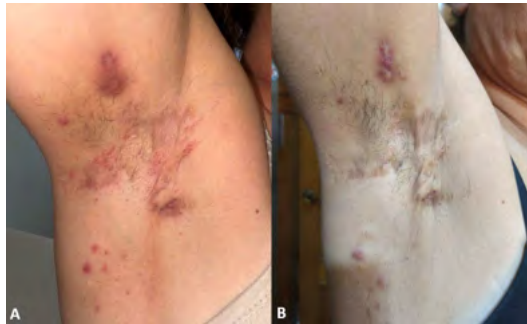


Figura 4.
A) Imagen clínica de axila derecha (julio 2025, un mes tras iniciar bimekizumab) mostrando **mejoría de las lesiones inflamatorias**.
B) Imagen clínica (septiembre 2025, 3 meses después de iniciar bimekizumab) evidenciando la **resolución de brotes inflamatorios** y persistencia de **cicatrices fibróticas**.

Evolución

ECOGRAFÍA PRE Y POST INICIO BIMEKIZUMAB (Figura 5)



Figura 5.
A) Ecografía (mayo 2025, previo inicio de bimekizumab) con **túnel tipo C complejo** en labio mayor derecho con signos inflamatorios. En la ecografía de agosto 2025, solo quedaban cambios fibróticos (No aportamos iconografía).
B) Ecografía (agosto 2025, post-inicio de bimekizumab) con **pequeño túnel superficial** con **poca hipoeogenicidad** y **banda lineal hiperecoica** en su interior, **sin signos inflamatorios** ecográficos.

Comentario

- Este caso refleja la evolución refractaria de una paciente con HS grave, con fracaso a múltiples líneas terapéuticas, incluidos antibióticos, cirugía y adalimumab. La introducción de bimekizumab permitió un control rápido y sostenido, clínico y ecográfico, con impacto en la calidad de vida.
- Los resultados concuerdan con los ensayos BE HEARD I/II, que demostraron reducciones significativas en la actividad inflamatoria y mejora en calidad de vida (1). Actualmente, adalimumab, secukinumab y bimekizumab son biológicos aprobados para HS moderada-grave, destacando el perfil diferencial de bimekizumab por la inhibición dual de IL-17A/F (2-4).
- La ecografía cutánea objetivó la respuesta, reforzando su papel como herramienta de monitorización (5,6).
- En definitiva, este caso muestra cómo bimekizumab puede transformar el manejo de la HS grave refractaria, ofreciendo una oportunidad real de mejoría a pacientes con larga trayectoria de enfermedad, siendo un túnel hacia la esperanza (7-10).

Bibliografía

1. Kimball AB, Zouboulis CC, Reguiai Z, et al. Bimekizumab in patients with hidradenitis suppurativa: results from BE HEARD I and II, two 48-week, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trials. Lancet. 2023;402(10398):873-84.

2. Jemec GBE, Okun MM, Forman SB, et al. Secukinumab in moderate-to-severe hidradenitis suppurativa (SUNSHINE and SUNRISE): two randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trials. Lancet. 2023;401(10383):747-57.

3. Zouboulis CC, Okun M, Prens E, et al. Adalimumab in the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa: a review of clinical trials. Expert Opin Biol Ther. 2021;21(5):623-36.

4. Alikhan A, Sayed C, Alavi A, et al. North American clinical management guidelines for hidradenitis suppurativa: a publication from the United States and Canadian Hidradenitis Suppurativa Foundations. J Am Acad Dermatol. 2019;81(1):91-101.

5. Martorell A, Alfageme Roldán F, Vilarrasa Rull E, et al. Consensus on the use of ultrasound in hidradenitis suppurativa. Actas Dermosifiliogr. 2022;113(3):261-9.

6. Wortsman X, Jemec GBE. Role of imaging in hidradenitis suppurativa. Dermatol Clin. 2016;34(1):59-68.

7. Zouboulis CC, Bechara FG, Benhadou F, et al. European S2k guidelines for hidradenitis suppurativa/acne inversa – Part 2: Treatment. J Eur Acad Dermatol Venerol. 2025;39(5):899-941.

8. Zouboulis CC, Bechara FG, Horváth B, et al. S2k guideline for the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa – Short version. J Dtsch Dermatol Ges. 2024;22(6):657-73.

9. Ingram JR, Collier F, Brown D, et al. Interventions for hidradenitis suppurativa. Cochrane Database Syst Rev. 2020;10(10):CD010081.Gulliver W.

10. Zouboulis CC, Prens E, et al. Evidence-based approach to the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa, based on the European guidelines for hidradenitis suppurativa. Rev Endocr Metab Disord. 2016;17(3):343-51.

44. Abordaje multimodal complejo de la hidradenitis supurativa grave combinando nuevas dianas terapéuticas y cirugía.

Este caso ilustra la importancia del manejo multimodal en la hidradenitis supurativa y refleja el cambio de paradigma terapéutico, que ha evolucionado desde opciones limitadas a un escenario con nuevas aprobaciones y un desarrollo activo de moléculas en investigación. En este contexto, a menudo es necesario recurrir a diferentes dianas terapéuticas en ausencia de biomarcadores clínicos validados, lo que subraya el reto pendiente de definir fenotipos y marcadores que guíen una verdadera medicina personalizada.

Presentamos el caso de una mujer de 33 años con hidradenitis supurativa axilar bilateral de 10 años de evolución (Hurley III; IHS4 21; DLQI 23) con marcada repercusión funcional y psicológica. Tras varios ciclos de antibióticos sin respuesta, inició tratamiento con adalimumab, con respuesta parcial y posterior fracaso secundario. Posteriormente participó en un ensayo clínico con izokibep, un afibody anti-IL17, y en otro con povorcitinib, un inhibidor selectivo de JAK1, logrando una remisión sostenida que permitió realizar escisión regional secuencial en ambas axilas. La evolución fue muy favorable, sin recidivas y con recuperación funcional completa, persistiendo únicamente mínima enfermedad perianal, en seguimiento y valorándose tratamiento con un biológico anti-IL17 como terapia de mantenimiento.

Anamnesis

Antecedentes personales

Exponemos el caso de una mujer de 33 años, caucásica, con sobrepeso (IMC 27.5), fumadora de 5 cigarrillos al día, con síndrome depresivo a tratamiento con sertralina y portadora de DIU con levonorgestrel. No tenía antecedentes familiares de hidradenitis supurativa (HS).

Enfermedad actual

La paciente presentaba un cuadro clínico sugestivo de HS de más de 10 años de evolución, con afectación axilar e inguinal, caracterizado por lesiones dolorosas recurrentes y supuración persistente, con importante repercusión funcional y psicosocial. El diagnóstico se confirmó en 2016, tres años después del inicio de los síntomas. En 2019 fue valorada en la unidad monográfica de HS del servicio de Dermatología, donde se instauró un plan terapéutico multidimensional con medidas higiénico-dietéticas (incluido el cese tabáquico), y antibioterapia tópica y sistémica. A pesar de múltiples ciclos de antibióticos, la respuesta fue limitada, con recurrencias frecuentes, y no se pudieron realizar procedimientos locales por mala tolerancia.

Exploración física

Valoración clínica objetiva

La valoración objetiva, realizada de forma clínica y ecográfica en la misma visita, mostró afectación axilar bilateral con placas inflamatorias extensas debidas a la confluencia de múltiples lesiones inflamatorias. En la axila derecha se identificó 1 absceso, 1 nódulo inflamatorio y 1 túnel drenante complejo (Figura 1), y en la izquierda 2 nódulos inflamatorios y 3 túneles drenantes. La actividad global correspondió a un IHS4 de 21 y un HS-PGA de 3. No se evidenciaron lesiones en otras localizaciones características de HS.

Indicadores subjetivos de impacto percibido

La paciente presentó una percepción de máxima gravedad (HS-PtGA= 10) y una afectación severa de la calidad de vida (DLQI= 23; HS-QoL=24- 64). Las escalas visuales análogas mostraron valores máximos para dolor, olor y prurito.

Figura 1. Axila derecha con gran placa inflamatoria extensa constituida por un nódulo, un absceso, un túnel drenante complejo, y áreas cicatriciales deformantes.



Exploraciones complementarias

Ecografía cutánea

Se realizaron ecografías seriadas (sonda lineal de 18Mhz) para monitorizar la respuesta al tratamiento médico y delimitar prequirúrgicamente la extensión de los túneles complejos y las áreas cicatriciales a resecar.

Analítica sanguínea

Durante el seguimiento se realizaron controles analíticos periódicos, sin hallazgos clínicamente relevantes salvo elevación de reactantes de fase aguda coincidiendo con los brotes. De cara a la instauración de tratamiento sistémico, se completó el cribado prebiológico (serologías de VHB, VHC, VIH y QuantiFERON), con resultados negativos.

Diagnóstico

Hidradenitis supurativa, estadio III de Hurley, con afectación axilar bilateral (IHS4 = 21, HS PGA = 3).

Tratamiento

Tratamiento médico

Debido a la elevada carga inflamatoria (IHS4+ 21) y al fracaso de terapias previas, se inició **adalimumab** a dosis según ficha técnica (**Figura 2**), con una respuesta inicial favorable (resolución de abscesos y nódulos inflamatorios), aunque persistieron 2 tuneles drenantes (IHS4+ 8). Sin embargo, el tratamiento fue suspendido a los 15 meses por fallo secundario.

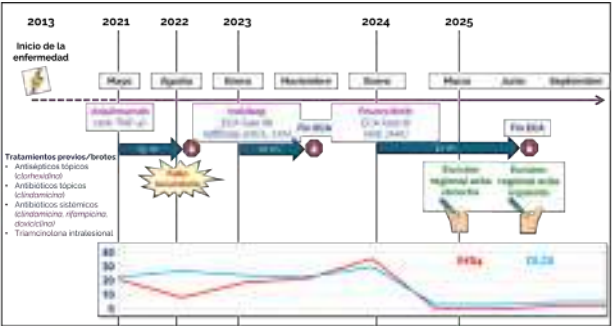
Dos meses tras la suspensión, la paciente presentó un nuevo brote inflamatorio (IHS4+ 21, DLQI+ 27). En ese momento, la paciente fue incluida en un ensayo clínico fase IIb, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo, con **izokibep**, un *offibody* dirigido contra la IL-17A. Durante los 10 meses que duró el ensayo, experimentó varios brotes de lesiones inflamatorias.

Un mes tras finalizar el ensayo, se produjo una exacerbación grave, con un IHS4+ 36, DLQI+ 30 y marcada interferencia funcional, tras la cual fue incluida en un ensayo clínico fase III, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo, con **povorcitinib**, un inhibidor selectivo de JAK1. Durante el tratamiento desarrolló acné moderado-grave como efecto adverso, que requirió tratamiento sistémico escalonado con prednisona, doxiciclina e isotretinoína.

A partir del cuarto mes de tratamiento se observó una remisión completa de la actividad inflamatoria (o lesiones inflamatorias), que se mantuvo en las siguientes visitas con 0-1 nódulo inflamatorio y un DLQI ≤ 3 de forma sostenida durante los 10 meses siguientes, acumulando así un total de 17 meses de seguimiento clínico con excelente control de la enfermedad. Persistieron únicamente cicatrices y tuneles no drenantes.

Tratamiento

Figura 2. Cronología del abordaje multimodal y evolución de la carga de enfermedad (IHS4 y DLQI). ECA: ensayo clínico aleatorio; m: meses.



Comentarios

Este caso ilustra el recorrido característico de muchos pacientes con HS, incluyendo el retraso diagnóstico desde el inicio de los síntomas y el paso por varias terapias sistémicas hasta reducir la carga inflamatoria (1). Ello permite aprovechar la ventana de oportunidad quirúrgica para resecar el tejido afectado por enfermedad residual y, por ende, disminuir el riesgo de recidivas, pilar del manejo en HS grave (2-3). También pone de manifiesto el cambio de paradigma terapéutico en la HS. Siendo inicialmente una enfermedad con opciones terapéuticas limitadas, desde la aprobación de adalimumab (2015), secukinumab (2023) y bimekizumab (2024), existe un amplio *pipeline* de moléculas en desarrollo (anti-IL-17 de nueva generación, inhibidores de JAK1, IL-1, IL-36, etc.) (4). Por ello, el reto actual ya no es la escasez de alternativas, sino definir fenotipos y biomarcadores que predigan la respuesta ante este abanico de nuevos fármacos y quien un tratamiento realmente personalizado (1).

Bibliografía

1. Krueger JG, Frew J, Jemec GBE, Kimball AB, Kirby B, Bechara FG, et al. Hidradenitis suppurativa: new insights into disease mechanisms and an evolving treatment landscape. *Br J Dermatol*. 2024; **190**:149-162. doi:10.1093/bjd/7jad345.
2. Zouboulis CC, Bechara FG, Benhadou F, Bettoli V, Bukvić Mokos Z, Del Marmol V, et al. European S2k guidelines for hidradenitis suppurativa/acne inversa part 2: Treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2025; **39**:899-941. doi:10.1111/jdv.20472.
3. Mateu-Arrom L, Puig L, Vilarrasa E. Surgical approach to hidradenitis suppurativa. *Actas Dermosifiliogr*. 2025; **116**:621-627. doi:10.1016/j.ad.2024.10.061.
4. Tešanović Perković D, Marinović B, Tešanović M, Bukvić Mokos Z. Biologic therapies and small molecules in the treatment of hidradenitis suppurativa. *Clin Dermatol*. 2025; **43**:490-501. doi:10.1016/j.clindermatol.2025.05.004.

Tratamiento

Tratamiento quirúrgico

Tras lograr una disminución drástica de la actividad de la enfermedad, se consensuó con la paciente la realización de un abordaje quirúrgico secuencial de ambas axilas (**Figura 2**). En ambos procedimientos se realizó una delimitación ecográfica precisa de las áreas a resecar, seguida de una exéscisión regional, con aproximación de los bordes mediante sutura de nylon 3/0 y cierre por segunda intención (**Figura 3**). Se utilizó material hemostático reabsorbible sobre el lecho quirúrgico y se realizaron curas posteriores.



Figura 3. Axila derecha: evolución a las 3 semanas postintervención.

Evolución

La evolución postoperatoria de ambas axilas fue favorable, con adecuada cicatrización y sin complicaciones locales (**Figura 4**). Desde entonces, no ha presentado recidivas, con desaparición del dolor y de la supuración, y mejora funcional (movilidad y actividades de la vida diaria), acompañada de una clara mejora en la calidad de vida. En la revisión final persiste actividad mínima extraaxilar con dos nódulos inflamatorios perianales, que se traducen en un IHS4+ 2, HS-PGA+ 2 y DLQI+ 5, motivo por el cual se plantea iniciar tratamiento sistémico con un fármaco biológico **anti-IL17**.



Figura 4. Epitelización completa de la axila derecha a las 6 semanas postintervención.

45. Cuando los planes cambian: la importancia de la ecografía en la hidradenitis supurativa.

En este caso clínico resaltamos la necesidad de realiza ecografía en los pacientes con hidradenitis supurativa en la consulta. En este caso, no se realizó en consulta y en el quirófano, al realizarla, se produjo un cambio de plan terapéutico para poder abordar de forma correcta las lesiones de la paciente.

Mujer de 36 años con hidradenitis supurativa de larga evolución que consultó por túneles drenantes de forma recurrente en ambas ingles. Durante la exploración física se objetivó un túnel no drenante en ingle derecha y dos en ingle izquierda, clínicamente de pequeño tamaño. Se instauró tratamiento médico y se programó para extirpación y cierre directo simple de los túneles. En el quirófano, durante el marcaje ecográfico preoperatorio, se apreció que el túnel derecho era de mayor tamaño que lo clínicamente evidente y que los túneles de la ingle izquierda eran uno solo midiendo 20x5 cm. Se decidió extirpación de ambos túneles, con cierre directo en ingle derecha y cierre por 2ª intención en ingle izquierda.

La evolución fue satisfactoria. Como complicaciones solo destacar una leve dehiscencia en ingle derecha y una sobreinfección candidiásica que se trató con fluconazol 150 mg vía oral dosis única en ingle izquierda. A las 2 semanas de la cirugía la paciente ya no presentaba dolor, con resolución de ambas heridas quirúrgicas en un total de 8 semanas.

Anamnesis

Mujer, 36 años.

Consulta en dermatología por lesiones inflamatorias purulentas en ambas ingles (Fig. 1) de más de 20 años de evolución. Refería haber tenido años antes lesiones similares en ambas axilas.

Como tratamiento aplicaba mupirocina de forma irregular y había realizado múltiples tandas de antibioterapia oral.

No tomaba ningún fármaco de forma habitual.

Antecedentes personales

No alergias medicamentosas conocidas.

Sobrepeso.

Síndrome de ovario poliquístico.

Intervenida quirúrgicamente por sinus pilonidal.

Diagnóstico

HIDRADENITIS SUPURATIVA

IHS-4 de 0 puntos
Hurley II

Tratamiento

MÉDICO

- Clindamicina 300mg cada 12 hroas durante 10 semanas

- Metformina 1000mg cada 12 horas

QUIRÚRGICO

- Extirpación y cierre directo de túnel en ingle derecha

- Extirpación y cierre por segunda intención de túnel en ingle izquierda.

La Fig. 3 muestra la primera cura el 5º día postquirúrgico.



Figura 3. Cura a los 5 días de la intervención.

Exploración física

IHS-4 de 0 puntos;
Hurley II

A la exploración se objetivaron tres túneles NO drenantes, uno en ingle derecha y dos en ingle izquierda (Fig. 1)

No se objetivaron lesiones axilares ni en otras localizaciones.



Figura 1. Se aprecia un túnel en ingle derecha y dos en ingle izquierda no drenantes.

Exploraciones complementarias

ECOGRAFÍA PREOPERATORIA

Se decidió instaurar tratamiento con clindamicina 300mg cada 12 horas, metformina 1000mg cada 12 horas y extirpación quirúrgica mediante cierres directos simples de los túneles aprovechando la ausencia de inflamación.

Sin embargo, durante el marcaje ecográfico intraquirófono, se observó que los túneles se extendían mucho más allá de la aparecencia clínicia y que los dos túneles en ingle izquierda eran realmente el mismo túnel que medía 20x5 cm (Fig. 2).

En la Fig. 2 se muestra el marcaje de la zona a extirpar con márgenes obtenidos mediante ecografía.



Figura 2. Delimitación del túnel de cada ingle mediante el uso de ecografía dentro del quirófano.

Evolución

CIERRE DIRECTO EN INGLE DERECHA

La evolución fue satisfactoria pese a una pequeña dehiscencia en la zona central de la herida quirúrgica.

2ª INTENCIÓN EN INGLE IZQUIERDA

Durante las curas se objetivó una sobreinfección candidiásica que se trató con fluconazol 150mg dosis oral única. (Fig 4)

Respecto al dolor, se pautó analgesia mediante paracetamol 1g cada 8 horas alternado con metamizol 575mg cada 8 horas. A los 12 días, la paciente había retirado toda la analgesia por ausencia de dolor.

Se mantuvo el tratamiento médico con una evolución satisfactoria (Fig. 5)



Figura 4. 2 semanas postcirugía, se aprecia eritema perilesional pústulas satélites, con dehiscencia de herida quirúrgica en ingle derecha.



Figura 5. 4 semanas postcirugía. Cicatrización total en ingle derecha. Resolución de eritema y pústulas, con cicatrización de un 75% de la herida quirúrgica en ingle izquierda.

Comentario

La hidradenitis supurativa cursa con inflamación folicular crónica y formación de túneles que condicionan dolor, limitación funcional y recidivas si no se tratan de forma dirigida (1,2).

En nuestro caso, la ecografía preoperatoria fue decisiva: detectó trayectos más extensos y la confluencia de túneles clínicamente “múltiples” en una sola cavidad, lo que permitió un marcaje preciso y una resección adecuada, reduciendo el riesgo de enfermedad residual y reintervenciones (2–4).

Las guías recomiendan integrar terapia médica (incluidos biológicos según estadio) con cirugía selectiva de túneles; el cierre directo es útil cuando el defecto es pequeño y con bordes favorables, mientras que la cicatrización por segunda intención es preferible en cavidades amplias o irregulares, disminuye tensión, facilita el drenaje y muestra tasas aceptables de curación con complicaciones manejables (4–6).

Con este caso ejemplificamos la importancia de la ecografía en la HS así como la evolución de una herida quirúrgica de gran tamaño curando por 2ª intención.

Bibliografía

1. Goldberg SR, Strober BE, Payette MJ. Hidradenitis suppurativa: epidemiology, clinical presentation, and pathogenesis. J Am Acad Dermatol. 2020;82(5):1045-58. doi:10.1016/j.jaad.2019.08.090.

2. Sabat R, Alavi A, Wolk K, Wortsman X, McGrath B, Garg A, et al. Hidradenitis suppurativa. Lancet. 2025;405(10476):420-38. doi:10.1016/S0140-6736(24)02475-9.

3. González-López MA. Hidradenitis suppurativa. [English, Spanish]. Med Clin (Barc). 2024;162(4):182-9. doi:10.1016/j.medcli.2023.09.018.

4. Zouboulis CC, Bechara FG, Fritz K, Goebeler M, Hetzer FH, Just E, et al. S2k guideline for the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa – short version. J Dtsch Dermatol Ges. 2024;22(6):868-89. doi:10.1111/ddg.15412.

5. Saunte DML, Jemec GBE. Hidradenitis suppurativa: advances in diagnosis and treatment. JAMA. 2017;318(20):2019-32. doi:10.1001/jama.2017.16691.

6. Offidani A, Marzano AV, Peris K, Molinelli E, Bettoli V, Magnoni C, et al. Guidelines how to integrate surgery and targeted therapy with biologics for the treatment of hidradenitis suppurativa: Delphi consensus statements from an Italian expert panel. Dermatology. 2024;240(5-6):885-96. doi:10.1159/000539264.

46. Más allá de las cicatrices: la oportunidad de empezar de nuevo.

La combinación de cirugía y bimekizumab permitió un gran cambio en la calidad de vida de una paciente con HS grave y refractaria.

Mujer de 60 años, con múltiples comorbilidades y más de 20 años de evolución de HS Hurley III, refractaria a anti-TNF y anti-IL23. Tras una exéresis glúteo-inguinal, inició bimekizumab con respuesta precoz: descenso de IHS4 de >25 a ~7 en 20 semanas, dolor de VAS 8/10 a 3/10 y clara mejoría funcional y en calidad de vida, que la paciente describe como "un auténtico cambio en su vida".

Anamnesis

Mujer de 60 años con antecedentes de enfermedad de Steinert tipo 1, obesidad mórbida, tiroidectomía total con hipotiroidismo sustitutivo, artritis y seronegativa erosiva. Alérgica a contrastes yodados y portadora de marcapasos por bloqueo bifascicular, lo cual limita la realización de estudios de imagen. Presenta una evolución de más de 20 años de hidradenitis supurativa, con afectación axilar (ya intervenida), inguinal, glútea, genital y mamaria, clasificada como Hurley III. La paciente refiere brotes inflamatorios recurrentes caracterizados por dolor intenso, supuración persistente y episodios de sangrado, con un impacto muy negativo en su calidad de vida, limitando la deambulación y la esfera sexual.

A lo largo de la enfermedad ha recibido múltiples tratamientos. Entre 2017 y 2020 fue tratada con adalimumab con respuesta insuficiente. Posteriormente recibió guselkumab desde 2020 hasta principios de 2025 como uso fuera de ficha técnica, con mejoría parcial pero con recurrencias frecuentes que obligaron al uso de corticoides sistémicos (prednisona crónica y pulsos en brotes) y antibióticos orales como doxiciclina. Además, utilizó retinoides y corticoides tópicos con eficacia limitada. En 2024, ante la persistencia de brotes, gracias al apoyo del servicio de hospitalización a domicilio completo un ciclo prolongado de ertapenem intravenoso con buena respuesta inicial aunque con recurrencias posteriores.

Exploración física



La exploración mostraba lesiones extensas y simétricas en región inguinal y glútea, con múltiples nódulos inflamatorios y abscesificados, fistulas activas con supuración serohemática y cicatrices fibrosas de brotes previos. Se apreciaban áreas de piel hipercrómica, indurada y dolorosa a la palpación, con drenaje persistente y signos de inflamación crónica activa.

El recuento estimado de lesiones correspondía a un IHS4 claramente mayor de 25, compatible con HS grave (Hurley III).

Diagnóstico

Hidradenitis supurativa Hurley estadio III, refractaria a anti-TNF α y anti-IL23, con afectación extensa (axilar, inguinal, glútea y mamaria), evolución crónica de más de 20 años y comorbilidades significativas.

Tratamiento

Tratamiento quirúrgico

Tras varios intentos fallidos, la paciente fue intervenida por **cirugía plástica** en enero de 2025, con **resección amplia glúteo-inguinal** y buena evolución postoperatoria, quedando áreas residuales susceptibles de nueva exéresis.

Tratamiento médico

- Tras la cirugía, se inició **bimekizumab 320 mg SC** en mayo de 2025, siguiendo la pauta aprobada para hidradenitis supurativa (cada 2 semanas hasta la semana 16 y posteriormente cada 4 semanas como mantenimiento). Evolución favorable, con buena tolerancia y reducción progresiva de la actividad inflamatoria.
 - Se emplearon **corticoides sistémicos de rescate** en brotes (prednisona 10–30 mg), reducidos conforme disminuyó la actividad inflamatoria bajo bimekizumab.
 - Como tratamientos tópicos se usaron **gentamicina + betametasona** en lesiones localizadas y **resorcinol 15%** en lesiones incipientes.
- Medidas coadyuvantes**
- Curas locales** periódicas en consulta y en domicilio.
 - Gel de ducha antiséptico** en higiene diaria.
 - Control del dolor con **analgésicos** pautados en brotes.
 - Apoyo multidisciplinar** (reumatología, endocrinología, cardiología) para optimizar comorbilidades y mejorar la viabilidad quirúrgica.



Figura A. A las 4 semanas de la exéresis glúteo-inguinal, se observaba una evolución postoperatoria favorable, con zonas de cicatrización reciente y reducción de la inflamación más intensa, aunque aún persistían trayectos fistulosos residuales y áreas de induración dolorosa.

Comentario

Este caso muestra cómo el inicio de **bimekizumab** en una paciente con **HS Hurley III**, pluripatológica y refractaria a varios biológicos, permitió en solo 20 semanas una reducción significativa del dolor, la supuración y los brotes, logrando un control clínico que complementó la cirugía previa y mejoró su autonomía. Esta evolución precoz se alinea con la **experiencia del grupo español en vida real**, donde a las 48 semanas más del **80%** alcanzó **IHS4-55** y un **23,2%** remisión completa (**IHS4-100**), demostrando eficacia sostenida incluso en casos con comorbilidades y daño estructural avanzado [1,2].

La mejoría en parámetros objetivos (**IHS4 de >25 a ~7**; **VAS de 8/10 a 3/10**; **DLQI >20 a 8**) coincide con lo observado en los ensayos **BE HEARD** y en su análisis de PROs [3]. La literatura reciente respalda el **abordaje multimodal**, combinando biológicos y cirugía, como la **estrategia más efectiva** en Hurley III [4–6].

En este contexto, nuestro caso ejemplifica cómo la estabilización con bimekizumab puede optimizar los resultados quirúrgicos y transformar la calidad de vida, en consonancia con las guías actuales.

Bibliografía

- Mansilla-Polo M, García-Moronta C, Fernández-Crehuet P, Garbayo-Salmóns P, Pons-Benavent M, Aguilar-González L, et al. Spanish Hidradenitis Suppurativa Group (GEHS). **Long-term effectiveness and safety of bimekizumab in patients with moderate to severe hidradenitis suppurativa under real clinical practice conditions:** the importance of combined treatment in Hurley III patients and potential factors associated with complete response. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2025; doi:10.1007/s13555-025-01521-z.
- Mansilla-Polo M, Escutia-Muñoz B, Sahuquillo-Torralba A, Fayos-Gregori R, Botella-Estrada R. **Real-world effectiveness and safety of bimekizumab for hidradenitis suppurativa: An ambispective observational study.** *Australas J Dermatol*. 2024;65(6):580–587; doi:10.1111/ajd.14282.
- Shi VY, Kimball AB, Frew JW, Naik HB, Zouboulis CC, Okun MM, et al. **Impact of bimekizumab on patient-reported outcomes in hidradenitis suppurativa: pooled analysis of BE HEARD I & II through 1 year.** *J Am Acad Dermatol*. 2025;98(3):597–606; doi:10.1016/j.jaad.2024.09.012.
- Issa CJ, AlEryani A, Hawsawi M, Alflowzan M, Alotaibi M, Alhumaid A, et al. **Combined biologic and surgical interventions for hidradenitis suppurativa: a systematic review.** *Dermatol Ther*. 2024;37(10):e16504; doi:10.1155/2024/6637006.
- Salvador-Rodríguez L, Cuenca-Barrales C, Ruiz-Villaverde R, Molina-Leyva A. **Neoadjuvant biologic therapy in the surgical management of hidradenitis suppurativa: a multicenter study.** *J Am Acad Dermatol*. 2020;83(4):1232–1238; doi:10.1016/j.jaad.2020.04.085.
- Ocker L, Krause K, Sabat R, Wolk K. **The impact of surgery on quality of life in hidradenitis suppurativa: a prospective multicenter cohort study.** *Br J Dermatol*. 2025;193(1):97–105; doi:10.1093/bjd/ljaf012.

Evolución

Antes de la cirugía, la paciente presentaba brotes inflamatorios muy frecuentes, con supuración persistente, dolor intenso (**VAS 7–8/10**), **IHS4 >25 (HS grave)** y un **DLQI superior a 20**, reflejando un impacto muy severo en su calidad de vida y autonomía. A pesar de haber recibido múltiples tratamientos sistémicos y tópicos, incluidos anti-TNF y anti-IL23, la enfermedad se mantenía activa y precisaba de corticoides y antibióticos de rescate de forma recurrente.

En **enero de 2025** se sometió a una **exéresis amplia glúteo-inguinal**, con buena evolución postoperatoria, aunque persistieron áreas residuales. Con el objetivo de consolidar la mejoría clínica y optimizar el control inflamatorio, se inició posteriormente **bimekizumab 320 mg SC** siguiendo la pauta aprobada para hidradenitis supurativa.

En la **semana 16** tras el inicio del biológico se objetivó una reducción clara del número de brotes y de la supuración, con descenso del dolor hasta **VAS 4/10**, menor necesidad de corticoides, mejoría funcional de **IHS4 –9–10 (respuesta IHS4-55 alcanzada)**. El **DLQI** descendió hasta valores intermedios (**~10–12**), indicando un impacto ya moderado.

En la **actualidad** (20 semanas de tratamiento) la paciente mantiene una evolución favorable, con brotes esporádicos de menor intensidad, dolor controlado (**VAS 3/10**), supuración mínima y reducción significativa de túneles activos (**IHS4 ~7, DLQI ~8**). La paciente refiere una mejoría notable en su calidad de vida, manifestándose **contenta y agradecida** con el nuevo tratamiento, que describe como un auténtico cambio en su vida.

Evolución



Figura A. Lesiones previas al tratamiento, expuestas en el apartado previo de exploración física.



Figura B. Lesiones tras 6 semanas de bimekizumab y 6 meses tras cirugía: gran reducción de lesiones y supuración, persistiendo algunos nódulos y fistulas residuales.

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro sincero agradecimiento al equipo de enfermería y auxiliares de Dermatología de nuestro centro, cuyo compromiso y dedicación han sido fundamentales en el cuidado integral y la evolución favorable de la paciente.

47. Siempre nos quedará bimekizumab: eficacia y seguridad demostrada de terapia intensificada con bimekuzmab en paciente con hidradenitis supurativa refractaria.

Probar la eficacia y seguridad de terapia intensificada con bimekuzmab (a dosis de 320 mg cada 14 días) en paciente con hidradenitis supurativa refractaria a múltiples líneas de biofármacos. Recaltar la importancia del manejo de comorbilidades metabólicas (obesidad) para el éxito terapéutico.

Introducción: La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica, recurrente y de difícil manejo, que afecta de forma considerable a la calidad de vida de los pacientes. Su abordaje es especialmente complejo en casos de inicio precoz, curso agresivo y refractarios a múltiples líneas terapéuticas.

Caso clínico: Se presenta un varón de 23 años diagnosticado de HS Hurley III a los 14 años, con afectación axilar, inguinal, umbilical e infraabdominal. El paciente mostró fracaso a la mayoría de antibióticos y biofármacos disponibles, incluyendo adalimumab, ustekinumab, guselkumab, secukinumab, además de precisar múltiples cirugías. Desde noviembre de 2023 recibe bimekizumab, intensificado posteriormente a 320 mg cada 2 semanas, asociado a dapsona y metformina.

Discusión: A pesar de la alta carga terapéutica, la intensificación del tratamiento con bimekizumab, junto con la cirugía de complejos fistulosos y la pérdida ponderal de 40 kg lograda por el propio paciente, han permitido un control clínico significativo, con mejoría en las escalas HiSQOL, iHS4 y EVA de dolor. Este caso subraya la importancia de un abordaje multidisciplinar que combine biofármacos efectivos, cirugía selectiva y control de comorbilidades.

Conclusiones: La HS de inicio precoz y refractaria continúa suponiendo un desafío clínico. La intensificación de biológicos como bimekizumab, la cirugía dirigida y el control del síndrome metabólico pueden ser determinantes para mejorar la evolución. La creación de unidades específicas de HS y la participación en ensayos clínicos son esenciales para optimizar el manejo de pacientes complejos.

Anamnesis

Presentamos el caso de un varón de 23 años natural de República Dominicana diagnosticado de hidradenitis supurativa a los 14 años, con una evolución tórpida y refractaria a múltiples líneas de tratamiento. Entre sus antecedentes personales destacan una diabetes mellitus tipo 2 de varios años de evolución, hepatitis B pasada con carga viral indetectable, hipertensión arterial y dislipemia. Fue valorado en digestivo en diversas ocasiones para descartar enfermedad inflamatoria intestinal, dado el fenotipo clínico y los antecedentes familiares, aunque no confirmó este diagnóstico. También presenta alergia a antiinflamatorios no esteroideo. No tiene hábitos tóxicos. Su peso actual es de 132 kg, con un IMC de 39,6 (obesidad grado II). El paciente refería inicio de lesiones supurativas dolorosas a los 14 años, inicialmente localizadas en región axilar, con posterior progresión a ingles, región periumbilical, infraabdominal y sacra. Desde el comienzo, las lesiones condicionaron una gran limitación funcional, con dolor crónico y un profundo impacto psicológico, afectando de manera marcada a su calidad de vida.

Exploración física

En el momento de su primera valoración en nuestra unidad en Julio de 2018, el paciente presentaba múltiples lesiones en ambas axilas consistentes en nódulos, abscesos, trayectos fistulosos activos y lesiones cicatrices residuales (figuras 1 y 2). En la región inguinal y umbilical se observaban lesiones friables, ulceradas, de bordes irregulares y muy dolorosas al tacto con aspecto clínico compatible con pioderma gangrenoso sobre HS. En el sacro se apreciaban igualmente fistulas profundas, con empastamiento y supuración activa. La exploración general no revelaba otros hallazgos relevantes.

Figura 1



Exploraciones complementarias

El estudio analítico mostraba anemia microcítica, déficit de vitamina D y reactantes de fase aguda discretamente elevados en fases de brote. El ensayo de liberación de interferón gamma (IGRA) fue negativo. Las serologías confirmaron infección pasada por virus de la hepatitis B con carga viral indetectable. Las serologías para VIH, VHC y sífilis fueron negativas. Con el fin de descartar posible enfermedad de Crohn metastásica se tomó una biopsia cutánea de trayecto fistuloso inguinal y se solicitó calprotectina fecal y sangre oculta en heces (SOH). Asimismo, se realizó una ecografía abdominal, una resonancia magnética pélvica así como una RMN pélvica. Las pruebas analíticas (calprotectina y SOH) resultan negativas y en las pruebas de imagen no se apreciaron estigmas de enfermedad inflamatoria intestinal. La histología de las biopsias cutáneas mostró trayectos fistulosos e inflamación crónica inespecífica, sin granulomas no caseificantes. La ecografía abdominal y la resonancia magnética pélvica no mostraron hallazgos compatibles con enfermedad inflamatoria intestinal, mientras que la colonoscopia y endoscopia digestiva fueron normales, descartando enfermedad de Crohn. La histología de las biopsias cutáneas mostró trayectos fistulosos e inflamación crónica inespecífica, sin granulomas no caseificantes.

Figura 2



Diagnóstico

Hidradenitis supurativa Hurley III con lesiones tipo pioderma gangrenoso

Tratamiento

El paciente ha recorrido un largo itinerario terapéutico, que refleja la complejidad y refractariedad de su enfermedad. Primeramente recibió la combinación de clindamicina y rifampicina durante tres meses en 2018, sin mejoría clínica. Ante la ausencia de respuesta, se pautó doxiciclina oral durante tres meses, sin cambios significativos en la actividad de la enfermedad. En abril de 2019 se inició adalimumab subcutáneo (SC) a dosis 40mg por semana (con inducción de 160mg en semana 0 y 80mg en semana 2). El paciente mantuvo el tratamiento varios meses con mejoría parcial, pero la adherencia fue irregular debido a un viaje prolongado al extranjero, lo que supuso un periodo de suspensión de tres meses. Al reiniciar el fármaco, la respuesta clínica fue escasa, por lo que se decidió suspenderlo en diciembre de ese mismo año. En ese momento, dada la extensión y gravedad de las lesiones, se decidió el ingreso hospitalario del paciente para cumplir un ciclo de ertapenem intravenoso durante 21 días, seguido de consolidación oral con moxifloxacino 400mg cada 24 horas, rifampicina 600mg cada 24h y metronidazol 500mg cada 8h durante seis semanas. El paciente experimentó una mejoría transitoria, con reducción de la supuración y dolor de las lesiones preexistentes, aunque sin mantenimiento de la respuesta de forma prolongada. En febrero de 2020 se optó por comenzar ustekinumab 80mg cada 8 semanas (inicio con inducción IV de 520mg por peso >85 kg).

Tratamiento

El paciente experimentó nuevos brotes con aparición de lesiones ulceradas en región infraumbilical que requirieron ciclos de doxiciclina VO. Además, se asoció metformina 850mg cad 12h y dapsona 50mg cada 12h. Tras un año y, ante la falta de eficacia, se decidió suspender ustekinumab. En Marzo de 2021 se prescribió guselkumab 100mg cada 4 semanas, suspendido a finales de 2022 por ineficacia. En enero de 2023 comenzó isotretinoína oral a dosis de 20mg/día, suspendido tras tres meses en abril de 2023 ante la ausencia de mejoría. Posteriormente, en mayo de 2023, se inició secukinumab a dosis de 300 mg cada dos semanas. A los seis meses, la respuesta seguía siendo insuficiente, con persistencia de fístulas drenantes y dolor significativo, por lo se suspendió. En noviembre de 2023 presentaba nódulos inflamatorios con 2 fístulas drenantes en axila derecha, varios nódulos nucales y varias fístulas en región infraabdominal. En ese momento mostraba un índice iHS4 22, HiSQOL 27 y EVA dolor 8. Se decidió comenzar bimekizumab, inicialmente en pauta estándar de 320 mg cada cuatro semanas. Dado que la mejoría fue parcial, en junio de 2024 se intensificó a 320 mg cada 2 semanas y precisó un nuevo ingreso para recibir tratamiento con ertapenem IV. Se decidió la intervención quirúrgica del complejo fistuloso infraabdominal y axilar derecho. Además, el paciente tuvo una actitud activa con pérdida de 40kg.

Figura 4



Comentario

Este caso ejemplifica la evolución de una hidradenitis supurativa de inicio precoz y curso extremadamente refractario, marcada por la falta de respuesta a la mayoría de antibióticos y biofármacos disponibles, así como por la necesidad de múltiples cirugías a lo largo de su evolución. La coexistencia de obesidad, diabetes y otras comorbilidades metabólicas añade complejidad al manejo y condiciona un peor pronóstico (1,2). En este sentido, la decisión de intensificar bimekizumab a dosis de 320mg cada 2 semanas ha sido fundamental para lograr buenos resultados clínicos, consiguiendo controlar la carga inflamatoria con un gran perfil de seguridad (3). La intensificación junto a las intervenciones quirúrgicas y al hecho de que el paciente haya disminuido 40kg de peso corporal ha sido clave para la efectividad del tratamiento, postulándose como una opción terapéutica muy útil y segura en el rescate de estos pacientes complejos (4, 5, 6).

Evolución

La intensificación del tratamiento junto a la intervención quirúrgica del complejo fistuloso infraabdominal y axilar, y gracias a una actitud activa por parte del paciente con pérdida de 40kg, fueron los responsables de la notable mejoría clínica con una gran reducción del dolor (figuras 3 y 4). El índice iHS4 disminuyó a 4, sin aparición de nuevas lesiones inflamatorias y persistiendo únicamente una fístula drenante a nivel infraabdominal. La escala HiSQOL disminuyó a 8 y la escala de dolor EVA se redujo a 3. No se produjo ningún efecto adverso relacionado con el tratamiento.

Figura 3



Bibliografía

1. Zouboulis CC, et al. Hidradenitis suppurativa: pathogenesis, clinical presentation, epidemiology, and comorbidities. *J Am Acad Dermatol*. 2023;88(2):327-340. doi:10.1016/j.jaad.2022.05.019
2. Ingram JR, et al. European S2k guidelines for hidradenitis suppurativa/acne inversa management. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2024;38(1):11-33. doi:10.1111/jdv.19045
3. Alikhan A, et al. Bimekizumab for hidradenitis suppurativa: results from two phase 3 trials. *Lancet*. 2023;402(10397):1107-1118. doi:10.1016/S0140-6736(23)01289-7
4. Frew JW, et al. Novel biomarkers and prognostic factors in hidradenitis suppurativa: an update. *Exp Dermatol*. 2024;33(4):e14876. doi:10.1111/exd.14876
5. Martorell A, et al. Surgical management of hidradenitis suppurativa: consensus recommendations from the Spanish HS Working Group. *Actas Dermosifiliogr*. 2022;113(9):851-861. doi:10.1016/j.ad.2022.06.010
6. Gulliver W, et al. Long-term real-world outcomes in hidradenitis suppurativa patients treated with biologics. *Br J Dermatol*. 2024;191(1):42-51. doi:10.1093/bjd/ljad213

48. Una serie de catastróficas desdichas.

Paciente con lupus eritematoso sistémico e hidradenitis grave con graves efectos secundarios desarrollados tras intento de control de su enfermedad con diferentes terapias sistémicas.

Mujer de 43 años con lupus eritematoso sistémico que en 2023 desarrolló hidradenitis supurativa complicada con fistulas anoperineales. Durante su evolución presentó múltiples efectos adversos relacionados con el tratamiento, incluyendo un síndrome DRESS tras dapsona, candidiasis mucocutánea bajo inhibidores de IL-17, una toxicodermia urticariforme por itraconazol y un herpes zóster multimetamérico. La asociación posterior de fistulas anoperineales con sospecha de enfermedad de Crohn en posible relación con IL-17 obligó a suspender los tratamientos. De forma concomitante un brote de lupus cutáneo con alopecia cicatricial grave mejoró con anifrolumab. Finalmente se planteó la introducción de risankizumab como opción más adecuada para abordar de forma conjunta la hidradenitis y la eventual enfermedad inflamatoria intestinal, evitando el riesgo de inducción de colitis descrito con los inhibidores de IL-17.

Anamnesis

Mujer de 43 años con antecedentes de lupus eritematoso sistémico con afectación cutánea y episodios de trombosis venosa superficial de repetición, en tratamiento con hidroxicloroquina.

En agosto de 2023 inicia con lesiones inflamatorias dolorosas en pliegues axilares, submamaros e inguinales compatibles con hidradenitis supurativa. Se ensayaron diversos antibióticos sistémicos como clindamicina, doxiciclina y moxifloxacino, todos suspendidos por intolerancia digestiva.

El intento de control de la enfermedad con dapsona desencadenó a los pocos días un cuadro con fiebre superior a 38 °C, exantema maculopapular difuso difuso de predominio en pliegues acompañado de edema facial (Fig1) y Fig2) y adenopatías laterocervicales, leucopenia y citólisis hepática, interpretado como síndrome DRESS.

La paciente requirió ingreso hospitalario y el cuadro se resolvió tras la retirada inmediata del fármaco y corticoterapia sistémica.



Figura 1. Exantema maculopapular en tronco y zona facial durante el episodio de síndrome DRESS tras dapsona.

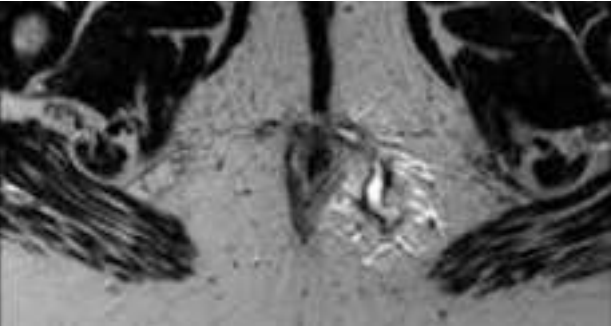


Figura 3. Fistulas transefiterianas en resonancia magnetica.

Exploraciones complementarias

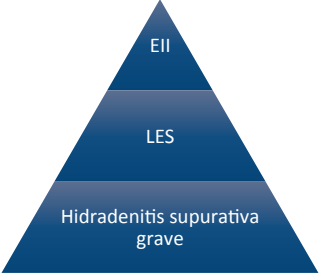
Posible Enfermedad de Chron Fistulizante

El estudio de las fistulas mediante ecografía endoanal y resonancia magnética pélvica puso de manifiesto trayectos rectovaginales y perianales complejos (Fig3), mientras que la colonoscopia, la resonancia magnética abdominal y la calprotectina resultaron normales.

Lupus con afectación de cuero cabelludo

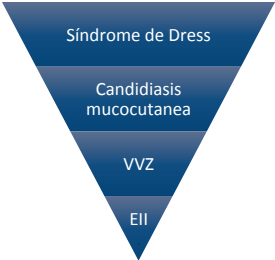
- La biopsia de cuero cabelludo reveló dermatitis perianexial crónica con atrofia sebacea y fibrosis, hallazgos que apoyaron el diagnóstico de lupus erosivo en la correlación clínico-patológica.
- Los estudios inmunológicos mostraron ANA positivos, anti Ro elevados y anti RNP Sm positivo, con complemento normal y ausencia de anticuerpos antifosfolípido.

Diagnóstico



La paciente presenta lupus eritematoso sistémico con afectación cutánea crónica en forma de lupus erosivo de cuero cabelludo, asociado a hidradenitis supurativa complicada con fistulas anoperineales y sospecha de enfermedad de Crohn fistulizante no confirmada.

Durante su evolución desarrolló un síndrome DRESS secundario a dapsona, candidiasis mucocutánea y vestibulitis nasal en relación temporal con inhibidores de la interleucina 17, un episodio de herpes zóster multimetamérico y un riesgo potencial de inducción de EII asociado a estos fármacos.



Anamnesis

El rápido empeoramiento de la hidradenitis, con desarrollo de trayectos fistulosos inguinales de gran tamaño, motivó la introducción de tratamiento biológico.

- En diciembre de 2023 se inició secukinumab, que consiguió cierto control clínico, pero precipitó un intertrigo candidiásico que progresó a candidiasis mucocutánea generalizada, lo que obligó a instaurar itraconazol oral. Este fármaco provocó, a su vez, una toxicodermia urticariforme.
- En julio de 2024 se cambió a bimekizumab, con el que se logró reducir los nódulos inflamatorios, aunque al mes de iniciado se produjo una candidiasis orofaríngea y un episodio de herpes zóster multimetamérico que requirió hospitalización y tratamiento antiviral.

De manera concomitante, durante ese mismo año aparecieron placas eritematosas y costrosas en el cuero cabelludo acompañadas de alopecia cicatricial grave (Fig2), hallazgos que fueron compatibles clínico patológicamente con lupus cutáneo de cuero cabelludo



Figura 2. Placas eritemato costrosas en cuero cabelludo con alopecia cicatricial por afectación lúpica.

Exploración física

Hidradenitis Durante los brotes de actividad de hidradenitis se observaron nódulos inflamatorios y abscesos en axilas, región inframamaria e ingles, con formación de túneles y trayectos fistulosos, además de cicatrices residuales en las zonas afectadas.	Alopecia por lupus erosivo de cuero cabelludo En el cuero cabelludo se identificaron placas eritemato costrosas dolorosas con áreas de alopecia cicatricial en región occipito parietal en relación a lupus cutáneo.	Posible Enfermedad de Chron Fistulizante En el año 2025 la paciente presentó empeoramiento a nivel anoperineal con la aparición de fistulas rectovaginales y perianales complejas que precisaron intervención quirúrgica con colocación de setones.
--	---	--

Tratamiento

Lupus

La paciente recibió hidroxicloroquina y corticoides para el lupus cutáneo en distintos periodos. Ante la progresión cutánea y la dificultad de manejo multidisciplinar, se introdujo anifrolumab con buena respuesta clínica

Hidradenitis Supurativa

Tras intentos fallidos dapsona y antibióticos sistémicos para el control de la hidradenitis, se paularon tratamientos biológicos frente a interleucina 17 (secukinumab y bimekizumab), que lograron un control parcial de la enfermedad cutánea, pero se suspendieron por la aparición de infecciones mucocutáneas recurrentes y reacciones adversas.

Estos fármacos, además, se han vinculado con la inducción o agravamiento de enfermedad inflamatoria intestinal, un hecho relevante en esta paciente tras el desarrollo de fistulas anoperineales complejas con sospecha de Crohn fistulizante.



Evolución



Nuevas perspectivas

La introducción de anifrolumab supuso un punto de inflexión con mejoría clara de las lesiones de lupus cutáneo y ausencia de nuevos brotes significativos de hidradenitis supurativa que controla con corticoides y antibióticos tópicos.

Actualmente se valora la introducción de risankizumab, inhibidor de la vía de la IL-23, como estrategia terapéutica que permita controlar de forma conjunta la hidradenitis y la posible enfermedad inflamatoria intestinal, con un perfil de seguridad más favorable frente al riesgo de candidiasis y sin la limitación del potencial efecto proinflamatorio intestinal descrito para los inhibidores de IL-17.

Comentario

- Este caso refleja la **difícultad del manejo de pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas** que comparten mecanismos inmunológicos y que, al mismo tiempo, presentan una notable **susceptibilidad a los efectos adversos de los tratamientos**.
- La sucesión de complicaciones ilustra una auténtica **cascada iatrogénica** que abarcó desde toxicodermias graves como el síndrome DRESS y la urticariforme, hasta infecciones mucocutáneas recurrentes bajo inhibidores de IL-17 y un herpes zóster de distribución multimetamérica.
- La experiencia resulta especialmente ilustrativa porque los inhibidores de IL-17, además de las infecciones mucocutáneas, se han asociado en la literatura a la inducción o agravamiento de enfermedad inflamatoria intestinal, un hecho de especial relevancia en pacientes con **hidradenitis supurativa de localización anoperineal**.
- La importancia de la farmacovigilancia, la selección individualizada de terapias biológicas y el abordaje multidisciplinar se refuerzan como pilares esenciales en la atención de pacientes complejos con lupus eritematoso sistémico, hidradenitis supurativa y sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal.



Bibliografía

1. Kardaun SH, Sekula P, Valeyrie-Allanore L, et al. Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS): an original multisystem adverse drug reaction. Results from the RegiSCAR study. Br J Dermatol. 2013;169(5):1071-80.

2. Sassolas B, Haddad C, Mockenhaupt M, et al. ALDEN, an algorithm for assessment of drug causality in Stevens–Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: comparison with case–control analysis. Clin Pharmacol Ther. 2010;88(1):60-8.

3. Morand EF, Furie R, Tanaka Y, et al. Trial of anifrolumab in active systemic lupus erythematosus. N Engl J Med. 2020;382(3):211-21.

4. Jemec GBE, Okun MM, Forman SB, et al. Secukinumab for moderate-to-severe hidradenitis suppurativa (SUNSHINE and SUNRISE): two phase 3 randomised controlled trials. Lancet. 2023;401(10379):747-61.

5. Hueber W, Sands BE, Lewitzky S, et al. Secukinumab, a human anti–IL-17A monoclonal antibody, for moderate to severe Crohn’s disease: unexpected results of a randomized controlled trial. Gut. 2012;61(12):1693-700.

6. Schreiber S, Reich K, Lebowitz M, et al. Incidence rates of inflammatory bowel disease in patients receiving secukinumab, ixekizumab or brodalumab: a systematic review. Aliment Pharmacol Ther. 2019;50(5):558-69.

7. Pavel AB, Zhou L, Diaz A, et al. Risk of new-onset inflammatory bowel disease under IL-17 inhibitors: a review of the literature and pharmacovigilance databases. Front Pharmacol. 2023;14:10076642.

8. Davidson L, van der Mei I, Magnuson A, et al. Risk of candidiasis with interleukin-17 inhibitors: a systematic review and meta-analysis. Ther Adv Infect Dis. 2021;8:1-11.

9. D’Haens G, Panés J, Ferrante M, et al. Risankizumab as induction and maintenance therapy for Crohn’s disease. Lancet. 2022;399(10340):2015-31.

10. Chen WT, Chi CC. Risk of inflammatory bowel disease in patients with hidradenitis suppurativa: a systematic review and meta-analysis. JAMA Dermatol. 2019;155(9):1022-30.

49. Desafiando mitos: biológicos en inmunosupresión controlada.

Este caso subraya que, con un abordaje multidisciplinario y personalizado, la terapia biológica en hidradenitis supurativa puede ser eficaz y segura incluso en el desafiante contexto de un paciente con VIH.

Varón de 46 años con VIH desde 2006, en tratamiento antirretroviral, remitido a la Unidad de Hidradenitis Supurativa (HS) por lesiones dolorosas y recurrentes en glúteos, espalda y axilas. La exploración mostró nódulos inflamatorios y fistulas drenantes axilares, en espalda y en región glútea, con lesiones cicatriciales crónicas (Hurley III, IHS4 19); la ecografía axilar confirmó trayectos fistulosos compatibles con HS activa. Los tratamientos antibióticos previos, incluyendo doxiciclina, minociclina y amoxicilina, resultaron insuficientes para controlar la enfermedad. El cribado prebiológico evidenció sífilis latente tardía, tratada con penicilina benzatina previo a inicio de tratamiento con adalimumab. Progresivamente se observó mejoría clínica significativa, reducción de brotes supurativos y control de la inflamación. La terapia fue bien tolerada, sin complicaciones infecciosas ni alteración en el control del VIH, demostrando seguridad y eficacia. Este caso evidencia que, con un abordaje multidisciplinario y personalizado, el uso de biológicos en HS puede ser una alternativa efectiva y segura en pacientes con inmunosupresión controlada, subrayando la importancia de la coordinación entre dermatología e infectología y la individualización del manejo para optimizar la calidad de vida y minimizar riesgos infecciosos.

Anamnesis



Varón de 46 años



VIH desde 2006, bien controlado en tratamiento antirretroviral*



Remitido a la **Unidad de HS** por abscesos y fistulas en glúteos, espalda y axilas, tratados con antibióticos (doxiciclina, minociclina, amoxicilina...)

HS: hidradenitis supurativa; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

*elvitegravir, cobicistat, emtricitabina y tenofovir alafenamida

Exploración física



Fig. 1. Lesiones de HS en regiones axilares: nódulos y fistulas drenantes en axila izquierda (A) y derecha (B), evidenciando actividad inflamatoria bilateral.

Exploración física



Fig. 2. Lesiones de HS en parte superior de espalda, con nódulos, fistulas drenantes y lesiones cicatriciales, reflejando actividad inflamatoria crónica y extensión de la enfermedad



Fig. 3. Lesiones inflamatorias de HS en región glútea con predominio de folículos, nódulos y fistulas ocasionales, evidenciando actividad crónica de la enfermedad

Hurley 2

IHS4 19

IHS4: International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System.

Exploraciones complementarias

PRUEBA DE IMAGEN

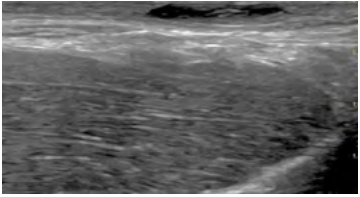


Fig. 4. Ecografía axial que muestra una imagen sugestiva de fístula inflamatoria, característica de HS activa

Exploraciones complementarias

Serologías pre-biológico:

- *Treponema pallidum* AC TPHA: positivo, RPR 1/32
- VIH-RNA indetectable, CD4: 1096 cel/mm. Índice CD4/CD8: 1.08
- VHA: AC positivo (>100)
- VHB AG S negativo
- VHB CORE anticuerpo positivo
- VHB S anticuerpo positivo
- AC VHC negativo

AC: anticuerpos; AG: antígeno; RPR: Rapid Plasma Reagin (prueba no treponémica para sífilis activa); TPHA: Treponema pallidum Hemagglutination Assay (prueba para sífilis); VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; VHA: virus de la hepatitis A; VHB: virus de la hepatitis B; VHC: virus de la hepatitis C.

Tratamiento



Indicamos adalimumab

160 mg semana 0, 80 mg semana 2 y 40 mg semanal

Evolución



- El paciente presentó una evolución favorable tras el inicio del tratamiento biológico, con mejoría significativa de las lesiones inflamatorias y reducción de los brotes supurativos a largo plazo.
- La terapia ha demostrado ser segura pese a su condición de inmunosupresión controlada, sin aparición de complicaciones infecciosas ni descompensación del VIH

Exploraciones complementarias



Interconsulta a Infecciosas

- **Sífilis latente tardía:** Penicilina G Benzatina 2'4 mil. UI. Repetir a la semana y dos semanas
- **Puede iniciar ADA al mes** de tratamiento
- Monitorizar cada 3-6 meses: ALT, VHB AgS, ADN VHB

Diagnóstico

HIDRADENITIS SUPURATIVA EN PACIENTE CON VIH

Comentario

Manejo de HS en paciente VIH

- El manejo de la hidradenitis supurativa en pacientes con VIH y coinfecciones como sífilis latente requiere un enfoque integral y coordinado¹.
- Los antibióticos no solo controlan los brotes cutáneos, sino que aportan beneficios adicionales frente a infecciones oportunistas, aunque se debe extremar la precaución con rifampicina por su interacción con terapias antirretrovirales.
- El uso de terapias biológicas debe considerarse tras cribado exhaustivo² y coordinación estrecha con Infecciosas, evaluando carga viral, recuento de CD4 y estabilidad del VIH.
- Este caso evidencia que un abordaje personalizado, multidisciplinario y cuidadoso permite controlar la enfermedad inflamatoria crónica sin comprometer la inmunidad del paciente, optimizando la calidad de vida y minimizando riesgos infecciosos^{3 4}.

HS: hidradenitis supurativa; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Bibliografía

1. Mallela T, Passannante L, Patel H, Onyeji L, Sayed C. Management of hidradenitis suppurativa in special populations: A narrative review. Dermatol Ther (Heidelb) [Internet]. 2025;15(8):1985–98.
2. Kozera EK, Porter M, Paek SY, Mintoff D, McMeniman E, Oon HH, et al. Infectious disease screening prior to systemic immunomodulatory therapy in hidradenitis suppurativa: Consensus guidelines from the Asia-pacific hidradenitis suppurativa foundation. Dermatology [Internet]. 2024;240(3):494–506.
3. Garg A, Hsiao J, Porter ML, Shi V. Current treatments and future directions for hidradenitis suppurativa: A narrative review of completed and ongoing phase 3 clinical trials of biologic therapies. Dermatol Ther (Heidelb) [Internet]. 2025;15(9):2361–77
4. Alhusayen R, Dienes S, Alhusayen R, Dienes S, Lam M, Alavi A, Alikhan A, Aleshin M, et al. North American clinical practice guidelines for the medical management of hidradenitis suppurativa in special patient populations. J Am Acad Dermatol [Internet]. 2025;92(4):825–52.

50. Cortar por lo sano: ¿un tratamiento definitivo de la hidradenitis?

El interés del caso reside en el enfoque quirúrgico de esta enfermedad cuando se halla en una situación estacionaria.

Varón de 66 años que presenta una hidradenitis supurativa localizada en zona de glúteo derecho que comenzó como un nódulo inflamatorio que se controló con un ciclo de antibióticos orales. Posteriormente desarrolló fistulas con abundante supuración y se decidió tratamiento con un inhibidor de la IL-17. Con esto se controló completamente del componente dinámico, aunque persistía componente estático por lo que se decidió tratamiento quirúrgico con exéresis de la zona fistulosa con posterior cicatrización y resolución del cuadro.

Anamnesis

Varón de 66 años, ex fumador hace años como único antecedente de interés. Consulta por lesiones de aproximadamente un año de evolución en zona glútea con empeoramiento en el último mes, con episodios de supuración.

Evolución

Con la antibioterapia oral tuvo una buena evolución inicial, pero la respuesta fue insuficiente con aparición de más lesiones, por ello se asoció secukinumab.

Tras dos meses de tratamiento con el inhibidor de la IL-17 se aprecia gran mejoría clínica con desaparición del componente dinámico (Fig2).

Persistencia de componente estático a nivel de glúteo derecho (Fig.3).

Por lo tanto se decidió tratamiento quirúrgico con exéresis de las lesiones residuales y sutura directa.

Tras la cirugía el resultado es de ausencia completa de enfermedad. De esta manera, el paciente no presenta síntomas de la enfermedad con un resultado estético aceptable (Fig4).

Evolución



Figura 2. Evolución tras dos meses de tratamiento con inhibidor de la IL-17

Exploración física

Presenta trayectos fistulosos dolorosos en glúteo derecho y pliegue interglúteo con formación de un absceso fluctuante muy doloroso, cicatrices y tejido de granulación (Fig. 1).

No lesiones a nivel inguinal, axilar ni a otros niveles.



Figura 1. Absceso en glúteo derecho con aparición de pequeñas lesiones de aspecto granulomatoso en zona interglútea

Exploraciones complementarias

Se tomó un cultivo tras drenaje del absceso en el que se aisló microbiota habitual.

Se solicitó una analítica sanguínea en la que destacaba una VSG de 35 mm/h (límite superior 20), una hemoglobina glicosilada en rango de prediabetes, una calprotectina fecha negativa y unos anticuerpos antinúcleo (ANA) a títulos 1/320.

Diagnóstico

Hidradenitis supurativa (HS) Hurley II

Tratamiento

Se decidió tratamiento antibiótico oral con clindamicina 300 mg cada 12 horas y rifampicina 300 mg cada 12 horas durante 30 días y

Evolución

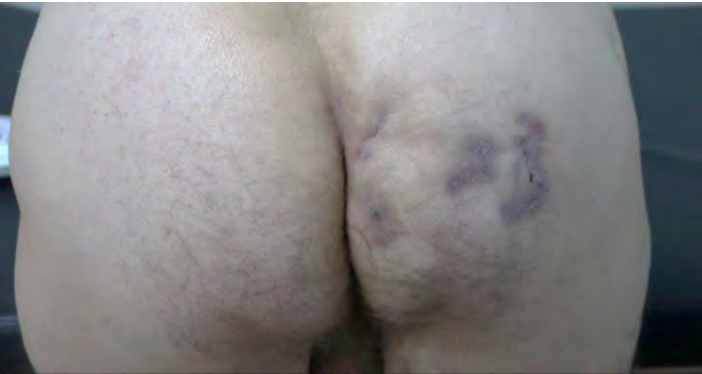


Figura 3. Estado antes de la cirugía, con un componente estático en forma de cicatrices y pequeñas fistulas no supurativas

Evolución



Figura 4. Resultado postquirúrgico, paciente libre de enfermedad con un resultado estético aceptable

Comentario

El tratamiento quirúrgico en la HS en muchos casos es relegado a otras especialidades y en pocos casos es considerado una opción terapéutica asequible en nuestros pacientes.

Sin embargo, debemos recordar que la escisión local es la modalidad más eficaz para lograr el control local de la enfermedad a largo plazo y reducir la recurrencia, en particular cuando hay cambios irreversibles en los tejidos (1-4).

Para lesiones agudas, se prefiere el deroofing a la simple incisión y drenaje, ya que se asocia con menores tasas de recurrencia y mayor satisfacción del paciente. La incisión y el drenaje generalmente se reservan para abscesos grandes y no recurrentes cuando otras opciones no son viables (1).

Bibliografía

1. Alikhan A, Sayed C, Alavi A, Alhusayen R, Brassard A, Burkhart C, et al. North American clinical management guidelines for hidradenitis suppurativa: A publication from the United States and Canadian Hidradenitis Suppurativa Foundations: Part I: Diagnosis, evaluation, and the use of complementary and procedural management. J Am Acad Dermatol. 2019 Jul;81(1):76-90. doi: 10.1016/j.jaad.2019.02.067.

2. Wong HS, Jiang JY, Huang SD, et al. A review of surgical and reconstructive techniques for hidradenitis suppurativa. Arch Dermatol Res. 2024;316(6):270. doi:10.1007/s00403-024-03000-5.

3. Jemec GB. Hidradenitis suppurativa. N Engl J Med. 2012;366(2):158-64. doi:10.1056/NEJMcpt1014163.

4. Manfredini M, Garbarino F, Bigi L, Pellacani G, Magnoni C. Surgical and postsurgical wound care in hidradenitis suppurativa. Dermatol Ther. 2020;33(3):e13282. doi:10.1111/dth.13282.

51. La paradoja de curar: una herida que sana.

En la práctica clínica, muchas veces nuestro objetivo es “curar sin herir”, pero en determinados escenarios terapéuticos –como el tratamiento de fistulas complejas– la creación controlada de una herida quirúrgica puede ser, precisamente, el medio para alcanzar la curación. Este caso pone en valor la importancia de la estrategia de curas como parte activa y planificada del tratamiento, no solo como un cuidado posterior, destacando el impacto de una buena elección de productos y técnicas en la evolución clínica y funcional del paciente.

Presentamos el caso de un varón de 42 años con enfermedad fistulosa localizada tratada mediante extirpación con CO₂ laser y curas avanzadas con óxido de zinc y apósitos de alginato cálcico. La combinación de una técnica quirúrgica precisa y un plan de curas estructurado permitió lograr epitelización completa en tres semanas, con buena tolerancia, mínima carga asistencial y sin complicaciones. Este abordaje ejemplifica cómo la curación de heridas bien planificada puede ser tan decisiva como la intervención quirúrgica en sí.

Anamnesis

Antecedentes Personales

- Varón de 42 años
- Fumador
- No otros antecedentes médicos relevantes
- Como antecedente quirúrgico destaca sinus pilonidal intervenido en 20215
- No tratamiento habitual

Enfermedad actual

Fue remitido a nuestras consultas para valoración de lesiones cutáneas en regiones inguinal , axilar y genital.

Previamente había recibido múltiples tratamientos antibióticos tópicos y sistémicos.

El paciente refiere episodios recurrentes de dolor, inflamación y supuración en la ingle derecha, con molestias funcionales y afectación de la calidad de vida. No fiebre ni síntomas sistémicos.

Exploración física

A la inspección presenta: una fistula drenante activa en ingle derecha, una fistula no drenante en axila izquierda y zona sacra cicatrizada sin signos de recidiva.

Clasificación Hurley II e IHS4 4 puntos



Exploraciones complementarias

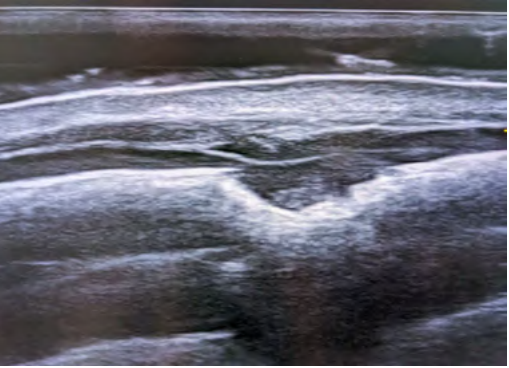
Ecografía de partes blandas:

Fistula axilar izquierda con trayecto único, sin colecciones asociadas.

Analítica sanguínea:

Hemograma, función renal y hepática, PCR sin alteraciones significativas.

No se realizaron otras pruebas de imagen ni cultivos por ausencia de sobreinfección.



Diagnóstico

Hidradenitis supurativa Hurley II con fistula drenante en ingle derecha y fistula no drenante en axila izquierda, sin signos sistémicos de infección.

Tratamiento

Extirpación de trayecto fistuloso con láser CO₂ tras marcaje ecográfico.

Curas locales con aplicación de óxido de zinc en crema perilesional y en solución intralesional; cobertura con apósito de alginato cálcico con espaciamento progresivo de las curas; vigilancia ambulatoria.



Bibliografía

- Schwacha MG, et al. Impact of Thermal Injury on Wound Infiltration and the Dermal Inflammatory Response. J Surg Res. 2010;158(1):112.
- Arslan K, et al. Comparison of Topical Zinc Oxide and Silver Sulfadiazine in Burn Wounds. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2012;18(5):376–383.
- Stynes G, et al. Alginate dressings on superficial partial thickness burns. J Burn Care Res. 2022;44(4):905–913.
- Mikkelsen PR, Dufour DN, Zarchi K, Jemec GB. Recurrence Rate and Patient Satisfaction of CO₂ Laser Evaporation of Lesions in HS. Dermatol Surg. 2015;41(2):255–260.
- Sechi A, Caposiena Caro RD, Michelucci A, et al. CO₂ Laser Versus Surgical Deroofing for HS Tunnels. Dermatol Surg. 2025;51(4):389–395.
- Saunte DML, Jemec GBE. Laser and Intense Pulsed Light in the Treatment of HS. Clin Dermatol. 2023;41(5):628–638.
- Fortoul MC, et al. Laser Therapy for HS. Ann Plast Surg. 2023;91(6):758–762.
- Alikhan A, Sayed C, Alavi A, et al. North American Guidelines for HS. J Am Acad Dermatol. 2019;81(1):76–90.
- Ji S, et al. Consensus on the Treatment of Second-Degree Burn Wounds. Burns & Trauma. 2024;12:tkad061.
- Lloyd ECO, Rodgers BC, Michener M, Williams MS. Outpatient Burns: Prevention and Care. Am Fam Physician. 2012;85(1):25–32.

Evolución

En la revisión a las 3 semanas se observó granulación completa de la herida axilar, con epitelización avanzada, sin signos de infección ni necrosis.

El paciente refirió buena tolerancia al tratamiento, con disminución del dolor y menor frecuencia de curas progresiva.



Comentario

La fisiopatología de la cicatrización de heridas agudas involucra una secuencia ordenada de fases inflamatoria, proliferativa y de remodelación (1). En este contexto, el uso de productos como el óxido de zinc favorece la epitelización temprana y la formación de un lecho húmedo estable (2), mientras que los apósitos de alginato cálcico permiten manejar el exudado y reducir la frecuencia de curas (3). Por otro lado, el láser CO₂ representa una herramienta quirúrgica eficaz para el tratamiento de túneles y fistulas en hidradenitis supurativa localizada, permitiendo una ablación precisa con escasa afectación tisular adyacente, tiempos de curación más cortos, menor dolor postoperatorio y elevada satisfacción del paciente (4–7). Esta estrategia se integra como alternativa válida a la cirugía convencional en pacientes seleccionados (8–10).

Autores

1. Dolor abdominal inespecífico en paciente con hidradenitis supurativa facial y celulitis disecante del cuero cabelludo.

Alfonso Gotor Rivera¹, Borja González Rodríguez¹, Emilia García Rivera¹, Eva Chamorro Jiménez¹, María Ángeles Cabezón Hedo², Raquel Rivera Díaz¹. | 1. Servicio de Dermatología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. 2. Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

2. Nódulos, fístulas y cicatrices: cuando la hidradenitis no lo explica todo.

Mar Rodríguez Troncoso¹, José María Llamas Molina¹, Beatriz Rueda Villafranca², Juan Pablo Velasco Amador¹, María Zulaika Lloret¹, Ricardo Ruiz Villaverde¹. | 1. Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada. 2. Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

3. Cuando el biológico deja de funcionar.

Manuel Gómez-Oliti Pérez, Juan Carlos Romera Pallarés, Blanca Rebollo Caballero, Antonio Peralta Vázquez, María Encarnación Giménez Cortés, Javier Ruiz Martínez. | Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia

4. Hidradenitis supurativa severa y linfedema escrotal: un reto terapéutico.

Carmen Mochón Jiménez, Andrea Ballesteros Antúnez, Irene Suárez Vergne, Juan De Luque Fernández, Miguel Juan Cencerrado. | Departamento de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

5. No son solo granos.

Cristian Fernando Caballero Linares, Fernando Alfageme Roldán. | Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid.

6. Abordaje diagnóstico y terapéutico de una hidradenitis supurativa refractaria: cuando la presentación pediátrica atípica revela un síndrome genético subyacente.

Marc Armengol Gairi¹, Jorge Romani de Gabriel¹, Lucía Rodríguez Díez², Antonio Guilbert Vidal¹. | 1. Servicio de Dermatología, Hospital General de Granollers. 2. Servicio de Pediatría, Hospital General de Granollers.

7. Un enemigo oportunista en la hidradenitis supurativa.

Noelia García Muñoz¹, Luis Feito Sancho¹, María José Uria González², Abraham Santa Cruz Martín¹, Marta Folcrá González¹, Leticia Calzado Villarreal¹. | 1. Departamento de Dermatología, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid. 2. Departamento de Microbiología Clínica, UR Salud UTE-laboratorio central, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid.

8. Más allá de la afectación cutánea: hidradenitis supurativa como enfermedad inflamatoria sistémica.

Laura Moreno Hernández, Inés Gracia Darder, María Nazaret Olmos García, Andreu Munar Llabrés, Juan Gabriel Garcias Ladaria. | Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

9. Manejo quirúrgico de hidradenitis supurativa abdominal avanzada.

José Manuel Sánchez Sánchez, Celia Campoy Carreño, Lucía García Almazán, Fernando Alarcón Soldevilla. | Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Santa María del Rosell, Cartagena, Murcia.

10. Más allá de la supuración: un sangrado que llama la atención.

Elena de Jesús García Verdú¹, Paola Merlo Gómez¹, Laura Martínez Alcalde¹, Alicia Urbano Bueno¹, María Dolores Vélez Velázquez², Laura María Pericet Fernández¹. | 1. Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Príncipe de Asturias. 2. Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

11. Hidradenitis supurativa en cuero cabelludo: expresión infrecuente dentro de la tétrada de oclusión folicular.

Lucía García Almazán, José Manuel Sánchez Sánchez, Celia Campoy Carreño. | Servicio de Dermatología del Hospital Santa María del Rosell, Cartagena, Murcia.

12. Lesiones exofíticas eritematosas vulvares: claves para el diagnóstico diferencial de dos entidades.

Aida Lara-Moya, Anna Porta-Vila, Antonio Daviu-Cofré, Rafael Garrido-Nevado, Patricia Garbayo-Salmons. | Parc Taulí Hospital Universitari. Institut d'Investigació i Innovació Par Taulí (I3PT-CERCA). Universitat autònoma de Barcelona, Sabadell.

13. Una enfermedad cutánea devastadora con secuelas sistémicas.

Belinda Roque Quintana¹, María Pilar de la Rosa Rey², Elena Castro González¹. | 1. Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrin. 2. Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrin.

14. Hidradenitis supurativa y espondiloartritis: dos caras de la inflamación crónica.

Celia Campoy Carreño, Lucía García Almazán, José Manuel Sánchez Sánchez, Fernando Alarcón Soldevilla. | Servicio de Dermatología del C. H. Universitario Santa María del Rosell - Santa Lucía, Cartagena, Murcia.

15. Más allá de la hidradenitis: un fenotipo inflamatorio desafiante con respuesta a bloqueo dual de IL-17.

Fabià Torres-Betato, Eva Vilarrasa. | Unidad de Hidradenitis, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

16. Abordaje de los pacientes con hidradenitis supurativa: a propósito de un caso.

Aina Estany-Bécares, Gloria Aparicio Español. | Servicio de Dermatología Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona.

17. Sinergia terapéutica en hidradenitis supurativa: vareniclina como aliada en la optimización de la respuesta a bimekizumab.

Álvaro Sánchez Leiro, Begoña Ruz Portero, Teresa Ojeda Vila, David Moreno Ramírez. | UGC de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

18. Relato del despertar del dragón dormido y cómo volver a amansarlo: aparición de una nueva lesión sobre hidradenitis de larga evolución.

Alonso García Núñez¹, Ismael Khlar Fernández¹, Lucas Franco Moralo¹, Juan Ortiz Álvarez², Guiovana Osorio Gómez¹. | 1. UGC de Dermatología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. 2. Servicio de Dermatología, Hospital Público de Verín, Orense.

19. Desafío diagnóstico y terapéutico en un caso de hidrosadenitis supurativa con lesiones vegetantes.

Marc Aparicio, Helena Escolà, Natalia Losa Zuazu, Álvaro March Rodríguez, Fernando Gallardo, Gemma Martín-Ezquerria | Departamento de Dermatología, Hospital del Mar, Barcelona.

20. Lesiones inflamatorias recurrentes en axilas.

Nerea Infante Gonzalo, Natalia Valero Montalvo, Paula Arratibel Goenaga, Sandro de Urban Chamorro San Juan, Nerea Ormaechea Pérez, Hirune Cembrero Saralegui. | Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Donostia.

21. Caso clínico de hidradenitis supurativa: Manejo con Inhibidores de IL-17 y terapia antitabaco.

Begoña Ruz Portero, Álvaro Sánchez Leiro, Teresa Ojeda Vila, David Moreno Ramírez. | Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

22. Tratamiento del dolor asociado a hidradenitis supurativa con bimekizumab.

Lourdes Fajardo Lucena, Fernando Alfageme Roldán. | Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid.

23. De la frustración a la esperanza: respuesta a bimekizumab en hidradenitis supurativa severa juvenil.

Laura Fernández de la Fuente, Eduardo Esteban Garrido, Sara Herrero Ruiz, Almudena Hernández Núñez, Begoña Echeverría García, Alberto Romero Maté. | Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

24. Sorpresas en el quirófano: tips para un correcto abordaje de situaciones inesperadas.

María Estrella Cobos Bonilla, Juan Manuel Segura Palacios, Magdalena de Troya Martín. | Hospital Universitario Costa del Sol, Marbella.

25. Nódulos y fístulas refractarias: respuesta rápida al bloqueo dual de IL-17.

Roberto Daza García¹, Giovana Fernanda Osorio Gómez². | 1. Residente de Dermatología del Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. 2. Médico especialista en Dermatología del Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

26. Hiperpigmentación y supuración en pliegues: algo más que hidradenitis supurativa.

Patricia Bodas Gallego¹, María Criado Otero¹, Sara Mateos Navarro¹, Alberto José González Álvarez¹, Héctor Perandones González¹ | 1 Servicio de Dermatología, Complejo Asistencial Universitario de León.

27. Cuando la causa se revela.

Javier Lara Trigo, Pablo Marino Castro García. | Servicio de Dermatología Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona.

28. Evolución de un caso de hidradenitis supurativa inflamatoria grave con secukinumab tras desarrollo de anticuerpos anti-adalimumab: devolviendo la calidad de vida a nuestros pacientes.

Alicia Urbano Bueno^{2,2}, Laura María Pericet Fernández¹, Elena de Jesús García Verdú¹, Paola Merlo Gómez², Laura Martínez Alcalde¹, Blanca Jiménez del Peso¹. | 1 Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid.

29. Lesiones inflamatorias cutáneas dolorosas con evolución tórpida y múltiples comorbilidades asociadas.

Elena Sánchez Romero, Teresa González de las Heras, Elías Alejandro Albarrán Coria, Claudia Álvargonzález Fernández, Rubén Barros Tornay. | Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, Asturias.

30. Manejo alternativo de pacientes con fístulas epitelizadas.

Adrián Alfonso Álvarez¹, Mario Dávila Panzano¹, Miguel Pena López¹, Alba Sánchez Ortas². | 1. R2 de Dermatología del Hospital Universitario La Paz, Madrid. 2. Adjunta de Dermatología del Hospital Universitario La Paz, Madrid.

31. Hidradenitis, diabetes, cirugía y secukinumab.

Fernando Rodríguez García. | Servicio de Dermatología, Hospital La Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

32. Mutación en PSENEN como clave terapéutica en un paciente con hidradenitis supurativa y enfermedad neurológica.

Juan Jiménez Cauhé, Pablo Fernández Gonzalez. | Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

33. Un fenotipo complejo de hidradenitis: aproximación clínica y genética.

Dominguez Lirón N, Dols Casanova L, Pascual Ramírez JC. | Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante.

34. Mas allá del anti-TNF: respuesta clínica en afectación glútea grave.

Jorge Martín-Nieto González, Belén Rodríguez Sánchez, Marina de la Puente Alonso, Daniel de Ramón Rueda, Luis Jiménez Briones, Cristina Ciudad Blanco. | Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

35. Bajo las cicatrices: una curación inesperada.

Miguel Pena Lopez, Adrián Alfonso Álvarez, Mario Dávila Panzano, Alba Sánchez Orta, Pedro Herranz Pinto. | Hospital Universitario La Paz, Madrid.

36. Una paradoja inesperada.

Jose María Camino Salvador, Isabel Zapata Martínez, Javier Torres Marcos, Alicia Fernández Martínez, Consuelo Sánchez Herreros, Clara Chiloeches Fernández, Esther Eusebio Murillo. | Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Guadalajara.

37. La vía Th17 como brújula terapéutica.

Belén Rodríguez Sánchez, Jorge Martín-Nieto González, Luis Jiménez Briones, Luis Zamarro Díaz, Andrea Fuentes Bellas, Cristina Ciudad Blanco. | Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

38. Tocilizumab como opción terapéutica en un paciente con síndrome autoinflamatorio refractario.

Pablo Balado-Simó, Irene Fuertes de Vega. | Servicio de Dermatología, Hospital Clínic de Barcelona, Universitat de Barcelona.

39. Alternativas quirúrgicas en el manejo dermatológico de la hidradenitis supurativa.

Luis Feito Sancho, Abraham Santa Cruz Martín, Marta Folcrá González, Noelia García Muñoz, Alberto Sáez Vicente, Leticia Calzado Villarreal. | Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid.

40. Fístula perineal anterior persistente: un reto en el diagnóstico diferencial de la hidradenitis supurativa.

Ana Rebolledo Ruiz, Laura Alonso Naranjo, Pedro Álamo Naranjo, María Luisa Suárez Rizkallal, Elena Castro González, Irene Castaño González. | Dermatología, Hospital Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

41. Vivir sin poder sentarse: abordaje integral con terapia biológica y cirugía.

Mª del Señor Gómez Marín, Pablo Fernández-Crehuet Serrano. | Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

42. Supuración en resolución: respuesta a bimekizumab.

Pablo Sánchez Balsalobre, María Castillo Landete, Julia Román Gómez, Lucía Alonso Navarro, Diego López Martínez, Carolina Pereda Carrasco. | Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

43. Un túnel hacia la esperanza: control de una hidradenitis supurativa refractaria con bimekizumab.

María Castillo Landete, Pablo Sánchez Balsalobre, Alejandro Valero Solera, Marta Segado Sánchez, José Juan Parra García, Carolina Pereda Carrasco. | Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

44. Abordaje multimodal complejo de la hidradenitis supurativa grave combinando nuevas dianas terapéuticas y cirugía.

Victoria Martínez Sernández, Marcos Oro Ayude, Emma Romeo Iglesias, Guillermo López González, Laura Salgado Boquete. | Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

45. Cuando los planes cambian: la importancia de la ecografía en la hidradenitis supurativa.

Omar Al-wattar Ceballos, Marina Montero García, Mónica Gómez Manzanares, Víctor Haro González-Vico, Marcos Carmona Rodríguez. | Servicio de Dermatología del Hospital General Universitario de Ciudad Real.

46. Más allá de las cicatrices: la oportunidad de empezar de nuevo.

Abrahan Santa Cruz Martín, Leticia Calzado Villareal, Alberto Sáez Vicente, Marta Folcrá González, Noelia García Muñoz, Luis Feito Sancho. | Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid.

47. Siempre nos quedará bimekizumab: eficacia y seguridad demostrada de terapia intensificada con bimekuzmab en paciente con hidradenitis supurativa refractaria.

Carlos Calvo Asín, Daniel Falkenhain López, Verónica Monsalvez Honrubia, Jorge Arroyo Andrés, Raquel Rivera Díaz. | Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

48. Una serie de catastróficas desdichas.

Catalina Axpe Gil, Nicolás Silvestre Torner, María Jesús Barros Eyzaguirre, Kiril Magaletsky Kharachko. | Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid.

49. Desafiando mitos: biológicos en inmunosupresión controlada.

Mª del Señor Gómez Marín, Pablo Fernández-Crehuet Serrano. | Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

50. Cortar por lo sano: ¿un tratamiento definitivo de la hidradenitis?

Ángel González García, Andrés Grau Echevarría, Daniel Blaya Imbernón, Elena Pérez Zafrilla, Malena Finello, José María Ortiz Salvador. | Servicio de Dermatología, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

51. La paradoja de curar: una herida que sana.

Joseba Ugedo Alzaga, María Dolores Benedicto Maldonado, Marta Mendieta Eckert, Xabier Atxutegi Ayesta, Patricia Andres Ibarrola, Manuel Pascual Ares. | Hospital Universitario Cruces, Bilbao.

COMPARTIENDO EXPERIENCIAS

II CONCURSO CASOS CLÍNICOS EN HIDRADENITIS SUPURATIVA

Patrocina:



Inspired by patients.
Driven by science.

Organiza:



ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLOGÍA



ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLOGÍA

Grupo Español de
Hidradenitis Supurativa



ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLOGÍA