

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE MEDICINA Y CIRUGÍA

*Tesis para optar por el grado académico de
licenciatura en Medicina y Cirugía*

**MANEJO DE HIDRADENITIS SUPURATIVA
EN PACIENTES SIN FACTORES DE
RIESGO: REVISIÓN SISTEMÁTICA, 2025.**

VALERY AGUILAR SEGURA

2025

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	7
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	8
1.1.1 Antecedentes del problema	8
1.1.2 Delimitación del problema.....	13
1.1.3 Justificación	13
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	14
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	14
1.3.1 Objetivo general.....	14
1.3.2 Objetivos específicos	15
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES.....	15
1.4.1 Alcances de la investigación	15
1.4.2 Limitaciones de la investigación.....	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	17
2.1 ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DE LA PIEL	18
2.1.1 Funciones de la piel	19
2.2 HIDRADENITIS SUPURATIVA.....	20
2.2.1 Epidemiología de la hidradenitis supurativa.....	20
2.2.2 Patogénesis de la hidradenitis supurativa.....	21
2.2.3 Manifestaciones clínicas de la hidradenitis supurativa	24
2.2.4 Estratificación clínica de Hurley.....	28
2.2.5 Diagnóstico de la hidradenitis supurativa	28
2.2.6 Diagnóstico diferencial de hidradenitis supurativa	29
2.2.7 Complicaciones de la hidradenitis supurativa.....	30
2.2.8 Manejo de la hidradenitis supurativa	31
2.2.9 Evolución y pronóstico de la hidradenitis supurativa	33
.....	35
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	35
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN.....	36
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	36
3.3 UNIDADES DE ANALISIS U OBJETOS DE ESTUDIO.....	36
3.3.1 Área de estudio	37
3.3.2 Fuentes de información.....	37
3.3.3 Población.....	37

3.3.4 Muestra	37
3.3.5 Criterios de inclusión y exclusión	37
3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	38
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	40
3.6 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	40
3.7 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS.....	41
3.8 ANÁLISIS DE DATOS	41
.....	42
CAPITULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	42
CAPITULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	67
5.1 INTRODUCCIÓN	68
5.2 Intervenciones terapéuticas	69
5.3 Beneficios clínicos de las estrategias de manejo de la hidradenitis supurativa.....	71
5.4 Resultados clínicos comparación de eficacia y seguridad	75
CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	78
6.1 CONCLUSIONES.....	79
6.1.1. Efectividad de las Estrategias Terapéuticas	79
6.1.2. Importancia del Tratamiento Combinado	79
6.1.3. Beneficios de la Cirugía en Casos Avanzados	80
6.1.4. Uso de Terapias Biológicas y Farmacológicas.....	81
6.1.5. Impacto de un Diagnóstico y Tratamiento Temprano.....	82
6.1.6. Repercusión Psicológica de la Enfermedad	82
6.2 RECOMENDACIONES.....	83
6.2.1. Abordaje Multidisciplinario	83
6.2.2. Personalización del Tratamiento	83
6.2.3. Implementación de Protocolos Basados en Evidencia.....	84
6.2.4. Atención Psicológica y Apoyo Emocional.....	84
6.2.5. Acceso a Tratamientos Innovadores.....	84
6.2.6. Educación y Sensibilización del Personal Médico.....	84
6.2.7. Seguimiento y Evaluación Continua de los Pacientes	85
6.2.8. Promoción de Hábitos de Vida Saludables	85
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86

DEDICATORIA

A mi familia por ser los pilares de mi vida, por siempre motivarme para seguir adelante, por amarme infinitamente.

A mi mamá por todo el esfuerzo que conllevó llegar hasta aquí, por cada palabra de aliento y amor durante este proceso, le debo todo en este mundo.

A mi papá por siempre darme palabras motivadoras y nunca dudar de mi capacidad para cumplir mis sueños, por ser el que habla sobre su futura hija doctora con el corazón lleno de orgullo.

A mi hermano Andrés por ser mi compañero siempre, por cuidarme e ir de la mano en cada paso que daba, por siempre escucharme y demostrarme uno de los amores más puros.

A mis tías Karol y Melany por ser mi apoyo incondicional, por siempre escucharme y amarme como una hija, por nunca dejarme caer y protegerme.

A mis abuelitos por siempre aplaudir todos mis logros, por ser los más orgullosos en cada paso que doy.

A Alejandro por ser mi compañero en toda esta aventura, por nunca dejarme sola, por cuidarme y amarme, por siempre ir de la mano en una de nuestras muchas metas.

A Valeria por ser mi apoyo, mi mejor amiga, la que nunca me dejó rendirme y siempre estuvo para darme palabras llenas de amor desde el día uno que inicio nuestra amistad.

A todos mis mentores durante este proceso, cada uno formó parte de mi desarrollo como profesional por lo cual estaré eternamente agradecida.

Y el más importante a Dios por nunca soltarme y darme todas las herramientas para llegar hasta aquí.

RESUMEN

Antecedentes: La hidradenitis supurativa es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, caracterizada por nódulos, abscesos y túneles cutáneos recurrentes. Su diagnóstico y tratamiento suelen retrasarse por desconocimiento clínico, generando un impacto significativo en la calidad de vida del paciente. Existen múltiples enfoques terapéuticos, pero su efectividad y seguridad varían ampliamente, especialmente en pacientes sin factores de riesgo.

Objetivo: Evaluar las estrategias de manejo terapéutico para la hidradenitis supurativa en pacientes sin factores de riesgo, analizando la eficacia y seguridad de los tratamientos médicos, quirúrgicos y combinados.

Metodología: Se realizó una revisión sistemática descriptiva bajo la guía PRISMA. Se analizaron 8 estudios seleccionados entre más de 36,000 artículos identificados en bases como PubMed, Scielo, UptoDate y Google Académico (2014–2025). Se incluyeron estudios clínicos, series de casos y cohortes centradas en pacientes sin factores de riesgo. Se excluyeron artículos duplicados, revisiones narrativas, guías y estudios de baja calidad metodológica.

Resultados: Los tratamientos quirúrgicos, especialmente con colgajos cutáneos, mostraron menor tasa de recurrencia. La terapia con adalimumab presentó mejoras en el control de síntomas y reducción en el uso de antibióticos. La combinación de tratamiento quirúrgico y biológico fue más eficaz que la monoterapia. Las terapias combinadas y el abordaje interdisciplinario ofrecieron mejores resultados clínicos y en calidad de vida.

Conclusiones: El manejo temprano y personalizado de la hidradenitis supurativa en pacientes sin factores de riesgo mejora significativamente los resultados clínicos. Las estrategias combinadas, el diagnóstico oportuno y el enfoque multidisciplinario son fundamentales para

reducir la morbilidad y mejorar la calidad de vida.

Palabras clave: hidradenitis supurativa, tratamiento médico, tratamiento quirúrgico, terapias biológicas, revisión sistemática.

ABSTRACT

Background: Hidradenitis suppurativa is a chronic inflammatory skin disease characterized by recurrent nodules, abscesses, and sinus tracts. Due to clinical underrecognition, diagnosis and treatment are often delayed, significantly affecting patients' quality of life. Multiple treatment strategies exist, but their effectiveness and safety vary, especially in patients without identifiable risk factors.

Objective: To evaluate therapeutic strategies for hidradenitis suppurativa in patients without risk factors, analyzing the effectiveness and safety of medical, surgical, and combined treatments.

Methodology: A descriptive systematic review was conducted using the PRISMA methodology. Eight studies were selected from over 36,000 records identified across PubMed, Scielo, UptoDate, and Google Scholar (2014–2025). Included studies focused on patients without risk factors and consisted of clinical trials, case series, and cohort studies. Duplicates, narrative reviews, guidelines, and low-quality studies were excluded.

Results: Surgical treatments, particularly using skin flaps, showed the lowest recurrence rates. Adalimumab therapy significantly improved symptom control and reduced antibiotic use. Combined surgical and biologic approaches were more effective than monotherapy. Multidisciplinary and personalized treatment approaches yielded better clinical and quality-of-life outcomes.

Conclusions: Early and tailored management of hidradenitis suppurativa in patients without

risk factors significantly improves clinical outcomes. Combined strategies, timely diagnosis, and multidisciplinary care are essential to reducing disease burden and improving patients' quality of life.

Keywords: hidradenitis suppurativa, medical treatment, surgical treatment, biologic therapy, systematic review.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.1 Antecedentes del problema

La hidradenitis supurativa es una enfermedad dermatológica cuyo diagnóstico y tratamiento suelen ser retardados debido a falta de conocimiento sobre esta patología. Debido a esto se han realizado muchos estudios para conocer cuál es el manejo adecuado en estos pacientes y de esta manera evitar los efectos negativos de la misma.

Estrada et al., (2019), realizan estudio titulado “Consenso mexicano en el manejo clínico de la hidradenitis supurativa” en México en el año 2019, cuyo objetivo es generar un documento donde se explique el manejo clínico de los pacientes que padecen hidradenitis supurativa para de esta manera mejorar su calidad de vida y evitar las complicaciones de esta enfermedad, esto por medio de un grupo multidisciplinario encargado de analizar la información encontrada.

Como resultado señala la frecuencia con la cual los pacientes con hidradenitis supurativa pueden llegar a tardar mucho tiempo en obtener diagnóstico y manejo adecuado, debido a la falta de evidencia sobre la enfermedad. (Estrada et al., 2019).

Por otra parte, el artículo titulado “North American clinical management guidelines for hidradenitis suppurativa: A publication from the United States and Canadian Hidradenitis Suppurativa Foundations” que se realiza en Estados Unidos y Canadá en el año 2019, señala la

escasa evidencia que informa la evaluación y tratamiento ideales para la hidradenitis supurativa, sin embargo, que durante la última década ha mejorado notablemente. (Alikhan et al., 2019).

En el estudio se interpreta información obtenida con la cual se llega a la conclusión de que el manejo de la hidradenitis supurativa suele ser complejo y debe abordar manejo de dolor y comorbilidades tanto psiquiátricas como médicas. (Alikhan et al., 2019).

Garbayo et al., (2019), en su estudio “Comité quirúrgico para la hidradenitis supurativa: nuestra experiencia” en España en el año 2019, el cual es destinado a demostrar la complejidad del tratamiento de hidradenitis supurativa y la importancia de la existencia de un equipo interdisciplinario en su abordaje. Por medio de un estudio transversal realizado en 104 pacientes se llega a la conclusión de instaurar comités interdisciplinarios e individualizar el tratamiento en pacientes con hidradenitis supurativa.

En la revisión titulada “Systematic Review of Light-Based Treatments for Hidradenitis Suppurativa” realizada en España en el año 2020, la cual se enfoca en la comprensión, eficacia, efectividad y seguridad de los tratamientos para la hidradenitis supurativa basados en terapia con luz, que a pesar de no ser tratamientos de primera línea en estos casos se busca, como en los estudios también mencionados, mejorar la atención a pacientes que padecen esta enfermedad. (Cazaña, Díaz, Sánchez & Nasarre, Gilaberte, 2020).

Por medio de 6 series de casos, 3 revisiones sistemáticas y 2 ensayos clínicos se concluye la limitada evidencia de estos tratamientos, sin embargo, se señalan dos grupos principales dependiendo del uso o no de fotosensibilizadores, en el primer grupo se aplica Nd: YAG, láser CO2 o IPL, mientras, en el segundo grupo se usa TFD con fotosensibilizador. (Cazaña, Díaz, Sánchez & Nasarre, Gilaberte, 2020).

En la “Guía clínica chilena para el manejo de hidradenitis supurativa.” realizada por Reyes et al, (2020), en Chile se realiza una revisión de la definición, epidemiología, fisiopatogenia, factores de riesgo, comorbilidades, impacto psicoemocional, presentación clínica diagnóstico, clasificaciones, evaluación ecográfica y tratamientos médico y quirúrgicos con el fin de proponer un algoritmo de enfrentamiento terapéutico.

La revisión narrativa realizada por Scala et al, (2021), titulada “Hidradenitis Suppurativa: Where We Are and Where WeAreGoing” ofrece una visión general sobre diagnóstico, patogénesis, tratamientos y estudios traslacionales existentes en torno a la hidradenitis supurativa, necesarios para la comprensión de esta.

Por medio de artículos obtenidos de distintas plataformas los cuales fueron analizados y comparados se demuestra como la hidradenitis supurativa puede tener un impacto negativo en la calidad de vida de los que la padecen, por esto el tratamiento oportuno es de suma relevancia. Sin embargo, también señala la limitación en los medicamentos disponibles para esta condición. (Scala et al., 2021).

Como se menciona anteriormente en el estudio de las terapias con luz los fármacos biológicos o de molécula pequeña tampoco hacen parte de la primera línea de tratamiento sin embargo, en la revisión “Narrative Review and Update on Biologic and Small Molecule Drugs for Hidradenitis Suppurativa: An Entity With a Promising Future” realizada en España en el año 2023, se busca demostrar el uso de fármacos biológicos o de molécula pequeña en casos de hidradenitis supurativa donde se concluye que el único fármaco aprobado perteneciente a este grupo es el adalimumab. (Mansilla, Escutia & Botella, 2023).

En el caso de otros como lo son inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa, interleucina, inhibidores de la vía Janus kinasa se requiere de nuevos estudios para demostrar su eficacia y seguridad y así poder ser empleados en estos pacientes. (Mansilla, Escutia & Botella, 2023).

Pérez, (2023), presenta el estudio realizado en España en el año 2023 cuyo título es “Hidradenitis supurativa, situación actual y perspectiva de tratamiento futuro” con el objetivo de recabar información sobre los criterios diagnósticos actuales y el manejo terapéutico, así como de los nuevos fármacos en estudio. Realizado por medio del estudio de artículos se indica un diagnóstico apoyado no solo en criterios clínicos, sino también en pruebas como cultivos microbiológicos y pruebas de imagen.

Además, brinda información sobre los tratamientos biológicos utilizados y otras terapéuticas diana de interés en el tratamiento de la hidradenitis supurativa.

Los tratamientos tópicos e intralesionales si son considerados tratamientos de primera línea en pacientes con hidradenitis supurativa así lo indica Pascual et al, (2023) en su artículo titulado “Topical and Intralesional Therapies for Hidradenitis Suppurativa: A Systematic Literature Review” realizado en España en el año 2023, se incluyen 1143 pacientes de los cuales un 62% fueron mujeres, se concluyó la limitada evidencia que apoya el uso de tratamientos tópicos e intralesionales en casos de hidradenitis supurativa, sin embargo, siguen siendo tratamientos de primera línea en el manejo de esta enfermedad.

Las complicaciones de la hidradenitis supurativa son en muchas esferas así lo indica la revisión sistemática titulada “Hidradenitis supurativa: una revisión bibliográfica” realizada en Costa Rica en el año 2020, donde por medio de recolección de artículos en distintas bases de datos se

expone que la hidradenitis supurativa es una enfermedad poco frecuente, pero muy limitante en la calidad de vida de los pacientes que la presentan. (Musa, Fallas & Correas, 2020).

Además, de la importancia de un enfoque interdisciplinario y la terapia farmacológica y quirúrgica son clave en el manejo de los pacientes que sufren esta condición, evitando las complicaciones como podrían ser el dolor crónico, cicatrices y/o secuelas en la esfera psiquiátrica. (Musa, Fallas & Correas, 2020).

Con respecto al diagnóstico de esta enfermedad Sánchez, (2023), en su trabajo final de graduación titulado “Ecografía cutánea en Hidradenitis Supurativa” realizado en Costa Rica en el 2023, cuyo objetivo principal es desarrollar una herramienta que permita servir de guía para el reporte radiológico de los pacientes con hidradenitis supurativa, que incluya el criterio clínico dermatológico, así como el ecográfico.

Se concluye la importancia de mantener una estrecha relación entre la dermatología y la radiología en pacientes con hidradenitis supurativa, ya que la ecografía es recomendada en el diagnóstico, estadificación y el seguimiento de estos pacientes.

En la investigación desarrollada por Pozuelo, (2023) titulada “Correlación entre la severidad ultrasonográfica vs clínica y evaluación de los tratamientos utilizados en pacientes con diagnóstico de hidradenitis supurativa del hospital México desde enero 2018 hasta enero 2023.” realizada en Costa Rica en el año 2023 con una población de 20 pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, se concluye que no existe correlación entre la severidad clínica y la ultrasonográfica, además, de recalcar la importancia de un abordaje interdisciplinario para realizar un estadiaje adecuado y así brindar tratamiento óptimo y prevenir posibles complicaciones asociadas.

1.1.2 **Delimitación del problema**

Se realiza una revisión sistemática de literatura donde se incluye el manejo de pacientes con hidradenitis supurativa sin factores de riesgo durante el periodo de 2014 a 2025 en distintos países.

1.1.3 **Justificación**

La hidradenitis supurativa, también conocida como acné inverso, es una afección inflamatoria crónica de la piel, posicionándola en el área de enfermedades dermatológicas que pueden llegar a ser desconocidas por el personal de salud, por lo tanto, su diagnóstico y tratamiento temprano puede verse retrasado por falta de conocimiento en el manejo de esta afección. (Musa, Fallas & Correas, 2020).

Esta enfermedad causa un impacto psicológico importante en los pacientes que la padecen, causando ansiedad, depresión y deterioro en la imagen corporal. Además, tiene el riesgo de asociar complicaciones que pueden dirigir al paciente a un empeoramiento en su calidad de vida.

Es una enfermedad caracterizada por nódulos y abscesos persistentes o recurrentes afectando a personas en todo el mundo, incluyendo a costarricenses, es una condición que suele aparecer durante la pubertad que es conocida por ser una etapa en la vida de los seres humanos donde se presentan muchos cambios en todos los ámbitos, siendo esta condición una situación que puede agravar la salud tanto física como mental en estos pacientes. (Musa, Fallas & Correas, 2020).

Es conocida como un síndrome autoinflamatorio, su patogénesis exacta aún no se comprende del todo. Es por esto por lo que un análisis de su manejo de manera temprana es indispensable para controlar posibles complicaciones como lo son las infecciones secundarias que se pueden

presentar, efectos psicológicos como se mencionó anteriormente, causando un impacto negativo en la calidad de vida, entre otras complicaciones que la propia enfermedad puede desarrollar. (Musa, Fallas & Correas, 2020).

La motivación del investigador en el desarrollo de este tema se centra en su atracción por el área dermatológica, sumado a la deficiencia observada en esta rama por el personal de salud. La dermatología corresponde a un porcentaje importante de consultas en los servicios de salud, siendo primordial el conocimiento de las distintas enfermedades que se pueden presentar.

Conocer la guía de manejo de una enfermedad como lo es la hidradenitis supurativa permite mejorar el pronóstico de los pacientes, evitando complicaciones de la enfermedad. Por lo que el manejo temprano y adecuado es parte clave en estos pacientes.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el manejo de la hidradenitis supurativa en pacientes sin factores de riesgo?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

Evaluar las estrategias de manejo de la hidradenitis supurativa en pacientes sin factores de riesgo, para determinar la eficacia y seguridad de los tratamientos actuales.

1.3.2 **Objetivos específicos**

- Identificar las intervenciones terapéuticas documentadas para el tratamiento de la hidradenitis supurativa en pacientes sin factores de riesgo, incluyendo tratamientos médicos, quirúrgicos y combinados.
- Analizar los resultados clínicos asociados con las diferentes estrategias de manejo en este grupo poblacional, considerando variables como la reducción de lesiones, control del dolor y mejora en la calidad de vida.
- Comparar la eficacia y seguridad de las distintas estrategias utilizadas en el manejo de la hidradenitis supurativa en pacientes sin factores de riesgo.

1.4 **ALCANCES Y LIMITACIONES**

1.4.1 **Alcances de la investigación**

- Análisis integral del manejo de la hidradenitis supurativa sin factores de riesgo: La investigación proporciona una revisión sistemática de la literatura para evaluar estrategias de tratamiento, considerando opciones médicas, quirúrgicas y combinadas.
- Enfoque basado en evidencia científica: Se analizan estudios publicados entre 2014 y 2025, asegurando la actualización y relevancia de la información.
- Evaluación de la eficacia y seguridad de los tratamientos: Se comparan distintos abordajes terapéuticos para determinar los más efectivos y seguros para esta población específica.
- Identificación de necesidades en el diagnóstico y tratamiento: Se destaca la importancia del diagnóstico temprano y el abordaje multidisciplinario para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

1.4.2 Limitaciones de la investigación

- Variabilidad en los enfoques terapéuticos: No existe un consenso universal sobre el tratamiento óptimo, lo que genera diferencias en la efectividad de las estrategias revisadas.
- Disponibilidad y acceso a tratamientos: Algunos tratamientos analizados pueden no estar disponibles en todos los países, lo que limita su aplicabilidad en ciertos entornos.
- Calidad y heterogeneidad de los estudios incluidos: La investigación se basa en estudios con distintos diseños metodológicos, lo que puede afectar la comparación directa de los resultados.
- Posible sesgo de publicación: Algunos tratamientos pueden estar sobrerrepresentados en la literatura debido a la financiación de estudios por parte de la industria farmacéutica.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DE LA PIEL

El órgano más extenso del ser humano con una superficie de aproximadamente 2 metros cuadrados y un peso de 4-5 kg corresponde a la piel, siendo uno de los órganos más importantes con múltiples funciones. (Dorado & Fraile, 2021).

Entre sus funciones primordiales se encuentra la de protección, siendo una capa semipermeable que protege al ser humano del medio externo. La piel se encarga de evitar la pérdida de fluidos corporales, además, de proteger ante la entrada de elementos nocivos como pueden ser: radiación UV, microorganismos, sustancias tóxicas, entre otros. (Dorado & Fraile, 2021).

La piel se forma por tres capas cada una de ellas con una anatomía y función distintas.

La epidermis corresponde a epitelio plano poliestratificado y queratinizado, con un espesor de 0,1 mm hasta 1 o 2 mm en zonas como plantas o palmas. Las células epidérmicas predominantes son los queratinocitos que constituyen el 80%, originándose en la capa basal y completando su ciclo en un periodo de 30 días. La epidermis se encuentra dividida en cuatro estratos de interno a externo se organiza en: capa basal, estrato espinoso, estrato granuloso, estrato lúcido y estrato córneo. (Musa, Fallas & Correas, 2020).

La dermis con un grosor máximo de 5 mm es un tejido vascularizado en el cual se encuentran vasos sanguíneos, vasos linfáticos, nervios sensitivos, músculos, folículos pilosebáceos y

glándulas sudoríparas. Siendo un tejido de soporte y alimento para la epidermis. (Dorado & Fraile, 2021).

Entre sus células se encuentran los fibroblastos, histiocitos, mastocitos, adipocitos, linfocitos, células plasmáticas, eosinófilos y monocitos. Histológicamente la dermis se divide en dos capas la papilar que es la más superficial teniendo contacto con la epidermis y la capa reticular. (Dorado & Fraile, 2021).

Hipodermis o tejido subcutáneo formada primordialmente por tejido adiposo, su grosor es muy variable dependiendo del peso corporal, edad o sexo. Se encarga de fijar la piel a estructuras como fascia, periostio o pericondrio. (Dorado & Fraile, 2021).

2.1.1 Funciones de la piel

La principal función de la piel como se mencionó anteriormente es la de barrera protectora por medio de la construcción de la capa córnea, esta función de la piel permite mantener el medio interno y proteger de agresiones. Por este motivo se le otorga su función inmunitaria impidiendo la entrada de patógenos. (Dorado & Fraile, 2021).

La función de soporte y protección le pertenece mayormente a la dermis que le confiere a la piel su flexibilidad, fuerza y protección de estructuras profundas. (Dorado & Fraile, 2021).

Su función endocrina es llevada a cabo por los queratinocitos con participación de la luz UV donde se produce una conversión fotoquímica a partir del 7-dehidrocolesterol en vitamina D3. Por otra parte, su función exocrina es por secreción de sudor y de las glándulas sebáceas. (Dorado & Fraile, 2021).

La piel además participa en funciones de termorregulación, curación de heridas y función sensorial, esta última debido a la gran cantidad de terminaciones nerviosas que contienen receptores de tacto, calor, frío, presión, vibración y dolor. (Dorado & Fraile, 2021).

2.2 HIDRADENITIS SUPURATIVA

Conocida como acné inverso, la hidradenitis supurativa corresponde a una afección inflamatoria crónica, recurrente, dolorosa y debilitante de la piel. Es una afección que suele tener un diagnóstico y tratamiento tardíos debido al parecido de las lesiones tempranas con otras enfermedades dermatológicas. (Musa, Fallas & Correas, 2020).

La hidradenitis supurativa es una enfermedad que causa un deterioro en la calidad de vida de las personas, más que todo a nivel psicosocial ya que es una afección dermatológica que causa mucho dolor, además, de secreción de mal olor y cicatrices asociadas a las lesiones. (Ingram, 2023).

2.2.1 Epidemiología de la hidradenitis supurativa

El acné inverso se considera como una enfermedad infradiagnosticada, por este motivo no se conoce con exactitud su prevalencia, sin embargo, algunos estudios indican que la prevalencia oscila entre 1-4%. En Estados Unidos se encontró una incidencia de 11,4 por cada 100.000 habitantes. (Ingram, 2023).

La edad de aparición comúnmente es entre la pubertad y los 40 años. Sin embargo, se ha observado que es más común que inicie entre la segunda y tercera década de la vida. La población más afectada suelen ser mujeres, en un estudio realizado en Estados Unidos se encontró una incidencia dos veces mayor en el sexo femenino, con una mayor presentación entre los 18 y 29 años. En lo que respecta a estudios epidemiológicos en población infantil los datos son más limitados. (Ingram, 2023).

2.2.2 Patogénesis de la hidradenitis supurativa

Para la hidradenitis supurativa aún no se comprende completamente su patogenia, actualmente se apoya la teoría de que la afección inicia en el folículo debido a una serie de eventos a nivel de este que llevan al desarrollo de las manifestaciones de esta enfermedad. (Scala et al., 2021).

Entre los eventos mencionados se encuentra la oclusión folicular debido a la proliferación ductal de queratinocitos, que posteriormente desarrolla una hiperqueratosis folicular causando una obstrucción. Se cree que esto se debe a efectos hormonales y de la nicotina sobre el epitelio folicular. La anoxia produce una interrupción de la diferenciación en los queratinocitos provocando así la obstrucción. (Ingram, 2023).

Con respecto a los efectos hormonales, se cree que los principales encargados son los andrógenos ya que estimulan a las glándulas sebáceas, ocasionando que estas produzcan más sebo. (Ingram, 2023).

La presión, fricción o cizallamiento de la piel resulta en la estimulación del sistema inmunológico adaptativo e innato debido a la fuga de antígenos. Se da una liberación de

citoquinas que estimulan la liberación de mediadores proinflamatorios de los queratinocitos, esta es una etapa temprana y se detecta como peri-foliculitis. (Ingram, 2023).

El conducto folicular puede romperse y liberar productos sebáceos, bacterias, cabello, fragmentos de queratina, entre otros, causando un mayor reclutamiento de células inflamatorias. Con el tiempo la inflamación aguda evoluciona hacia una inflamación granulomatosa crónica de tipo cuerpo extraño. (Ingram, 2023).

La rotura folicular puede presentarse por defectos en el soporte de la pared folicular, como consecuencia puede llevar a la formación de túneles cutáneos por liberación de células madre del área abultada del folículo piloso que pueden proliferar y formar hebras epiteliales. Estos túneles se pueden abrir e inflamar crónicamente. (Ingram, 2023).

Además, se suele asociar una desregulación en el sistema inmune con la etiología de esta afección. Sin embargo, se necesita de más estudios para asociar de manera certera esta desregulación inmunitaria con la hidradenitis supurativa. (Ingram, 2023).

La interleucina 17, las citoquinas, el sistema de complemento se ven asociados en la patogénesis de esta enfermedad dermatológica. (Ingram, 2023).

Entre los factores que se asocian a esta afección se encuentran la susceptibilidad genética, se estima que un 40% de los pacientes que la sufren presentan un familiar de primer grado afectado. Existen mutaciones en los genes que codifican componentes de la gamma-secretasa, una proteína receptora transmembrana que se encuentra involucrada en la diferenciación de queratinocitos, sin embargo, esto se encuentra solo en una minoría de los pacientes. (Ingram, 2023).

El estrés mecánico como se mencionó anteriormente puede ser la razón por la cual se dé la localización frecuente de la hidradenitis supurativa. Uno de los ejemplos más comunes es el uso de sostén que causa fricción en la piel. (Ingram, 2023).

La obesidad o sobrepeso se ven relacionados a esta afección, pero no por esto se ve limitado a personas con un índice de masa corporal elevado. Un IMC alto puede asociarse a una mayor gravedad de la enfermedad. Asociado a esto la obesidad asocia cambios hormonales que pueden aumentar el taponamiento folicular. (Ingram, 2023).

El fumado tiene una fuerte asociación con el acné inverso, debido a efectos estimulantes de la nicotina y otros componentes del tabaco sobre la oclusión folicular. Las hormonas pueden verse asociadas al desarrollo de esta enfermedad, pero se necesita de estudios adicionales para determinar su asociación. (Ingram, 2023).

En lo que respecta a bacterias se cree que estas pueden promover la respuesta inflamatoria en los casos de hidradenitis supurativa, pese a esto, la mayoría de los cultivos en lesiones tempranas suelen ser estériles, lo que indica que la presencia de bacterias puede deberse a contaminantes de la flora normal de la piel o infecciones secundarias. (Ingram, 2023).

En algunos casos se asocian pacientes en tratamiento con anticonceptivos orales que contienen progestinas androgénicas con la precipitación o empeoramiento de la hidradenitis supurativa. Además, se reporta la hidradenitis supurativa como un efecto adverso de terapias anti-TNF-alfa usadas en otras enfermedades inflamatorias crónicas. (Ingram, 2023).

*Tabla 1.**Factores de riesgo asociados a Hidradenitis supurativa.*

Factor de riesgo	Relación
Genética	Mutaciones en genes que codifican componentes de la gamma-secretasa
Estrés mecánico	Fricción en la piel
Obesidad o sobrepeso	IMC alto se asocia a mayor gravedad en la enfermedad
Fumado	Factores estimulantes de la nicotina Componentes del tabaco que producen oclusión folicular
Hormonas	No es clara su asociación
Bacterias	Promueven respuesta inflamatoria
Anticonceptivos orales	Aquellos que contienen progestinas androgénicas
Terapias anti-TNF-alfa	Efecto adverso del medicamento

Fuente: *Elaboración propia con datos de Ingram, 2025.*

2.2.3 Manifestaciones clínicas de la hidradenitis supurativa

La zona de presentación habitual de la hidradenitis supurativa corresponde a zonas intertriginosas, afectando principalmente axilas, ingle, parte interna de los muslos, regiones perianales y perineales, área mamaria e inframamaria, glúteos, zona púbica, escroto, vulva, tronco y, en algunas ocasiones cuero cabelludo en este caso es llamada celulitis disecante y áreas retroauriculares. (Scala et al., 2021).

Las zonas de afección se encuentran relacionadas según el sexo de los pacientes. Por ejemplo, en mujeres las zonas más afectadas son la ingre, parte interna superior del muslo, axila, tórax y glúteos. Por otra parte, las zonas más comúnmente afectadas en hombres son la ingle o el muslo, axila y regiones perianales y perineales. (Scala et al., 2021).

Existen diferencias en la presentación clínica de esta enfermedad, debido a esto se han hecho subclasificaciones de esta para entender mejor su desarrollo. Las lesiones primarias son los conocidos nódulos inflamatorios y los abscesos, la presencia de túneles cutáneos, grupos de comedones abiertos y cicatrices se deben relacionar a enfermedad recurrente o persistente. (Ingram, 2023).

Como se mencionó el primer signo de el acné inverso suele ser un nódulo inflamatorio solitario, doloroso y profundo, cuyo diámetro varía entre 0,5 y 2 cm y suele aparecer en áreas intertriginosas. Esta afección dermatológica suele iniciar de manera gradual, con presencia ocasional de estos nódulos que persisten durante días o meses, es común que estos vuelvan a aparecer en el mismo lugar o región de la piel. (Ingram, 2023).

Desafortunadamente, esta enfermedad se encuentra infradiagnosticada atrasando así su tratamiento. Estos nódulos inflamatorios suelen ser diagnosticados como forúnculos o forunculosis, sin embargo, la diferencia entre estos y las lesiones primarias de la hidradenitis supurativa es su profundidad y forma redondeada, mientras, el forúnculo presenta una forma puntiaguda típica. (Ingram, 2023).

Debido al dolor que causan estos nódulos, los pacientes pueden experimentar dificultad para levantar los brazos, caminar o sentarse sin dolor. Estos nódulos pueden evolucionar a abscesos que posteriormente pueden abrirse a la superficie de la piel de manera espontánea o por

manipulación de la lesión, esto da como resultado la salida de pus o líquido serosanguinolento. Después del drenaje el dolor suele mejorar significativamente en estos pacientes, muchos nódulos pueden desaparecer sin necesidad de drenaje. (Ingram, 2023).

Estas lesiones en promedio tienen una duración de siete días, muchos pacientes indican que hay nódulos que no llegan a resolver por completo. (Ingram, 2023).

Los túneles cutáneos son otras de las lesiones conocidas en esta patología que pueden persistir durante meses o años y contribuir a los síntomas. La aparición de múltiples nódulos recurrentes en una zona específica puede llevar a la formación de túneles interconectados. (Ingram, 2023).

Estos túneles cutáneos a menudo experimentan liberación intermitente de secreción seropurulenta, de mal olor y manchas de sangre. No siempre son palpables y en ocasiones pueden hacerse evidentes cuando se inyecta una sustancia como el anestésico local en la lesión o cuando se visualiza por medio de ultrasonido. (Ingram, 2023).

La formación de estas lesiones puede acompañarse de ulceración y desarrollar una de las complicaciones de esta enfermedad como lo es el granuloma piógeno. (Ingram, 2023).

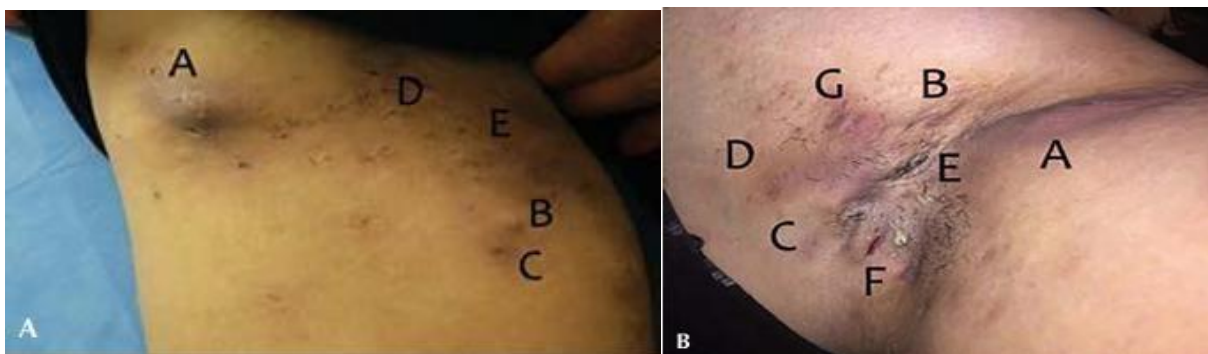
Otra de las lesiones que se presentan en hidradenitis supurativa crónica son los comedones abiertos, a menudo llamados “comedones de lápida” debido a que indican daño avanzado en la unidad foliculopilosebácea, con la consiguiente pérdida de la glándula sebácea y el cabello.

También pueden desarrollarse los comedones cerrados que son pequeños quistes que se forman por producción continua de queratina por parte del epitelio folicular que cubre el residuo del folículo sobre la unión sebofolicular dañada. (Ingram, 2023).

El aspecto de áreas que han sanado varía, desde cicatrices individuales pequeñas y con aspecto de picaduras o acné después de la resolución de nódulos pequeños, hasta bandas gruesas, fibrosas y en forma de cuerda, o placas endurecidas y gruesas que abarcan toda el área afectada. (Ingram, 2023).

Figura 1.

Tipos de lesiones en hidradenitis supurativa.



A. Región inguinal con hidradenitis supurativa. A: absceso; B: nódulo no inflamatorio; C: nódulo inflamatorio; D: comedones dobles; E: cicatriz hipertrófica. **B.** Región axilar con hidradenitis supurativa. A: fistula no drenante; B: cicatriz hipertrófica; C: nódulo no inflamatorio; D: nódulo inflamatorio; E: cicatriz retráctil; F: fistula drenante; G: absceso.

Fuente: Estrada et al. (2019).

Pueden presentarse cicatrices atróficas o queloides, en pacientes con la enfermedad activa se presenta el proceso de cicatrización junto a la presencia de nódulos inflamatorios y drenaje de túneles cutáneos. (Ingram, 2023).

En casos graves, la cicatrización en la axila puede resultar en disminución de la movilidad del brazo u obstrucción del sistema linfático que puede conducir a otra de sus complicaciones como es la linfedema. La afectación en la ingle puede ocasionar linfedema en la región del pubis o en área vulvar de mujeres y zona del pene y/o escroto en hombres. (Ingram, 2023).

Loa pacientes que padecen de esta enfermedad suelen enfrentarse a aislamiento social, depresión, fracaso en las relaciones interpersonales y dificultades en el empleo, incluida perdida

de este o incapacidad para conseguirlo, esto debido a el dolor, cicatrices, secreción impredecible, necesidad de apósitos y olor que acompaña a estas lesiones. (Ingram, 2023).

2.2.4 Estratificación clínica de Hurley

Aunque el diagnóstico de este padecimiento es principalmente basado en examen físico, la escala de estratificación de Hurley indica la gravedad de dicha enfermedad. (Ingram, 2023).

Estadio I: abscesos únicos o múltiples, sin túneles cutáneos ni cicatrización.

Estadio II: abscesos recurrentes con túneles cutáneos y cicatrices, son lesiones únicas o múltiples muy separadas.

Estadio III: la afectación en este estadio es difusa, o múltiples túneles cutáneos y abscesos interconectados en toda el área.

2.2.5 Diagnóstico de la hidradenitis supurativa

El diagnóstico de esta enfermedad se basa en una anamnesis y examen físico completo en el cual se debe hacer el reconocimiento de las lesiones típicas. Con respecto a localización, tipo de lesión, número y gravedad de lesiones típicas son muy variable, por esto un examen completo permite evaluar todas estas variables y reconocer características compatibles con la enfermedad. (Ingram, 2023).

Una correcta anamnesis es de gran ayuda, tomando en cuenta datos como inicio durante la adolescencia o edad adulta temprana, antecedentes de recurrencia o persistencia de las lesiones e incluso antecedentes familiares. (Musa, Fallas & Correas, 2020).

Con respecto a estudios de laboratorio no suelen ser necesarios para el diagnóstico, puede ser de apoyo una biopsia para excluir otras enfermedades. Los cultivos bacterianos no están indicados, a menos que sea una presentación sugestiva de trastorno infeccioso primario o si hay evidencia de celulitis secundaria. Sin embargo, existen algunos patógenos que causan infecciones secundarias de estas lesiones como lo son: *Staphylococcus aureus*, *estreptococos*, *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis* y *Pseudomonas aeruginosa*. (Musa, Fallas & Correas, 2020).

No existe un estudio específico para el diagnóstico de este padecimiento dermatológico.

La ecografía puede ser usada para identificar túneles cutáneos ya que como se mencionó anteriormente, en algunos casos son lesiones que no pueden ser vistas. Además, puede ser un apoyo en la evaluación preoperatoria de esta enfermedad. (Ingram, 2023).

2.2.6 Diagnóstico diferencial de hidradenitis supurativa

El diagnóstico de esta afección suele ser retrasado debido a la aparición de nódulos inflamatorios, abscesos o túneles cutáneos que se pueden presentar en otras enfermedades. Entre estas se pueden mencionar como diagnósticos diferenciales:

- Piodermas foliculares: entre estos se encuentran la foliculitis, los forúnculos y los ántrax, todos corresponden a infecciones del folículo piloso. En el caso de la foliculitis infecciosa suele presentar lesiones papulares múltiples y superficiales alrededor del folículo piloso y pueden o no presentar una pústula en la superficie. Si la infección

avanza se forma un absceso conocido como forúnculo, si varios folículos inflamados se unen con drenaje purulento proveniente de distintas áreas se conoce como carbunco. Todas estas suelen ser lesiones temporales que responden a antibioticoterapia.

- Acné vulgar: en este caso se da un proceso de hiperqueratinización folicular, llevando al igual que en el acné inverso a la formación de comedones, nódulos inflamatorios y cicatrices. Su mayor diferencia se encuentra en las áreas afectadas ya que a diferencia del acné inverso, el vulgar se presenta en zonas de la cara, parte superior del pecho y espalda.
- Enfermedad pilonidal interglútea: cavidad, fosa o túnel cutáneo en el área de la hendidura natal que se inflama y causa dolor, además de secreción mucosa, purulenta o sanguinolenta. Se conoce esta enfermedad como una variante fenotípica de la hidradenitis supurativa.
- Enfermedad de Crohn: esta enfermedad puede presentar abscesos, fistulas rectoperineales y rectovaginales, túneles cutáneos, fenestraciones y cicatrices en áreas perineales y vulvares. Existen casos donde la enfermedad de Crohn y la hidradenitis supurativa se desarrollan de manera simultánea.
- Otros diagnósticos diferenciales incluyen granuloma inguinal, actinomicosis, fistula anal, celulitis, quiste epidermoide inflamado, entre otros. (Ingram, 2023).

2.2.7 Complicaciones de la hidradenitis supurativa

Entre sus complicaciones más frecuentes se encuentra estenosis y contracturas, obstrucción linfática, linfedema de extremidades y genitales, malestar, depresión, suicidio. Además, se pueden asociar complicaciones infecciosas como abscesos epidurales lumbosacros, osteomielitis bacteriana sacra, entre otros. (Ingram, 2023).

La inflamación crónica puede asociar anemia, hipergammaglobulinemia, hipoproteinemia y amiloidosis. (Ingram, 2023).

2.2.8 Manejo de la hidradenitis supurativa

Para el manejo de esta enfermedad existen muchas intervenciones como terapias tópicas, orales, biológicas, cirugía e intervenciones con láser y luz. El tratamiento utilizado depende de la tolerancia del paciente, comorbilidades, costo y disponibilidad de tratamiento. (Saavedra, Roh & Mikailov, 2023).

- **Tratamiento médico**

En caso de ser un nódulo doloroso agudo o bien un estadio I de Hurley el tratamiento incluye clindamicina tópica al 1% 2 veces al día, resorcinol en crema al 15% 1 vez al día y gluconato de cinc por vía oral en dosis de 90 mg 1 vez al día, además, el uso de corticoesteroides intralesionales como la triamcinolona en una dosis de 5 a 20 mg/mL 1 vez al mes, en caso de existir absceso se debe realizar una incisión seguido de un drenaje de este. (Saavedra, Roh & Mikailov, 2023).

La antibioticoterapia oral se utiliza en caso de enfermedad crónica de baja intensidad los medicamentos más utilizados son la doxiciclina o minociclina en dosis de 10 mg cada 12 h, otra de las opciones terapéuticas son una combinación de clindamicina con rifampicina en dosis de 300 mg cada 12 h cada una durante 10 semanas. El tratamiento en este estadio puede iniciarse con tratamiento tópico y un antibiótico oral, también es importante el correcto lavado de la piel con peróxido de benzoílo. (Saavedra, Roh & Mikailov, 2023).

Para dolor o inflamación intensa puede agregarse al tratamiento prednisona comenzando con una dosis de 1 mg/ kg, en el caso de agregar prednisona se debe hacer una disminución progresiva de la dosis de 14 a 21 días. (Saavedra, Roh & Mikailov, 2023).

En estadio II de Hurley el tratamiento es similar, pero en un periodo más largo, en el caso de las mujeres agregar terapia anti androgénica puede ser beneficioso, por ejemplo, estrógenos orales, anticonceptivos orales combinados, espironolactona, entre otros. (Saavedra, Roh & Mikailov, 2023).

La isotretinoína que pertenece a la familia de retinoides orales es un medicamento útil utilizado en hidradenitis supurativa temprana combinada con la ablación quirúrgica de lesiones individuales, en casos de enfermedad avanzada no suele tener buenos resultados. (Saavedra, Roh & Mikailov, 2023).

En el estadio III de Hurley la terapia tanto médica como quirúrgica debe ser más agresiva, los modificadores de la respuesta biológica como el infliximab en dosis de 5 mg/kg IV en la semana 0, 2 y 6 que pertenece a la familia de inhibidores del TNF-a han mostrado resultados prometedores en los casos avanzados. Como alternativa puede ser usado el adalimumab con una dosis inicial de 160 mg por vía subcutánea en 1 día o dividida en 2 días consecutivos, seguida

de 1 dosis de 80 mg por vía subcutánea en el día 15 y dosis de mantenimiento de 40 mg vía subcutánea una vez a la semana a partir del día 29. (Alikhan et al., 2019).

- **Tratamiento quirúrgico**

En caso de abscesos agudos se realiza incisión y drenaje como se menciona en el tratamiento médico, en caso de nódulos fibróticos o los trayectos fistulosos crónicos recurrentes se debe recurrir a la extirpación. (Alikhan et al., 2019).

En casos más avanzados puede ser necesario el uso de injertos cutáneos de espesor parcial debido a que se debe realizar la ablación completa de la axila o de la zona anogenital. La terapia ablativa con laser se considera un tratamiento quirúrgico alternativo. (Saavedra, Roh & Mikailov, 2023).

- **Tratamiento psicológico**

Como se ha mencionado la hidradenitis supurativa afecta psicológicamente a los pacientes que la padecen debido al dolor, el drenaje purulento, el mal olor y las zonas de aparición más comunes, por este motivo, es de vital importancia un seguimiento psicológico en estos pacientes. (Saavedra, Roh & Mikailov, 2023).

2.2.9 Evolución y pronóstico de la hidradenitis supurativa

Algunos pacientes suelen tener una remisión espontánea que suele presentarse a la edad de más de 35 años, en muchos casos de pacientes con afectación leve no suelen recibir un tratamiento debido a que son nódulos que cicatrizan espontáneamente. (Saavedra, Roh & Mikailov, 2023).

Se debe tomar en cuenta que la hidradenitis supurativa es una enfermedad que evoluciona de manera progresiva que puede llevar a complicaciones como las mencionadas anteriormente por lo que es importante un tratamiento precoz para una mejor evolución del paciente. (Saavedra, Roh & Mikailov, 2023).

CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

El presente escrito se desarrolla bajo un enfoque cualitativo usando gran variedad de fuentes informativas bajo el método PRISMA, siendo este una guía que proporciona una estructura para la realización de revisiones sistemáticas como en este caso. Los artículos pasan por un proceso de selección y análisis para obtener información de interés para el estudio.

Los datos obtenidos mediante este método posteriormente permiten identificar el manejo adecuado para pacientes que padecen hidradenitis supurativa sin factores de riesgo y de esta manera llegar a una conclusión sobre el tratamiento en estos casos.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación al cual corresponde este estudio es una revisión sistemática de tipo descriptivo debido a que su meta es describir la información obtenida mediante diferentes artículos sobre el manejo de pacientes que padecen hidradenitis supurativa.

Se realiza un análisis de la información obtenida de artículos que cumpla con el objetivo de identificar el manejo para esta enfermedad con el fin de encontrar la mejor opción para estos pacientes.

3.3 UNIDADES DE ANALISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

El área de estudio, las fuentes de información, la población, muestra y criterios de inclusión y exclusión conforman esta sección según los artículos que se incluyen en el escrito. Con respecto al objeto de estudio se basa en la información obtenida sobre la guía de manejo de hidradenitis supurativa. El método PRISMA se utiliza como guía de elección de los artículos.

3.3.1 Área de estudio

El área de estudio de la presente investigación está enfocada en literatura internacional y nacional sobre las diferentes estrategias de manejo en pacientes con hidradenitis supurativa.

3.3.2 Fuentes de información

La investigación toma en cuenta información obtenida por medio de artículos, revistas científicas, tesis que correspondan al tema, sitios de internet y distintas bases de datos, dicha información elegida cumpliendo con los objetivos y criterios incluyentes y excluyentes del estudio.

3.3.3 Población

La población se enfoca en la información obtenida en la revisión de artículos, bases de datos, revistas científicas, entre otras.

3.3.4 Muestra

La muestra es evidenciada por la totalidad de las muestras usadas en los artículos elegidos como fuente bibliográfica en esta investigación, siendo un total de 1150 pacientes.

3.3.5 Criterios de inclusión y exclusión

Definición criterios de inclusión y exclusión

Tabla 2.

Criterios de inclusión y exclusión

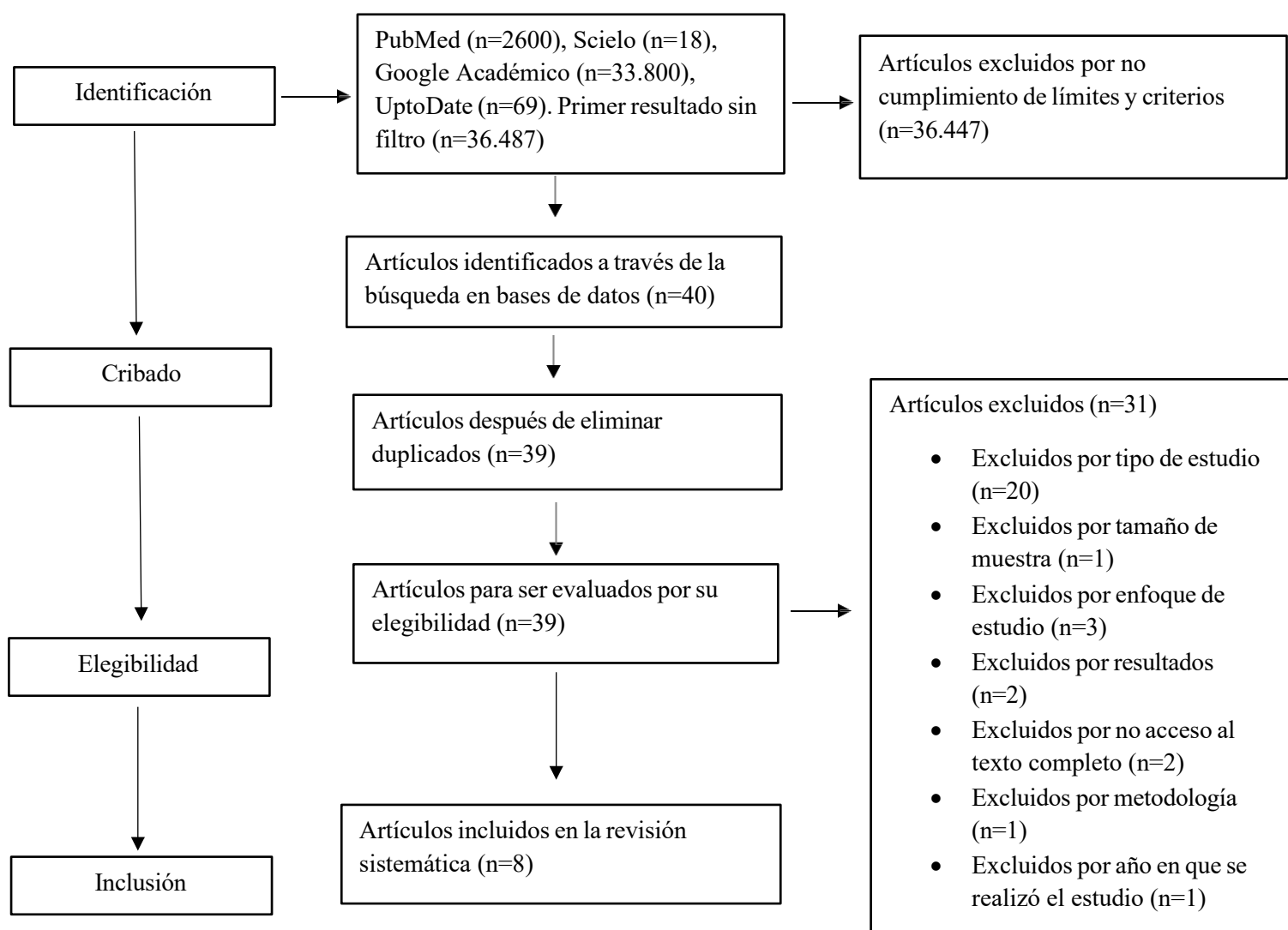
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
-Artículos publicados entre los años 2014-2024.	-Estudios en pacientes con hidradenitis
-Literatura disponible en bases de datos como	supurativa embarazadas.
PubMed, UptoDate, Scielo, Google Académico,	-Artículos duplicados en diferentes bases de
AccesMedicina, Biblioteca Digital de la	datos.
Universidad Hispanoamericana.	-Artículos de baja calidad según la herramienta
-Estudios realizados en pacientes diagnosticados	FLC 3.0.
con hidradenitis supurativa sin factores de	-Estudios trasversales, revisión sistemática,
riesgo.	divulgación científica, revisión narrativa,
-Estudios realizados en seres humanos en	bibliográfica o de literatura, metaanálisis, tesis,
cualquier ubicación geográfica.	guías de práctica clínica, protocolo de ensayo
-Artículos científicos originales, ensayos	clínico.
clínicos, ensayos controlados aleatorizados,	
ensayos aleatorizados cruzados, ensayo clínico	
aleatorizado por conglomerado, ensayo clínico	
controlado no aleatorizado, reporte de casos y	
serie de casos, estudios de cohorte y estudios de	
casos y controles.	
-Estudios redactados en español e inglés.	
-Acceso completo al texto del artículo de forma	
gratuita.	

Fuente: Elaboración propia, 2024.

3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Uno de los instrumentos usados en la recopilación de información es una base de datos elaborada en Excel, donde se incluyen criterios de inclusión y exclusión indicados

anteriormente. Esta base de datos es de utilidad para filtrar la bibliografía encontrada y de esta manera seleccionar los estudios que cumplan con los objetivos de la investigación.



Fuente: Elaboración propia, 2025.

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

En la investigación se emplea la declaración PRISMA 2020 usada en revisiones sistemáticas como una guía para asegurar la transparencia en la recolección de datos que consta de varios pasos para su desarrollo. El formato PICO con sus cuatro componentes de población, intervención, comparación y resultado es fundamental para la realización de la pregunta de investigación y posterior para la búsqueda de información bibliográfica adecuada para el estudio.

Tabla 3.

Componentes PICO

P	I	C	O
Pacientes con hidradenitis supurativa.	Manejo.	No aplica en este estudio.	Estrategias de manejo para hidradenitis supurativa en pacientes sin factores de riesgo.

Fuente: Elaboración propia, 2025.

La estrategia de búsqueda en el presente trabajo es por medio de plataformas como Google Académico, PubMed, Biblioteca Digital de la Universidad Hispanoamericana, entre otros.

3.6 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En la investigación se utiliza la identificación de artículos por medio de filtros como lo son fecha de publicación, idioma, población, lugar donde se realiza el estudio, entre otros, que

permitan llegar al proceso de selección en el cual se descartan aquellas bibliografías en función de su título y resumen, los que cumplan con los criterios de inclusión del estudio pasan al siguiente paso de elegibilidad donde se revisa el texto completo con el objetivo de llegar a la inclusión de los artículos útiles para el desarrollo de la investigación.

3.7 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

Después de recopilada la información útil para el desarrollo de la investigación se crean tablas para la organización de datos que permitan la adecuada integración de esta. Se colocan los datos de manera sistemática para lograr una presentación de resultados claros.

3.8 ANÁLISIS DE DATOS

En el presente escrito se realiza el análisis de datos fundamentado en la declaración PRISMA 2020, la bibliografía incluida en la investigación incluye datos relevantes para el manejo de pacientes que padecen hidradenitis supurativa. Estos datos son utilizados con el fin de desarrollar una síntesis narrativa, cuyo fin es integrar y resumir los hallazgos de múltiples estudios.

CAPITULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Tabla 4.

Características principales de los estudios incluidos.

Número de artículo / Base de datos	Título	Autores	Año	País	Diseño del estudio	Participantes	Resultados principales
1	Radical resection and local coverage of hidradenitis suppurativa – acne inversa: analysis of results	Mendes, R. R. da S., Zatz, R. F., Modolin, M. L. A., Busnardo, F. de F., & Gemperli, R.	2018	Brasil	Estudio retrospectivo	19	El estudio incluyó a 19 pacientes con 34 lesiones tratadas en 29 cirugías primarias, de las cuales la mayoría eran axilares (56%) y glúteas (23%). La reconstrucción de las lesiones se realizó en su mayoría de forma inmediata (88%), utilizando principalmente colgajos cutáneos locorregionales (50%) y, en menor medida, cierre primario (23.5%) y colgajos al azar (20.5%). Se observó que el 64.5% de las lesiones presentaron complicaciones locales, como infecciones o dehiscencia, y un 22% requirieron reintervención. A los 12 meses, el 50% de las lesiones no mostraron recurrencia, mientras que el 47% sí la presentaron. El cierre primario tuvo la mayor tasa de complicaciones y recurrencias, mientras que los colgajos locorregionales fueron más efectivos, especialmente en lesiones axilares y glúteas, con tasas de éxito de 90% y 66.6% respectivamente. Estos hallazgos sugieren que, aunque el tipo de reconstrucción no influyó en las complicaciones locales, sí tuvo un impacto significativo en las tasas de recurrencia tardía.

Número de artículo / Base de datos	Título	Autores	Año	País	Diseño del estudio	Participantes	Resultados principales
2	Uso de colgajos perforantes para el tratamiento de hidradenitis supurativa axilar y esternal graves	Dagnino, B. L., Salisbury, M. C., Cifuentes, I. J., Rodriguez, J. R., & Searle, S. V.	2017	Chile	Estudio experimental	5	En el estudio se realizaron 7 reconstrucciones axilares y una esternal en 5 pacientes, incluyendo dos casos en los que ambas axilas fueron reconstruidas simultáneamente, y uno en el que se reconstruyeron una axila y la región esternal en un solo tiempo. El área media de los defectos axilares fue de 128 cm ² (rango de 87.5 a 141.75 cm ²), y el área de los colgajos fue de 136 cm ² (rango de 96 a 195 cm ²). El defecto esternal fue de 45 cm ² y el colgajo utilizado tuvo un tamaño de 50 cm ² . Todos los pacientes estuvieron hospitalizados durante 2 días. La única complicación inmediata fue la pérdida parcial de un colgajo perforante de la arteria circunfleja escapular en su extremo distal, que se resolvió con curaciones. Además, un paciente desarrolló cicatrices hipertróficas. La mediana del seguimiento fue de 26.2 meses (rango de 13 a 35 meses), sin recurrencias clínicas, y en todos los casos se logró una función axilar y de hombro adecuada.
3	Two Phase 3 Trials of Adalimumab for Hidradenitis Suppurativa	Kimball, A. B., Okun, M. M., Williams, D. A., Gottlieb, A. B., Papp, K. A., Zouboulis, C. C., Armstrong, A. W., & Jemec, G. B. E.	2016	Inglaterra	Ensayo clínico aleatorizado	633	El estudio PIONEER I y PIONEER II incluyó a 307 y 326 pacientes, respectivamente, con características basales similares entre los grupos de tratamiento, salvo por el peso corporal significativamente mayor en el grupo placebo de PIONEER II. En el periodo 1 de ambos estudios, un mayor porcentaje de pacientes en el grupo tratado con adalimumab alcanzó la respuesta clínica primaria (según HiSCR) a las 12 semanas, con diferencias estadísticamente significativas (PIONEER I: 41.8% frente a 26.0%, P=0.003; PIONEER II: 58.9%

Número de artículo / Base de datos	Título	Autores	Año	País	Diseño del estudio	Participantes	Resultados principales
							frente a 27.6%, $P < 0.001$). En PIONEER II, el tratamiento con adalimumab también mostró mejoras significativas en varios puntos secundarios, como la reducción de abscesos e nódulos inflamatorios y el dolor en la piel, mientras que en PIONEER I no se observaron efectos significativos en estos mismos resultados. Sin embargo, durante el periodo 2, no hubo diferencias significativas entre adalimumab y placebo, independientemente de la dosis o la respuesta clínica inicial en la semana 12. En cuanto a los eventos adversos, las tasas fueron similares entre los grupos de tratamiento, con la mayoría siendo de gravedad leve o moderada. Se reportaron algunos eventos graves, como un carcinoma de células escamosas en la nariz en PIONEER II y un carcinoma mamario en PIONEER I, así como una muerte en PIONEER II relacionada con un paro cardiorrespiratorio. No se observaron cambios clínicamente significativos en las mediciones de laboratorio o signos vitales en los pacientes tratados con adalimumab.
4	Adalimumab in conjunction with surgery compared with adalimumab monotherapy for hidradenitis	Aarts, P., van Huijstee, J. C., van der Zee, H. H., van Doorn, M. B. A., van Straalen, K. R., & Prens, E. P.	2023	Holanda	Ensayo clínico controlado aleatorizado	62	Al final del tratamiento, el grupo de cirugía mostró una mayor reducción en el IHS4 en comparación con el grupo de monoterapia (-19.1 frente a -7.8 , $P < .001$). Además, un mayor porcentaje de pacientes en el grupo de cirugía logró una mejora de ≥ 2 puntos en la escala Hidradenitis Suppurativa Physician's Global Assessment (58% frente a 18%, $P < .001$). Aunque no hubo diferencias significativas en el cambio medio en el número de

Número de artículo / Base de datos	Título	Autores	Año	País	Diseño del estudio	Participantes	Resultados principales
	suppurativa: A Randomized Controlled Trial in a real-world setting - Journal of the American Academy of Dermatology						abscesos, el grupo de cirugía presentó una mayor reducción en los túneles drenantes (-4.1 frente a -1.6, P = .002). En cuanto a la mejora en la calidad de vida, el grupo de cirugía mostró una mayor reducción en el Dermatology Life Quality Index (-8.2 frente a -4, P = .02) y una disminución significativa en la puntuación de dolor (P = .044). Además, más pacientes en el grupo de cirugía (93%) estaban satisfechos con la estrategia de tratamiento en comparación con el grupo de monoterapia (65%, P = .02). Sin embargo, en cuanto a los eventos adversos, un mayor porcentaje de pacientes del grupo de monoterapia reportaron efectos adversos (94% frente a 68%, P = .01), siendo los más comunes los brotes de HS, infecciones virales/bacterianas y dolor postoperatorio. En términos de eventos adversos graves, se reportaron 2 en cada grupo, pero todos fueron considerados no relacionados con las intervenciones del estudio. A lo largo del estudio, el 71% de los pacientes del grupo de monoterapia optaron por cirugía durante o dentro de los 3 meses posteriores a la finalización del estudio.
5	How Adalimumab Impacts Antibiotic Prescriptions in Patients Affected by	Martora, F., Marasca, C., Picone, V., Fabbrocini, G., Fornaro, L., & Megna, M.	2023	Italia	Estudio prospectivo y análisis retrospectivo	58	En este estudio, 58 pacientes con Hidradenitis Suppurativa (HS) fueron tratados con adalimumab durante un año. Los resultados mostraron una reducción significativa en el uso de antibióticos, con una disminución promedio de 20.28 días de tratamiento antibiótico en comparación con el año previo al tratamiento (P < 0.0001). En cuanto a los brotes de la enfermedad, se observó una reducción en el

Número de artículo / Base de datos	Título	Autores	Año	País	Diseño del estudio	Participantes	Resultados principales
	Hidradenitis Suppurativa: A 1-Year Prospective Study and Retrospective Analysis						<p>número de brotes anuales, pasando de 4.20 a 2.32, y también se redujo la duración de los brotes de 5.94 a 3.90 días. En cuanto al IHS4 (International Hidradenitis Suppurativa Severity Score), los pacientes presentaron una mejora significativa, con una puntuación media de 6.10 al final del tratamiento frente a 12.88 al inicio ($P < 0.0001$). También se observó una mejora en la calidad de vida de los pacientes, reflejada en una disminución significativa en el puntaje del DLQI (Dermatology Life Quality Index), pasando de 16.84 a 7.16 ($P < 0.0001$). Además, los pacientes reportaron una disminución en el dolor, con una reducción significativa en la puntuación de la escala VAS de dolor, de 6.98 a 3.32 ($P < 0.0001$).</p>

Número de artículo / Base de datos	Título	Autores	Año	País	Diseño del estudio	Participantes	Resultados principales
6	Clindamycin versus clindamycin plus rifampicin in hidradenitis suppurativa treatment: Clinical and ultrasound observations	Caposiena Caro, R. D., Cannizzaro, M. V., Botti, E., Di Raimondo, C., Di Matteo, E., Gaziano, R., & Bianchi, L.	2018	Italia	Estudio retrospectivo	60	<p>En este estudio participaron 60 pacientes con Hidradenitis Suppurativa (HS), distribuidos en dos grupos de 30 pacientes cada uno. Al final de 8 semanas de tratamiento con antibióticos orales, ambos grupos mostraron respuestas similares en términos de la reducción del puntaje IHS4 y en la proporción de pacientes con respuesta clínica según el HiSCR (56.7% en el grupo A y 63.3% en el grupo B). Sin embargo, el grupo B mostró una disminución estadísticamente mayor en los puntajes de dolor en la escala VAS y en la calidad de vida (DLQI), en comparación con el grupo A. A lo largo del tratamiento, la respuesta fue significativamente mejor en pacientes con HS en etapas I y II de Hurley, así como en aquellos con formas leves a moderadas de HS según el IHS4. Un año después del tratamiento, la supervivencia libre de enfermedad fue similar en ambos grupos.</p> <p>En cuanto a la reducción de lesiones, ambos grupos presentaron una disminución significativa en el número de nódulos y abscesos, con un mayor descenso en el grupo A (53.7% y 67.4% respectivamente), mientras que el grupo B mostró una mayor disminución en el número de túneles drenantes (38.8% frente a 14.8% en el grupo A). No se encontraron diferencias estadísticas significativas entre los grupos en cuanto a la reducción de nódulos y abscesos, pero sí en la disminución de los</p>

Número de artículo / Base de datos	Título	Autores	Año	País	Diseño del estudio	Participantes	Resultados principales
							<p>túneles drenantes ($P = 0.002$), lo cual favoreció al grupo B.</p> <p>La mayoría de las lesiones afectaron las áreas axilares e inguinales, sin diferencias significativas entre los grupos. En cuanto a la seguridad, no se reportaron eventos adversos graves ni discontinuaciones del tratamiento. Los efectos secundarios más comunes fueron diarrea (20% en el grupo A y 13.3% en el grupo B) y 1 caso de candidiasis vaginal en el grupo A.</p>

Número de artículo / Base de datos	Título	Autores	Año	País	Diseño del estudio	Participantes	Resultados principales
7	The efficacy and tolerability of tetracyclines and clindamycin plus rifampicin for the treatment of hidradenitis suppurativa: Results of a prospective European cohort study	Van Straalen, K. R., Tzellos, T., Guillem, P., Benhadou, F., Cuenca-Barrales, C., Daxhelet, M., Daoud, M., Eftymiou, O., Giamarellos-Bourboulis, E. J., Jemec, G. B. E., Katoulis, A. C., Koenig, A., Lazaridou, E., Marzano, A. V., Matusiak, Q., Molina-Leyva, A., Moltrasio, C., Pinter, A., Potenza, C., Romani, J., Saunte, D. M., Skroza, N., Stergianou, D., Szepietowski, J., Trigoni, A.,	2021	Europa	Estudios cohorte retrospectivo	283	<p>Este estudio incluyó a 283 pacientes con Hidradenitis Suppurativa (HS) que recibieron tratamiento con tetraciclinas (63.6%) o con una combinación de clindamicina y rifampicina (36.4%). Los pacientes tratados con la combinación de antibióticos mostraron una enfermedad más grave en comparación con los tratados con tetraciclinas, con un mayor número de nódulos inflamatorios, túneles drenantes, y un mayor puntaje en IHS4 y Hurley. Ambos grupos mostraron una reducción significativa en el puntaje IHS4, aunque no hubo diferencia significativa entre los grupos en cuanto a la proporción de pacientes que alcanzaron la respuesta clínica HiSCR (40.1% en el grupo de tetraciclinas y 48.2% en el grupo de combinación).</p> <p>Ambos grupos también experimentaron mejoras significativas en la calidad de vida (DLQI), el dolor (NRS Pain) y el prurito (NRS pruritus) después de 12 semanas de tratamiento. No hubo diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la proporción de pacientes que alcanzaron el cambio clínicamente significativo (MCID) en el dolor o en el DLQI. Los pacientes en etapa III de Hurley o con HS más grave (IHS4 severo) lograron con mayor frecuencia la reducción en el dolor en el grupo de tetraciclinas.</p> <p>En cuanto a los efectos adversos, se reportaron efectos</p>

Número de artículo / Base de datos	Título	Autores	Año	País	Diseño del estudio	Participantes	Resultados principales
		Vilarrasa, E., & van der Zee, H. H.					gastrointestinales en el 16.4% de los pacientes tratados con tetraciclinas y en el 11.8% de los tratados con la combinación de clindamicina y rifampicina. La tasa de discontinuación del tratamiento por efectos adversos no fue significativamente diferente entre los grupos (10.7% para tetraciclinas y 15.8% para combinación de antibióticos). Además, las mujeres tratadas con tetraciclinas presentaron más efectos gastrointestinales que los hombres. No se encontraron asociaciones significativas entre características de los pacientes (como índice de masa corporal, edad o tabaquismo) y la discontinuación del tratamiento o efectos adversos gastrointestinales.
8	Efficacy of ertapenem in severe hidradenitis suppurativa: a pilot study in a	Join-Lambert, O., Coignard-Biehler, H., Jais, J.-P., Delage, M., Guet-Revillet,	2016	Paris	Estudio cohorte	30	El estudio evaluó a 30 pacientes con Hidradenitis Suppurativa (HS) tratados con un curso de 6 semanas de ertapenem seguido de un tratamiento de consolidación. Al final de las 6 semanas, el puntaje de Sartorius, que mide la gravedad de la enfermedad, disminuyó significativamente de 49.5 a 19.0 (P < 0.0001), lo que

Número de artículo / Base de datos	Título	Autores	Año	País	Diseño del estudio	Participantes	Resultados principales
	cohort of 30 consecutive patients	H., Poirée, S., Duchatelet, S., Jullien, V., Hovnanian, A., Lortholary, O., Nassif, X., & Nassif, A					refleja una mejora clínica sustancial. Además, el 67% de las lesiones en Hurley etapa 1 y el 26% en etapa 2 lograron remisión clínica. Durante el seguimiento de 6 meses, los pacientes que continuaron con el tratamiento de consolidación mostraron una mejora adicional en el puntaje de Sartorius, que disminuyó de 50.5 a 12.0 (P = 0.034). El número de áreas activas de HS por paciente también disminuyó de 4.5 a 1.5 (P = 0.03), y el 59% de estos pacientes alcanzaron remisión clínica de sus lesiones. Las lesiones en Hurley etapa 1 alcanzaron una remisión del 100%, en etapa 2 del 96%, y en etapa 3 del 27% (P < 0.0001). En cuanto a los efectos adversos, los más comunes durante el tratamiento con ertapenem fueron la candidiasis oral y vaginal (27%) y síntomas gastrointestinales como dolor abdominal y diarrea (20%). Durante el tratamiento de consolidación, los efectos secundarios más frecuentes fueron gastrointestinales (60%) y candidiasis (50%). El estudio concluye que el tratamiento con ertapenem seguido de consolidación fue efectivo para mejorar la severidad de HS y prevenir recaídas, especialmente en los pacientes que siguieron el tratamiento de manera consistente.

Fuente: Elaboración propia, 2025.

En esta tabla se incluye un total de 8 estudios, a cada uno de ellos se les asigna un número indicado en la columna correspondiente a número de artículo, además, se incluyen las características principales como lo son título, autores, año de publicación, país, tipo de estudio al que corresponden y número de participantes incluidos. Por último, se da un resumen de los resultados principales de cada investigación.

Tabla 5.

Tipos de intervención.

Artículo	Tipo de intervención	Detalles de la intervención
1	Tratamiento quirúrgico	Se realizaron 29 cirugías primarias para abordar un total de 34 lesiones, todas ellas basadas en la resección completa del área afectada. En cuanto a la reconstrucción, la mayoría de las lesiones (88%) se trataron con reconstrucción inmediata, utilizando diversas técnicas: cierre primario en el 23.5% de los casos, injertos en el 6% y colgajos cutáneos locorregionales en el 50%, empleando territorios vasculares conocidos a través de pedículo o perforador presumido. En 4 casos (22%), debido a infección activa y un lecho inadecuado para cobertura inmediata, se optó por una reconstrucción tardía tras desbridamiento y la aplicación de terapia de presión negativa. En cuanto a la distribución de las lesiones, se observó una predominancia de lesiones axilares (56%), seguidas de lesiones glúteas (23%) e inguinales (21%)

Artículo	Tipo de intervención	Detalles de la intervención
2	Tratamiento quirúrgico	Reconstrucción con colgajos perforantes paraescapulares derechos o izquierdos e intercostal anterior para cobertura de defectos axilares o esternales en pacientes con hidradenitis supurativa.
3	Uso de Adalimumab	Administración de 40 mg de adalimumab semanal o un placebo, con un seguimiento a largo plazo para evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento, y el uso complementario de un lavado antiséptico para las lesiones.
4	Uso en conjunto de adalimumab y cirugía comparada con adalimumab en monoterapia	Ambos grupos, el de cirugía y el de monoterapia, recibieron tratamiento con adalimumab (40 mg semanalmente) durante 12 meses, con visitas de seguimiento en el hospital cada 3 meses. En el grupo con cirugía, además del tratamiento con adalimumab, los pacientes fueron sometidos a hasta dos intervenciones quirúrgicas durante el tratamiento, a los 3 meses. Estas intervenciones incluyeron procedimientos como derroofing (eliminación de quistes) y excisiones limitadas o amplias de las áreas afectadas por la hidradenitis supurativa. En el grupo de monoterapia, los pacientes que no alcanzaron el HiSCR (Hidradenitis Suppurativa Clinical Response) después de 6 meses de tratamiento con adalimumab, tuvieron la opción de cambiar al grupo quirúrgico para recibir las intervenciones quirúrgicas mencionadas.

Artículo	Tipo de intervención	Detalles de la intervención
5	Uso de Adalimumab	Adalimumab (anti-TNF) durante un año, con evaluaciones de los parámetros de control de la enfermedad, calidad de vida, dolor y severidad de la enfermedad antes y después del tratamiento
6	Uso de antibióticos	Tratamiento antibiótico combinado con clindamicina y rifampicina o solo clindamicina, con seguimiento y tratamiento adicional con adalimumab u otros fármacos sistémicos para aquellos que no lograron la respuesta clínica esperada (HiSCR) o tuvieron recaídas.
7	Uso de antibióticos	Tratamiento con antibióticos orales (tetraciclinas, clindamicina y rifampicina) durante 12 semanas, con evaluaciones del dolor, la calidad de vida, y la respuesta clínica (HiSCR) a lo largo del estudio. Los pacientes que no alcanzaron una mejora suficiente fueron monitoreados para evaluar la efectividad del tratamiento.
8	Uso de antibióticos	Tratamiento inicial con ertapenem 1 g al día por 6 semanas, seguido de un tratamiento de consolidación con antibióticos combinados (rifampicina, moxifloxacino y metronidazol) por 6 semanas más, con ajustes según efectos secundarios y recaídas, y un tratamiento de profilaxis secundaria en caso de remisión clínica.

Fuente: *Elaboración propia, 2025.*

En esta tabla se detallan los tipos de intervención usados en los estudios incluidos, tomando en cuenta tratamiento quirúrgico y farmacológico. En la primera columna se indica el número de artículo, asignado en la tabla número 4. Ambas intervenciones son pilares en el tratamiento de los pacientes con hidradenitis supurativa para controlar dolor, mejorar síntomas y calidad de vida, además, de disminuir la tasa de recurrencias.

*Tabla 6.**Beneficios clínicos.*

Artículo	Intervención	Beneficios clínicos
		El 73.5% de los pacientes experimentaron una curación eficiente 12 semanas después de la cirugía, lo que indica un buen éxito en la recuperación inicial. La reconstrucción con colgajos resultó en una curación más eficiente y una menor recurrencia en comparación con el cierre primario.
1	Resección total del área afectada con reconstrucción inmediata o tardía	El análisis inferencial reveló que las tasas de recurrencia fueron significativamente menores en aquellos que se sometieron a una reconstrucción con colgajos locorreionales (ya sea pediculados o perforadores) en comparación con otros métodos. La estrategia de resección radical seguida de cobertura con colgajo locorreional (pediculado o perforador) fue la más efectiva en términos de resultados tardíos. Esto sugiere que este enfoque es la mejor opción para manejar la enfermedad a largo plazo.
2	Reconstrucción con uso de colgajos perforantes paraescapulares o intercostales	Los colgajos fasciocutáneos de perforantes ofrecieron beneficios clínicos importantes, como la mejora funcional y la eliminación del dolor crónico, siendo recomendados para casos complejos de hidradenitis supurativa a pesar de que los resultados estéticos fueron moderados.

Artículo	Intervención	Beneficios clínicos
3	Administración de 40 mg de adalimumab semanal o placebo	El tratamiento con adalimumab proporcionó una mejor respuesta clínica en comparación con el placebo sin un aumento significativo en los eventos adversos graves, lo que lo hace una opción terapéutica efectiva y segura para los pacientes.
4	Comparación de uso de adalimumab en conjunto con cirugía y adalimumab en monoterapia	La combinación de adalimumab y cirugía proporciona una mejor respuesta clínica, mejor calidad de vida y mayor satisfacción del paciente, y se recomienda como una opción terapéutica para pacientes con HS moderada a severa.
5	Uso de adalimumab	El tratamiento con adalimumab ha demostrado ser eficaz al reducir la necesidad de antibióticos, controlar las exacerbaciones, y mejorar la estabilidad inflamatoria, lo que mejora significativamente la calidad de vida de los pacientes. Además, se abren posibilidades para nuevas terapias dirigidas a citocinas en pacientes con HS refractaria.
6	Uso de clindamicina más rifampicina o	El tratamiento con antibióticos demostró ser eficaz en el manejo de pacientes con hidradenitis supurativa (HS), proporcionando una alternativa terapéutica para controlar la enfermedad. El estudio sugiere que la clindamicina sola podría ser una alternativa segura y eficaz a la combinación de clindamicina y rifampicina,

Artículo	Intervención	Beneficios clínicos
	clindamicina en monoterapia	independientemente del estadio clínico de la hidradenitis supurativa, lo que simplifica el tratamiento y puede reducir los efectos secundarios asociados a la combinación de antibióticos.
7	Uso de distintos antibióticos como tetraciclinas, clindamicina y rifampicina durante 12 semanas	El tratamiento con tetraciclinas y la combinación de clindamicina y rifampicina mostró una mejora significativa en los síntomas de la hidradenitis supurativa, especialmente en la severidad de la enfermedad y la calidad de vida, lo que valida el uso de estos antibióticos como opciones de tratamiento efectivas.
8	Uso de ertapenem durante 6 semanas sumando otras 6 semanas de antibióticos combinados	El estudio demuestra que un tratamiento de 6 semanas con ertapenem puede ser eficaz en la mejora de la hidradenitis supurativa grave, pero los tratamientos de consolidación son esenciales para mantener las mejoras y prevenir recaídas. Además, los pacientes que cumplieron con el tratamiento mostraron mejores resultados en términos de remisión clínica y reducción de la gravedad de la enfermedad

Fuente: Elaboración propia, 2025.

En esta tabla se indica en la columna 1 el número asignado para cada artículo, en la columna 2 se resume el tipo de intervención utilizada y por último en la columna 3 se mencionan los beneficios clínicos de los pacientes incluidos en cada estudio.

Las intervenciones quirúrgicas muestran ser una de las mejores opciones para una recuperación a largo plazo de los pacientes que padecen hidradenitis supurativa, disminuyendo el dolor y mejorando su funcionalidad. Con respecto al tratamiento farmacológico uno de los más utilizados es el adalimumab perteneciente al grupo de inhibidores del factor de necrosis tumoral, demostró ser eficaz ya sea en monoterapia o combinado con otros fármacos, además, disminuye la necesidad de uso de antibióticos.

Los antibióticos son base en el tratamiento de la patología también conocida como acné inversa, en múltiples estudios muestran mejora significativa en los síntomas y la calidad de vida de los pacientes.

Tabla 8.**Resultados clínicos.**

Artículo	Resultados clínicos
1	<p>En este estudio, se siguió a 19 pacientes con Hidradenitis Supurativa (HS), con una edad media de 32 años y un IMC de 28 kg/m². Las lesiones se localizaron principalmente en axilas (56%), glúteos (23%) y zona inguinal (21%). El 69% de los pacientes tuvo múltiples lesiones. Se realizaron 29 cirugías para tratar 34 lesiones, la mayoría con reconstrucción inmediata (88%), utilizando cierre primario, injertos y colgajos cutáneos. El 64.5% de las lesiones presentó complicaciones locales, y el 73.5% tuvo curación adecuada a las 12 semanas. Después de un año, el 50% no presentó recidiva. Los colgajos locoregionales mostraron la menor tasa de recidiva (22%) y los mejores resultados, especialmente en las lesiones axilares y glúteas. Aunque no hubo diferencias en las complicaciones locales, sí se observó una diferencia significativa en las tasas de recidiva, destacando los colgajos locoregionales como la opción más efectiva.</p>
2	<p>En este estudio, se realizaron 7 reconstrucciones axilares y una esternal en 5 pacientes con grados 1-3, y en un paciente con grado 4, se reconstruyeron ambas axilas y la región esternal en un único procedimiento. El área media de los defectos axilares fue de 128 cm² y el de los colgajos utilizados de 136 cm². El defecto esternal fue de 45 cm², y el colgajo utilizado tenía un área de 50 cm². Todos los pacientes fueron hospitalizados 2 días. La única complicación inmediata fue una pérdida parcial del colgajo en su extremo distal, que se resolvió con curaciones, y un paciente presentó cicatrices hipertróficas. Después de un seguimiento medio de 26,2 meses, no hubo</p>

Artículo**Resultados clínicos**

recidiva clínica y todos los pacientes recuperaron una función adecuada de las axilas y los hombros.

3

En los estudios PIONEER I y II, se incluyeron 307 y 326 pacientes, respectivamente. En cuanto a eficacia, los pacientes tratados con adalimumab mostraron una mayor tasa de respuesta clínica primaria a las 12 semanas en comparación con el placebo (PIONEER I: 41.8% vs. 26.0%, $P=0.003$; PIONEER II: 58.9% vs. 27.6%, $P<0.001$). En el PIONEER II, adalimumab también mostró mejoras significativas en puntos secundarios como la reducción de abscesos y nódulos inflamatorios, el dolor en la piel y el puntaje de Sartorius modificado, pero no en el PIONEER I.

En cuanto a seguridad, los eventos adversos fueron similares en ambos grupos de tratamiento en ambos estudios, con la mayoría de los eventos siendo leves o moderados. En el periodo 1, las tasas de eventos adversos graves fueron bajas: 1.3% en PIONEER I y 1.8% y 3.7% en los grupos de PIONEER II. Durante el seguimiento, se reportaron dos casos de cáncer (uno de mama y otro de células escamosas) y un fallecimiento por paro cardiorrespiratorio en un paciente con antecedentes de diabetes y tabaquismo. No hubo cambios clínicos significativos en las mediciones de laboratorio o signos vitales en los pacientes tratados con adalimumab.

Artículo**Resultados clínicos**

- Al final del estudio, el 21% de los pacientes abandonaron antes de los 12 meses, con una tasa de abandono ligeramente mayor en el grupo de monoterapia (23%) que en el grupo de cirugía (19%). En cuanto a eficacia, el grupo de cirugía mostró una mayor disminución en el IHS4 y una mejora significativa en la escala Hidradenitis Suppurativa Physician's Global Assessment (58% frente a 18%, $P < .001$). Los túneles de drenaje también disminuyeron más en el grupo de cirugía (-4.1 frente a -1.6, $P = .002$).
- 4 En calidad de vida, el grupo de cirugía mostró una mayor mejora en el Dermatology Life Quality Index (-8.2 frente a -4, $P = .02$), una disminución significativa en el dolor ($P = .044$) y mayor satisfacción con el tratamiento (93% frente a 65%, $P = .02$). El 71% de los pacientes de monoterapia optaron por cirugía dentro de los 3 meses siguientes al estudio.
- En cuanto a seguridad, el 94% de los pacientes del grupo de monoterapia reportaron eventos adversos frente al 68% en el grupo de cirugía ($P = .01$). La mayoría fueron leves, como exacerbaciones de HS, infecciones y dolor postoperatorio. Los eventos adversos graves fueron poco frecuentes, con dos casos en cada grupo, y se consideraron no relacionados con el tratamiento.
-

Artículo**Resultados clínicos**

Los pacientes utilizaron un promedio de 21.48 días de antibióticos durante el tratamiento con adalimumab. El 58% recibió una combinación de clindamicina y rifampicina, el 30% limeciclina y el 12% doxiciclina. Los pacientes experimentaron un promedio de 2.32 brotes al año, con una duración promedio de 3.90 días por brote.

5 Antes de iniciar el tratamiento con adalimumab, los pacientes usaban un promedio de 41.47 días de antibióticos al año, pero después de 12 meses de tratamiento, hubo una reducción significativa de 20.28 días ($p < 0.0001$). También se observó una disminución significativa en el número de brotes anuales, pasando de 4.20 a 2.32, y en la duración de los brotes.

En cuanto al IHS4, los pacientes mejoraron de un puntaje promedio de 12.88 (HS grave) a 6.10 (HS moderado, $p < 0.0001$). El DLQI también mejoró significativamente, pasando de 16.84 (impacto grave en la calidad de vida) a 7.16 ($p < 0.0001$). Finalmente, el dolor disminuyó significativamente en la escala VAS, de un promedio de 6.98 a 3.32 ($p < 0.0001$).

Artículo**Resultados clínicos**

Después de 8 semanas de tratamiento, la respuesta clínica medida por HiSCR fue similar en ambos grupos: 56.7% en el grupo A y 63.3% en el grupo B ($P = .598$). No hubo diferencias significativas en la mejora del IHS4 entre ambos grupos ($P = .510$). Sin embargo, el grupo B mostró una mayor disminución en el dolor (VAS) y una mejoría en la calidad de vida (DLQI) en comparación con el grupo A ($P = .038$ y $P = .037$, respectivamente).

Los pacientes con HS en estadios I y II de Hurley y con HS leve o moderada mostraron una mayor respuesta al tratamiento en comparación con los del estadio III y con HS grave ($P < .001$ y $P = .02$). A un año, la supervivencia libre de enfermedad fue similar en ambos grupos ($P = .125$).

6

Ambos grupos mostraron una mayor reducción de nódulos y abscesos que de túneles drenantes. El grupo A tuvo una reducción del 53.7% en nódulos y 67.4% en abscesos, mientras que el grupo B mostró una reducción del 46.7% en nódulos y 68.1% en abscesos. Los túneles drenantes disminuyeron más en el grupo B (38.8%) que en el grupo A (14.8%) ($P = .002$). Las axilas y la ingle fueron las áreas más afectadas, pero no hubo diferencias significativas en la respuesta entre ellas.

Factores como la edad, el IMC y el puntaje IHS4 se asociaron con la respuesta clínica. En el análisis de regresión, la afectación axilar y el puntaje IHS4 fueron los factores más influyentes.

No hubo eventos adversos graves ni abandonos del tratamiento. Los efectos adversos más comunes fueron diarrea (20% en el grupo A y 13.3% en el grupo B) y candidiasis vaginal en un paciente del grupo.

Artículo**Resultados clínicos**

El estudio incluyó a 283 pacientes con Hidradenitis Suppurativa (HS), de los cuales el 63.6% recibió tetraciclinas (tetraciclina, doxiciclina y minociclina) y el 36.4% una combinación de clindamicina y rifampicina. No hubo diferencias significativas entre los grupos en cuanto a características demográficas o antecedentes, aunque los pacientes con clindamicina y rifampicina tenían una enfermedad más grave. Ambos grupos mostraron mejoras significativas en el puntaje IHS4, con reducción de nódulos, abscesos y túneles drenantes, sin diferencias entre ellos.

7

La respuesta clínica según HiSCR fue similar (40.1% en tetraciclinas y 48.2% en clindamicina y rifampicina), y no se relacionó con el estadio de Hurley ni con el IHS4. Ambos grupos experimentaron mejoras significativas en la calidad de vida (DLQI), dolor (NRS Pain) y prurito (NRS Pruritus), sin diferencias en las mejoras mínimas clínicas importantes.

En cuanto a los efectos secundarios, los pacientes con tetraciclinas reportaron más problemas gastrointestinales (16.4%) que aquellos con clindamicina y rifampicina (11.8%), pero ninguno causó la discontinuación significativa del tratamiento. La tasa de discontinuación fue del 10.7% para tetraciclinas y del 15.8% para clindamicina y rifampicina. Las mujeres con tetraciclinas experimentaron más efectos gastrointestinales que los hombres. En resumen, ambos tratamientos mostraron mejoras clínicas significativas, sin diferencias importantes en eficacia o efectos adversos.

8

En este estudio, participaron 30 pacientes con Hidradenitis Suppurativa (HS), quienes presentaron 133 áreas activas de la enfermedad. Tras 6 semanas de tratamiento con ertapenem, se observó una mejora significativa en el puntaje de Sartorius, con reducción de la gravedad y número de las áreas activas. El 67% de las lesiones en estadio Hurley 1 y el 26% en estadio Hurley 2 alcanzaron remisión clínica. En el seguimiento de 6 meses, los pacientes que continuaron con tratamiento de consolidación mostraron una tasa de remisión del 59%, mientras que los "no cumplidores" tuvieron recaídas.

Los efectos secundarios más comunes fueron candidiasis oral y vaginal (27%) y síntomas gastrointestinales leves (20%). Durante el tratamiento de consolidación, los efectos secundarios más frecuentes fueron gastrointestinales (60%) y candidiasis (50%). En resumen, el tratamiento con ertapenem y la terapia de consolidación fueron efectivos para mejorar las lesiones graves de HS y prevenir recaídas.

En esta tabla se presenta en la primera columna el número asignado para cada estudio y en la segunda columna se especifican los resultados clínicos principales que demostró cada investigación. Todas las intervenciones realizadas demostraron ser necesarias en el manejo de los pacientes que presentan esta patología.

Las intervenciones quirúrgicas como se mencionó anteriormente tienen una alta tasa de resolución, mejoría de síntomas, calidad de vida y funcionalidad de los pacientes. El tratamiento farmacológico ha sido usado como primera línea en hidradenitis supurativa, que al igual que las intervenciones quirúrgicas, demuestra ser efectivo para combatir los síntomas y complicaciones de esta enfermedad.

CAPITULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

5.1 INTRODUCCIÓN

El manejo adecuado de la hidradenitis supurativa (HS) sigue siendo un desafío significativo dentro del campo dermatológico, especialmente cuando se trata de pacientes sin factores de riesgo previamente establecidos. El presente capítulo tiene como objetivo general evaluar las estrategias de manejo de esta patología a través de una revisión sistemática, con el fin de determinar la eficacia y seguridad de los tratamientos actualmente disponibles. Este enfoque tiene una importancia particular en la mejora de la atención clínica, dado que los pacientes sin factores de riesgo pueden presentar características clínicas distintas que podrían influir en la respuesta a los tratamientos.

En este contexto, se abordarán tres objetivos específicos que guiarán el análisis detallado. El primer objetivo consiste en identificar las intervenciones terapéuticas documentadas para el tratamiento de la hidradenitis supurativa en pacientes sin factores de riesgo, lo que incluye tanto tratamientos médicos como quirúrgicos y combinados.

A continuación, se analizarán los resultados clínicos asociados con las diferentes estrategias de manejo en este grupo poblacional, evaluando variables clave como la reducción de lesiones, el control del dolor y la mejora en la calidad de vida de los pacientes. Finalmente, se procederá a comparar la eficacia y seguridad de las distintas estrategias terapéuticas empleadas en el manejo de esta condición, con el fin de ofrecer una visión clara sobre los tratamientos más efectivos y menos invasivos para esta población específica.

Este capítulo tiene como propósito proporcionar una revisión exhaustiva y comparativa que permita optimizar el abordaje terapéutico de la hidradenitis supurativa en pacientes sin factores

de riesgo, contribuyendo así al avance en las estrategias de tratamiento y mejorando la calidad de vida de los pacientes afectados.

5.2 Intervenciones terapéuticas

Se analizan las principales intervenciones terapéuticas documentadas en la literatura científica para el tratamiento de la hidradenitis supurativa en pacientes sin factores de riesgo, tanto a nivel médico como quirúrgico y combinado. Los estudios seleccionados incluyen una variedad de enfoques terapéuticos, desde tratamientos quirúrgicos invasivos hasta terapias médicas innovadoras.

Un total de 29 cirugías primarias fueron realizadas para abordar 34 lesiones, todas ellas mediante resección completa del área afectada. En cuanto a la reconstrucción de las áreas intervenidas, el 88% de las lesiones fueron tratadas con reconstrucción inmediata, utilizando diversas técnicas. De estas, el 23.5% se resolvieron con cierre primario, el 6% con injertos y el 50% con colgajos cutáneos locorregionales, empleando territorios vasculares conocidos, como los pedículos o perforadores presumidos. En 4 casos (22%), debido a la presencia de infección activa y a un lecho inadecuado para cobertura inmediata, se optó por una reconstrucción tardía tras desbridamiento y aplicación de terapia de presión negativa. La distribución de las lesiones mostró una predominancia de lesiones axilares (56%), seguidas de lesiones glúteas (23%) e inguinales (21%).

Como se indica en Estrada et al. (2019), la intervención quirúrgica con resección completa o localizada suele utilizarse en caso de pacientes que se encuentren en etapa Hurley II o III, como era el caso de estos pacientes. Pero además indica que la cirugía se usa de manera complementaria con el tratamiento médico.

Otro de los métodos quirúrgicos más empleados en el tratamiento de HS es el uso de colgajos perforantes para reconstrucción, como se menciona en Dagnino et al. (2021), En algunos casos de hidradenitis supurativa, especialmente en lesiones axilares o esternales, se utilizó la reconstrucción con colgajos perforantes paraescapulares derechos o izquierdos, así como colgajos intercostales anteriores, como método para cubrir los defectos generados por la resección. Estos procedimientos proporcionaron una cobertura adecuada para los defectos difíciles de tratar en áreas anatómicas complejas.

El manejo de la hidradenitis supurativa tiene ciertos pilares entre ellos el tratamiento con adalimumab (Anti-TNF), varios estudios incluyeron la administración de adalimumab, un anticuerpo monoclonal anti-TNF, como tratamiento en monoterapia y combinado. En un estudio, se administró 40 mg de adalimumab semanalmente, junto con un placebo, durante un seguimiento a largo plazo para evaluar su eficacia y seguridad, con el uso complementario de un lavado antiséptico para las lesiones.

En un estudio comparativo, se encontró que los pacientes en el grupo quirúrgico, además del tratamiento con adalimumab, recibieron hasta dos intervenciones quirúrgicas adicionales durante el tratamiento. Estas incluyeron procedimientos como derroofing (eliminación de quistes) y resecciones localizadas o completas de las áreas afectadas por la hidradenitis supurativa. Aquellos pacientes que no alcanzaron el HiSCR (Hidradenitis Suppurativa Clinical Response) después de seis meses de tratamiento con adalimumab, tuvieron la opción de cambiar al grupo quirúrgico. Esto se respalda en Estrada et al. (2019), en el manejo clínico de hidradenitis supurativa, donde se indica que el adalimumab entre los agentes biológicos, es el que presenta mejor perfil de eficacia y seguridad.

Se utilizaron diferentes combinaciones de antibióticos, como clindamicina y rifampicina, en combinación o de manera individual, con seguimiento adicional mediante el uso de adalimumab u otros fármacos sistémicos para aquellos pacientes que no lograron una respuesta clínica adecuada (HiSCR) o presentaron recaídas. Además, en un estudio, se administraron antibióticos orales (tetraciclinas, clindamicina y rifampicina) durante 12 semanas, con evaluaciones continuas de los parámetros de dolor, calidad de vida y respuesta clínica a lo largo del estudio. Los pacientes que no mostraron mejoría suficiente fueron monitoreados para evaluar la efectividad del tratamiento.

En algunos casos, se utilizó un tratamiento inicial con ertapenem (1 g al día por 6 semanas), seguido de un tratamiento de consolidación con antibióticos combinados (rifampicina, moxifloxacino y metronidazol) por otras 6 semanas, con ajustes según efectos secundarios y recaídas. Un enfoque adicional incluyó un tratamiento de profilaxis secundaria en pacientes con remisión clínica, con el objetivo de evitar recaídas a largo plazo.

Estos resultados indican una variedad de enfoques terapéuticos utilizados en el tratamiento de la hidradenitis supurativa en pacientes sin factores de riesgo. La combinación de tratamientos quirúrgicos y médicos, particularmente con el uso de adalimumab y antibióticos, ha mostrado ser una estrategia prometedora para el manejo de esta compleja enfermedad. La eficacia de los tratamientos varió según el enfoque utilizado y la respuesta clínica de cada paciente, lo que subraya la importancia de un manejo personalizado para optimizar los resultados terapéuticos

5.3 Beneficios clínicos de las estrategias de manejo de la hidradenitis supurativa

En la evaluación de las diferentes estrategias de manejo de la hidradenitis supurativa (HS) en pacientes sin factores de riesgo, los resultados clínicos asociados a cada intervención terapéutica

reflejan avances significativos en términos de reducción de lesiones, control del dolor y mejora en la calidad de vida. A continuación, se detallan los principales beneficios clínicos observados en los estudios revisados:

Beneficios de las Intervenciones Quirúrgicas: Se observó que el 73.5% de los pacientes sometidos a cirugía experimentaron una curación eficiente 12 semanas después del procedimiento, lo que indica una recuperación inicial exitosa. La reconstrucción con colgajos fasciocutáneos, en particular, mostró ser más eficaz en términos de curación y reducción de la recurrencia en comparación con el cierre primario. Este enfoque también presentó menores tasas de recurrencia a largo plazo, destacando que la estrategia de resección radical seguida de cobertura con colgajo locorregional fue la más efectiva en cuanto a resultados tardíos.

Esto sugiere que este enfoque quirúrgico es una opción óptima para el manejo de la enfermedad a largo plazo, mejorando la estabilidad clínica y reduciendo la probabilidad de nuevas lesiones.

Mejora Funcional con Colgajos Perforantes: El uso de colgajos fasciocutáneos perforantes mostró beneficios clínicos importantes, como una mejora en la función de la zona afectada y la eliminación del dolor crónico. Estos colgajos resultaron especialmente útiles en casos complejos de HS, aunque los resultados estéticos fueron moderados. Sin embargo, la mejora funcional y la reducción del dolor justifican su recomendación como tratamiento para los pacientes con formas graves de la enfermedad.

Eficacia de Adalimumab (Anti-TNF): El tratamiento con adalimumab proporcionó una respuesta clínica significativamente mejor en comparación con el placebo, respaldado en la literatura presentada por Kimball et al. (2016), sin un aumento considerable de eventos adversos graves. Esto destaca a adalimumab como una opción terapéutica segura y eficaz para el

tratamiento de HS, con efectos positivos tanto en el control de la enfermedad como en la calidad de vida de los pacientes. Además, la combinación de adalimumab y cirugía mostró mejores resultados clínicos, mejor calidad de vida y mayor satisfacción de los pacientes, siendo especialmente útil en aquellos con HS de moderada a severa.

Reducción de la Necesidad de Antibióticos con Adalimumab: El tratamiento con adalimumab no solo redujo la necesidad de antibióticos, sino que también ayudó a controlar las exacerbaciones y mejorar la estabilidad inflamatoria de los pacientes. Esto tuvo un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes, ya que disminuyó la frecuencia de brotes y la necesidad de tratamientos adicionales. Además, la terapia con adalimumab abre nuevas posibilidades para el tratamiento de pacientes con HS refractaria mediante terapias dirigidas a citocinas, lo que representa una opción prometedora para aquellos casos más complejos.

Eficacia del Tratamiento Antibiótico: Los tratamientos antibióticos, como la combinación de clindamicina y rifampicina, demostraron ser eficaces en el manejo de la HS, mejorando la severidad de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes. En particular, el uso de clindamicina sola mostró ser una alternativa segura y eficaz, especialmente en aquellos casos donde la combinación de antibióticos puede generar efectos secundarios. Esta simplificación del tratamiento puede mejorar la adherencia del paciente y reducir los riesgos asociados a la politerapia.

En el estudio realizado por Dagnino et al. (2021), se evidencia como el uso de antibióticos se encuentra entre las primeras opciones de tratamientos sistémicos, sin embargo, se hace énfasis en que el tratamiento con clindamicina como monoterapia ha demostrado la misma o incluso mayor efectividad que la combinación de esta.

Mejoría con Tetraciclinas y Combinación de Antibióticos: El tratamiento con tetraciclinas, así como la combinación de clindamicina y rifampicina, mostró una mejora significativa en los síntomas de HS, particularmente en la severidad de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes. Estos antibióticos continúan siendo opciones válidas y efectivas en el manejo de la enfermedad, proporcionando una base sólida para el tratamiento médico. Las tetraciclinas pueden ser consideradas como primera línea en estadios leves a moderados, así lo indica (guía chilena)

Eficacia de Ertapenem en Casos Graves: El tratamiento con ertapenem durante 6 semanas mostró ser eficaz en la mejora de la HS grave, ayudando a reducir la gravedad de la enfermedad y mejorando la remisión clínica. Sin embargo, se observó que los tratamientos de consolidación son esenciales para mantener las mejoras a largo plazo y prevenir recaídas. Aquellos pacientes que completaron el tratamiento de 6 semanas mostraron resultados significativamente mejores en términos de estabilidad clínica, lo que subraya la importancia de un seguimiento adecuado y un tratamiento continuo para mantener la remisión a largo plazo.

En conclusión, las estrategias terapéuticas analizadas ofrecen importantes beneficios clínicos en el manejo de la hidradenitis supurativa en pacientes sin factores de riesgo. Las intervenciones quirúrgicas, especialmente las que implican el uso de colgajos locorreregionales, junto con tratamientos médicos como adalimumab y antibióticos, han demostrado ser eficaces no solo en la reducción de lesiones y control del dolor, sino también en la mejora significativa de la calidad de vida de los pacientes. La combinación de tratamientos quirúrgicos y médicos ofrece una respuesta clínica integral, lo que permite un manejo más efectivo de la enfermedad a largo plazo.

5.4 Resultados clínicos comparación de eficacia y seguridad

En la comparación de la eficacia y seguridad de distintas estrategias para el manejo de la hidradenitis supurativa (HS) en pacientes sin factores de riesgo, los resultados clínicos varían según el tipo de tratamiento aplicado, pero en general, se observan mejoras sustanciales en los indicadores clave de la enfermedad. En un estudio quirúrgico con 19 pacientes, el 73.5% experimentó una curación adecuada a las 12 semanas, y el 50% de los pacientes no presentó recidivas después de un año, destacándose los colgajos locoregionales como los que presentaron las tasas más bajas de recurrencia (22%). En cuanto a la reconstrucción, todos los pacientes sometidos a cirugía axilar mostraron una recuperación funcional adecuada, sin recidiva clínica, incluso tras un seguimiento promedio de 26.2 meses.

Los estudios de adalimumab (PIONEER I y II) indicaron que este tratamiento biológico presenta una mayor tasa de respuesta clínica a las 12 semanas en comparación con el placebo, con una mejoría significativa en la reducción de abscesos y nódulos inflamatorios, y una disminución del dolor en la piel. Además, el tratamiento mostró una buena seguridad, con eventos adversos graves bajos, siendo generalmente leves o moderados, como lo indica (guía chilena). En cuanto al tratamiento combinado de adalimumab con cirugía, los resultados también fueron positivos, con una mejora significativa en el puntaje IHS4 y en la calidad de vida (medida por el Dermatology Life Quality Index, DLQI), además de una reducción del dolor y mayor satisfacción de los pacientes, aunque con una tasa de abandono ligeramente superior al tratamiento quirúrgico solo.

El tratamiento antibiótico, con combinaciones como clindamicina y rifampicina, así como tetraciclinas, demostró ser eficaz en la reducción de la severidad de la enfermedad, mejorando la calidad de vida y reduciendo los episodios dolorosos, con efectos secundarios mínimos que

no afectaron significativamente la adherencia al tratamiento. En un estudio con 283 pacientes, se observó una mejora significativa en los síntomas y la calidad de vida con ambos tratamientos antibióticos, sin diferencias significativas en términos de eficacia.

Además, el tratamiento con ertapenem mostró mejoras notables en la gravedad de las lesiones y la remisión clínica, especialmente en pacientes con HS grave, aunque los efectos secundarios como la candidiasis y problemas gastrointestinales fueron comunes, aunque manejables.

Finalmente, en el análisis de los tratamientos con antibióticos y biológicos, se observó una reducción notable en el uso de antibióticos con el tratamiento de adalimumab, con una disminución significativa en la cantidad de brotes anuales y la duración de estos, lo que refleja un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes tratados. Estos estudios confirman la eficacia y seguridad de varias estrategias terapéuticas, siendo la combinación de tratamientos quirúrgicos y médicos, especialmente adalimumab, una de las opciones más efectivas para el manejo de la HS en pacientes sin factores de riesgo.

Los resultados sugieren que tanto las intervenciones médicas (tratamiento antibiótico, adalimumab) como las quirúrgicas (reconstrucción con colgajos locoregionales) son opciones viables y efectivas para el manejo de la HS, sin la presencia de factores de riesgo adicionales. En términos de cirugía, la técnica de colgajos locoregionales ha demostrado ser la más efectiva para prevenir recidivas a largo plazo, destacándose especialmente en lesiones axilares y glúteas. En cuanto a los tratamientos médicos, adalimumab parece ofrecer una respuesta más favorable en términos de reducción de lesiones y mejora en la calidad de vida, sin diferencias sustanciales en cuanto a la seguridad entre los grupos tratados con antibióticos o adalimumab.

Según las directrices norteamericanas de tratamiento clínico para la hidradenitis supurativa el manejo necesita un equilibrio entre las opciones de tratamiento médico y quirúrgico, por lo tanto, coincide con los estudios incluidos en esta investigación. (Kimball et al., 2016).

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

6.1.1. Efectividad de las Estrategias Terapéuticas

El manejo de la hidradenitis supurativa en pacientes que no presentan factores de riesgo ha demostrado ser altamente efectivo cuando se implementan estrategias terapéuticas adecuadas. Diversas opciones de tratamiento han sido identificadas y categorizadas en tres enfoques principales: terapias médicas, procedimientos quirúrgicos e intervenciones combinadas. Cada una de estas alternativas ofrece distintos grados de éxito en la disminución de los síntomas, el control del dolor y la mejora de la calidad de vida del paciente.

Las terapias médicas incluyen el uso de antibióticos, antiinflamatorios y fármacos biológicos, los cuales han demostrado ser eficaces para reducir la inflamación y la progresión de la enfermedad en sus primeras etapas. En casos más avanzados, las intervenciones quirúrgicas, como la resección de lesiones o la aplicación de injertos, han mostrado una mejora significativa en la recuperación de los pacientes y en la reducción de la recurrencia. Sin embargo, los mejores resultados suelen lograrse cuando se combinan ambas estrategias, lo que permite abordar la enfermedad de manera integral y adaptada a la severidad de cada caso.

6.1.2. Importancia del Tratamiento Combinado

Las investigaciones han señalado que el tratamiento más eficaz para la hidradenitis supurativa no radica en una única estrategia, sino en la combinación de múltiples enfoques terapéuticos. En particular, la combinación de fármacos con procedimientos quirúrgicos ha demostrado ser más efectiva que la aplicación aislada de cualquiera de estas opciones.

Uno de los avances más relevantes en el tratamiento de la enfermedad es el uso del adalimumab, un inhibidor del factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), que ha evidenciado una notable reducción en la inflamación y en la frecuencia de recaídas. Cuando este fármaco es empleado en conjunto con procedimientos quirúrgicos, como la escisión de lesiones y el uso de colgajos locorreregionales, los pacientes experimentan una disminución significativa en la recurrencia de la enfermedad y una mejor recuperación funcional de las áreas afectadas.

Además, los estudios han demostrado que la combinación de enfoques terapéuticos permite personalizar el tratamiento, ajustándolo a las necesidades individuales de cada paciente. Esto no solo optimiza los resultados clínicos, sino que también mejora la calidad de vida de quienes padecen esta condición.

6.1.3. Beneficios de la Cirugía en Casos Avanzados

En pacientes con formas avanzadas de hidradenitis supurativa, los procedimientos quirúrgicos han demostrado ser una alternativa altamente efectiva para controlar la progresión de la enfermedad y mejorar el bienestar del paciente. La cirugía es especialmente recomendable en aquellos casos donde los tratamientos médicos no han logrado una respuesta satisfactoria o cuando las lesiones han evolucionado hasta un punto en el que el manejo farmacológico ya no es suficiente.

Uno de los procedimientos más utilizados en estos casos es la resección completa de la zona afectada, la cual puede ir seguida de la aplicación de colgajos locorreregionales para reconstruir la piel y mejorar la recuperación funcional. Este enfoque ha mostrado ser particularmente exitoso en la reducción de la recurrencia de la enfermedad, minimizando la formación de cicatrices y mejorando la estética de las áreas intervenidas.

Además, en pacientes con hidradenitis supurativa grave, la cirugía puede aliviar significativamente el dolor crónico y las complicaciones asociadas, como la formación de fístulas o abscesos recurrentes. Sin embargo, es fundamental que este tipo de procedimientos sean realizados por especialistas con experiencia en el manejo de la enfermedad, asegurando un abordaje quirúrgico adecuado y reduciendo el riesgo de complicaciones postoperatorias.

6.1.4. Uso de Terapias Biológicas y Farmacológicas

El tratamiento farmacológico de la hidradenitis supurativa ha evolucionado en los últimos años, destacándose la introducción de terapias biológicas como el adalimumab. Este fármaco, aprobado como tratamiento de primera línea en casos moderados y severos, ha demostrado ser efectivo para reducir la inflamación y mejorar los síntomas de los pacientes. Su mecanismo de acción, basado en la inhibición del TNF- α , permite modular la respuesta inflamatoria del organismo y disminuir la progresión de la enfermedad.

No obstante, a pesar de los beneficios del adalimumab, todavía existen otros fármacos biológicos en fase de investigación, cuyos efectos a largo plazo y eficacia en comparación con las terapias actuales requieren más estudios.

Por otra parte, en pacientes con formas menos graves de la enfermedad, el tratamiento con antibióticos sigue siendo una opción viable. La combinación de clindamicina y rifampicina ha sido ampliamente utilizada para el manejo de la inflamación y la reducción de las lesiones activas. Sin embargo, en casos avanzados, su efectividad puede ser limitada, lo que hace necesario el uso de estrategias más agresivas, como las terapias biológicas o la intervención quirúrgica.

6.1.5. Impacto de un Diagnóstico y Tratamiento Temprano

La hidradenitis supurativa es una enfermedad de curso crónico y progresivo, lo que hace que el diagnóstico temprano juegue un papel fundamental en la prevención de complicaciones a largo plazo. Se ha observado que los pacientes que reciben un tratamiento oportuno tienen una mejor evolución clínica, con menor riesgo de desarrollar cicatrices extensas, inflamación crónica y secuelas permanentes.

Un diagnóstico precoz permite implementar estrategias terapéuticas en etapas iniciales de la enfermedad, cuando las lesiones aún no han progresado a estadios más severos. Esto no solo facilita un control más efectivo de los síntomas, sino que también reduce la necesidad de tratamientos invasivos en el futuro.

Además, el reconocimiento temprano de la enfermedad ayuda a prevenir el deterioro psicológico de los pacientes, ya que se ha demostrado que la hidradenitis supurativa afecta significativamente la calidad de vida de quienes la padecen. Por ello, se recomienda mejorar la capacitación del personal médico en el diagnóstico de esta patología, promoviendo su detección temprana y evitando retrasos en la instauración del tratamiento.

6.1.6. Repercusión Psicológica de la Enfermedad

El impacto de la hidradenitis supurativa no se limita únicamente a los síntomas físicos, sino que también afecta profundamente el bienestar emocional y psicológico de los pacientes. La recurrencia de las lesiones, el dolor crónico y la presencia de secreciones purulentas pueden generar un sentimiento de vergüenza y aislamiento social, afectando negativamente la autoestima y la salud mental de quienes padecen esta enfermedad.

Los estudios han demostrado que las personas con hidradenitis supurativa presentan tasas elevadas de ansiedad, depresión y estrés emocional. Esto se debe, en gran medida, a las limitaciones que la enfermedad impone en la vida cotidiana, dificultando la interacción social, la actividad laboral y el desarrollo personal.

Por esta razón, es fundamental que el abordaje terapéutico incluya no solo el manejo de los síntomas físicos, sino también el apoyo psicológico del paciente. La implementación de programas de acompañamiento emocional, terapia cognitivo-conductual y grupos de apoyo puede contribuir significativamente a mejorar la calidad de vida de los pacientes y a reducir el impacto psicológico de la enfermedad.

6.2 RECOMENDACIONES

6.2.1. Abordaje Multidisciplinario

Se recomienda establecer equipos de atención multidisciplinarios que incluyan dermatólogos, cirujanos, psicólogos y otros profesionales de la salud. Este enfoque integral permitirá un tratamiento más personalizado y eficaz, abordando tanto los aspectos físicos como emocionales de la enfermedad.

6.2.2. Personalización del Tratamiento

Cada paciente debe recibir un plan de manejo adaptado a la severidad de su condición, sus antecedentes médicos y su respuesta a terapias previas. Se debe priorizar un enfoque escalonado, iniciando con tratamientos menos invasivos como antibióticos tópicos u orales y progresando hacia terapias biológicas o quirúrgicas en casos más avanzados.

6.2.3. Implementación de Protocolos Basados en Evidencia

Es fundamental que el manejo de la hidradenitis supurativa se realice siguiendo guías clínicas actualizadas. Se sugiere que los sistemas de salud adopten protocolos basados en la evidencia más reciente, garantizando el acceso a terapias biológicas como adalimumab en casos moderados y severos.

6.2.4. Atención Psicológica y Apoyo Emocional

Dado el impacto psicológico de la enfermedad, se recomienda la inclusión de atención psicológica en el tratamiento. Programas de apoyo emocional, terapia cognitivo-conductual y grupos de apoyo pueden ser beneficiosos para mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir el impacto de la enfermedad en su bienestar mental.

6.2.5. Acceso a Tratamientos Innovadores

Se sugiere fomentar la investigación y el acceso a nuevos tratamientos, incluyendo fármacos biológicos emergentes y nuevas técnicas quirúrgicas. Además, se debe incentivar la realización de estudios clínicos que permitan evaluar nuevas estrategias terapéuticas para mejorar la efectividad del tratamiento.

6.2.6. Educación y Sensibilización del Personal Médico

Dado que la hidradenitis supurativa es una enfermedad subdiagnosticada, es crucial mejorar la formación del personal de salud para reconocer la enfermedad en sus etapas iniciales. Se recomienda la inclusión de esta patología en los programas de educación médica continua y en la formación de médicos generales y especialistas.

6.2.7. Seguimiento y Evaluación Continua de los Pacientes

Se recomienda establecer un seguimiento regular de los pacientes para evaluar la evolución de la enfermedad y ajustar el tratamiento según sea necesario. La monitorización constante permitirá detectar recaídas a tiempo y optimizar la respuesta a las terapias implementadas.

6.2.8. Promoción de Hábitos de Vida Saludables

Se sugiere fomentar la adopción de hábitos saludables que puedan ayudar a controlar la enfermedad, tales como la reducción del peso en pacientes con obesidad, la eliminación del tabaco y el manejo adecuado del estrés. Estos factores pueden influir en la progresión de la enfermedad y en la respuesta al tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aarts, P., van Huijstee, J. C., van der Zee, H. H., van Doorn, M. B. A., van Straalen, K. R., & Prens, E. P. (2023). Adalimumab in conjunction with surgery compared with adalimumab monotherapy for hidradenitis suppurativa: A randomized controlled trial in a real-world setting. *Journal of the American Academy of Dermatology*. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2023.06.011>
- Alikhan, A., Sayed, C., Alavi, A., Alhusayen, R., Brassard, A., Burkhart, C., ... & Poulin, Y. (2019). 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. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 81(1), 76-90.
- Cazaña, T. G., Díaz, L. B., Sánchez, J. M., Nasarre, I. Q., & Gilaberte, Y. (2020). Revisión sistemática de las terapias con luz en el tratamiento de la hidradenitis supurativa. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 111(2), 89-106.
- Dagnino, B. L., Salisbury, M. C., Cifuentes, I. J., Rodríguez, J. R., & Searle, S. V. (2021). Uso de colgajos perforantes para el tratamiento de hidradenitis supurativa axilar y esternal graves. *Revista Médica de Chile*, 149(11), 1620-1630. <https://doi.org/10.4067/S0717-61632021001101620>
- Dorado, J. G., & Fraile, P. A. (2021). Anatomía y fisiología de la piel.

- Estrada, R., del Villar, V., Chávez, S., & Arenas, R. (2019). Consenso mexicano en el manejo clínico de la hidradenitis supurativa. *Medicina Interna de México*, 35(4), 564-579.
- Estrada-Aguilar, L., Arenas-Guzmán, R., García-Hidalgo, L., Martínez-Orozco, J. A., Morales-Miranda, A. Y., Rocha-Ramírez, J. L., ... & Villanueva-Quintero, G. (2019). Consenso mexicano en el manejo clínico de la hidradenitis supurativa. *Medicina interna de México*, 35(4), 564-584.
- Figuroa, C. A., Pérez, R. M., & Rojas, A. R. (2017). Manejo quirúrgico de hidradenitis supurativa: Experiencia en un hospital universitario. *Revista Chilena de Cirugía*, 69(5), 397-403. <https://doi.org/10.4067/S0379-38932017000500397>
- Garbayo-Salmons, P., Román, J., de la Fuente, C. F., Lloveras, A. P., López-LLunell, C., & Escayola, J. P. (2020). Comité quirúrgico para la hidradenitis supurativa: nuestra experiencia. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 111(5), 408-412.
- Ingram, J. R., Collier, F., Brown, D., Burton, T., Burton, J., Chin, M. F., & Thomas, K. S. (2020). Interventions for hidradenitis suppurativa: A Cochrane systematic review and network meta-analysis. *British Journal of Dermatology*, 183(6), 980-991. <https://doi.org/10.1111/bjd.19199>
- Ingram, John R. (2023). Hidradenitis suppurativa: Pathogenesis, clinical features, and diagnosis. https://www-uptodate-com-uh.knimbus.com/contents/hidradenitis-suppurativa-pathogenesis-clinical-features-and-diagnosis?search=hidradenitis%20suppurativa&source=search_result&selectedTitle=2%7E66&usage_type=default&display_rank=

- Kimball, A. B., Okun, M. M., Williams, D. A., Gottlieb, A. B., Papp, K. A., Zouboulis, C. C., Armstrong, A. W., & Jemec, G. B. E. (2016). Two phase 3 trials of adalimumab for hidradenitis suppurativa. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 75(2), 402-414. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2016.04.013>
- Kimball, A. B., Sobell, J. M., Zouboulis, C. C., Gu, Y., Williams, D. A., Sundaram, M., & Jemec, G. B. E. (2016). Efficacy and safety of adalimumab in patients with moderate to severe hidradenitis suppurativa: Results from two phase 3 trials. *New England Journal of Medicine*, 375(5), 422-434. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1504370>
- Mansilla-Polo, M., Escutia-Muñoz, B., & Botella-Estrada, R. (2023). [[Artículo traducido]] Revisión narrativa y actualización en fármacos biológicos y de pequeña molécula para el tratamiento de la hidradenitis suppurativa: una entidad con un futuro prometedor. *Actas Dermo-Sifiliográficas*.
- Matusiak, Ł., Szczęch, J., Kaaz, K., Wójcik, P., Szczerkowska-Dobosz, A., & Nowicka-Suszko, D. (2023). The impact of hidradenitis suppurativa on patients' quality of life: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Medicine*, 12(3), 837. <https://doi.org/10.3390/jcm12030837>
- Mendes, R. R. da S., Zatz, R. F., Modolin, M. L. A., Busnardo, F. de F., & Gemperli, R. (2018). Radical resection and local coverage of hidradenitis suppurativa – acne inversa: Analysis of results. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 45(5), e1932. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20181932>
- Musa, C. Q., Fallas, M. P. F., & Correias, N. V. M. (2020). Hidradenitis suppurativa: una revisión bibliográfica. *Revista Médica Sinergia*, 5(03), 367-367.

- Pascual, J. C., Hernández-Quiles, R., Sánchez-García, V., Viudez-Martínez, A., Romero, I. B., & Mascaró, F. S. (2024). [Artículo traducido] Tratamientos tópicos e intralesionales en hidradenitis supurativa. Una revisión sistemática de la literatura. *Actas Dermo-Sifiliográficas*.
- Pérez Carretero, J. (2023). Hidradenitis supurativa, situación actual y perspectiva de tratamiento futuro.
- Pozuelo Díaz, J. J. Correlación entre la severidad ultrasonográfica vs clínica y evaluación de los tratamientos utilizados en pacientes con diagnóstico de hidradenitis supurativa del hospital México desde enero 2018 hasta enero 2023.
- Reyes-Baraona, F., Herane, M. I., Wortsman, X., Figueroa, A., García-Huidobro, I., Giesen, L., ... & Silva-Feistner, M. (2022). Guía clínica chilena para el manejo de Hidradenitis Supurativa. *Revista Chilena de Dermatología*, 36(4).
- Saavedra A.P., & Roh E.K., & Mikailov A(Eds.). (2023), Trastornos de las glándulas sebáceas, ecrinas y apocrinas. Fitzpatrick. Atlas de Dermatología Clínica, 9e. McGraw-Hill Education. <https://accessmedicina-mhmedical-com.uh.knimbus.com/content.aspx?bookid=3362§ionid=278944841>
- Sánchez Montero, D. V. (2023). Ecografía cutánea en Hidradenitis Supurativa.
- Saunte, D. M. L., Boer, J., Stratigos, A., Szepietowski, J. C., Hamzavi, I., Kim, K. H., & Jemec, G. B. E. (2019). Diagnostic delay in hidradenitis suppurativa is a global problem. *British Journal of Dermatology*, 180(5), 1149-1150. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30502416/>

- Scala, E., Cacciapuoti, S., Garzorz-Stark, N., Megna, M., Marasca, C., Seiringer, P., ... & Fabbrocini, G. (2021). Hidradenitis suppurativa: where we are and where we are going. *Cells*, 10(8), 2094.
- van der Zee, H. H., Laman, J. D., Boer, J., & Prens, E. P. (2016). Antibiotics for hidradenitis suppurativa: A review of the literature. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 71(2), 513-520. <https://doi.org/10.1093/jac/dkv348>
- van Straalen, K. R., Tzellos, T., Guillem, P., Benhadou, F., Cuenca-Barrales, C., Daxhelet, M., & van der Zee, H. H. (2021). The efficacy and tolerability of tetracyclines and clindamycin plus rifampicin for the treatment of hidradenitis suppurativa: Results of a prospective European cohort study. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 85(3), 581-588. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2021.01.076>

CARTA DEL TUTOR

San José, 23 de marzo del 2025

Señores
Servicios estudiantiles
Universidad Hispanoamericana

Estimados señores:

La estudiante **VALERY AGUILAR SEGURA**, cédula de identidad número 1-1756-0135, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado " **MANEJO DE HIDRADENITIS SUPURATIVA EN PACIENTES SIN FACTORES DE RIESGO: REVISIÓN SISTEMÁTICA, 2025.**" cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía. He verificado que se han incluido las observaciones y hecho las correcciones indicadas, durante el proceso de tutoría; y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación, antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos, conclusiones y recomendaciones.

Los resultados obtenidos por el postulante implican la siguiente calificación:

A)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
B)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20%
C)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30%
D)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	20%
E)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20%
	TOTAL		100%

Por consiguiente, se avala el traslado de la tesis al proceso de lectura.

Atentamente,

**JOSHUA
SANTANA
SEGURA (FIRMA)**

Firmado digitalmente
por JOSHUA SANTANA
SEGURA (FIRMA)
Fecha: 2025.03.23
08:56:26 -06'00'

Dr. Joshua Santana Segura
Cod. 16080
115870832

Declaración jurada

Yo Valery Mariana Aguilar Segura, cédula de identidad número _1-1756-0135, en condición de egresado de la carrera de (nombre de la carrera) de la Universidad Hispanoamericana, y advertido de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjurio, declaro bajo la fe del juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de licenciatura titulado " MANEJO DE HIDRADENITIS SUPURATIVA EN PACIENTES SIN FACTORES DE RIESGO: REVISIÓN SISTEMÁTICA, 2025." es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derecho Conexos, número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; especialmente el numeral 70 de dicha ley en el que se establece: "Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original". Asimismo, que conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Pútarco. Firmo, en fe de lo anterior, en la ciudad de Aranjuez, el 25 de marzo de 2025

Valery Mariana Aguilar Segura

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Valery Mariana Aguilar Segura', written in a cursive style.

CARTA DEL LECTOR

San José, 13 de mayo de 2025

Departamento de Servicios Estudiantiles
Universidad Hispanoamericana
Presente

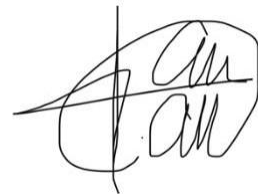
Estimados señores:

El estudiante **VALERY MARIANA AGUILAR SEGURA**, cédula de identidad número **1 1756 0135**, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **"MANEJO DE HIDRADENITIS SUPURATIVA EN PACIENTES SIN FACTORES DE RIESGO: REVISIÓN SISTEMÁTICA, 2025"**.

El cual ha elaborado para optar por el grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía. He revisado y he hecho las observaciones relativas al contenido analizado, particularmente, lo relativo a la coherencia entre el marco teórico y el análisis de datos; la consistencia de los datos recopilados y, la coherencia entre estos y las conclusiones; asimismo, la aplicabilidad y originalidad de las recomendaciones, en términos de aporte de la investigación. He verificado que se han hecho las modificaciones esenciales correspondientes a las observaciones indicadas.

Por consiguiente, este trabajo cuenta con los requisitos para ser presentado en la defensa pública.

Atentamente,



Dra. Verónica Castro Hidalgo
Céd. 1 1774 0263
Cód. 18015

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CENTRO DE INFORMACION TECNOLOGICO**

POLITICA DE ENTREGA DE TRABAJOS FINALES DE GRADUACION (TFG)

El Centro de Información Tecnológico (CENIT), resguardará los TFG y los tendrá a disposición de los usuarios.

El proceso de confección del TFG será dictado por la Dirección de Carrera en conjunto con la Dirección de Registro.

Los criterios para la recepción serán los siguientes:

1. Una vez defendido el trabajo final deberá el estudiante realizar el depósito del TFG en el repositorio institucional, para dicho fin se encuentra a disposición del estudiante una plataforma online. (Para hacerle llegar el procedimiento al estudiante es necesario que el Departamento de Registro nos haga llegar cada cuatrimestre la lista oficial de los estudiantes matriculados en el requisito de graduación)
2. El colaborador de registro verificará el cumplimiento de las disposiciones requeridas, para ello contará con un acceso a la plataforma, realizado esto procederá a darle el visto bueno para que el CENIT realice la última revisión. (Para llevar el control de cuáles TFG cuentan con el VB de Registro, se contará con un formato en Excel que se encontrará ubicado en la carpeta compartida entre Registro y el CENIT)
3. El colaborador de biblioteca deberá verificar que el archivo enviado por el estudiante cuente con los requerimientos establecidos (Formato PDF, carta tutor, lector, filólogo, declaración jurada y licencia de autorización de los autores), una vez realizada la revisión se procederá a dar el visto bueno final.
4. Como parte de las cartas que debe contener el documento se encuentra la licencia de autorización de los autores, con el fin de que el documento quede a disposición de los usuarios en la Biblioteca Digital. (Ver anexo)
5. Una vez que el estudiante cuente con el visto bueno final y siempre y cuando no tenga pendientes en biblioteca, se pondrá a su disposición el Paz y Salvo para que proceda realizar el pago de los derechos de graduación (Los colaboradores del CENIT se encargaran de genera los Paz y Salvo y compartirlos con Registro por medio de la carpeta compartida).

La presente entra en vigor de manera inmediata a su conocimiento y fecha, siendo los ___ días del mes de ___ de ___ en San José, Costa Rica.

Dirección de Registro

Dirección del CENIT

ANEXOS

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CENTRO DE INFORMACION TECNOLOGICO (CENIT)
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA
REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA
DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACION**

San José, 2025

Señores:
Universidad Hispanoamericana
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a) Valery Aguilar Segura con número de identificación con) 1-1756-0135 autor (a) del trabajo de graduación titulado "MANEJO DE HIDRADENITIS SUPURATIVA EN PACIENTES SIN FACTORES DE RIESGO: REVISIÓN SISTEMÁTICA, 2025" presentado y aprobado en el año 2025 como requisito para optar al título de Licenciatura en Medicina y Cirugía; Si autorizo al Centro de Información Tecnológico (CENIT) para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,



1-1756-0135

Firma y Documento de Identidad

ANEXO 1 (Versión en línea dentro del Repositorio) LICENCIA Y AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA PUBLICAR PERMITIR LA CONSULTA Y USO

Parte 1. Términos de la licencia general para publicación de obras en el repositorio institucional

Como titular del derecho de autor, confiero al Centro de Información Tecnológico (CENIT) una licencia no exclusiva, limitada y gratuita sobre la obra que se integrará en el Repositorio Institucional, que se ajusta a las siguientes características:

- a) Estará vigente a partir de la fecha de inclusión en el repositorio, el autor podrá dar por terminada la licencia solicitándolo a la Universidad por escrito.
- b) Autoriza al Centro de Información Tecnológico (CENIT) a publicar la obra en digital, los usuarios puedan consultar el contenido de su Trabajo Final de Graduación en la página Web de la Biblioteca Digital de la Universidad Hispanoamericana
- c) Los autores aceptan que la autorización se hace a título gratuito, por lo tanto, renuncian a recibir beneficio alguno por la publicación, distribución, comunicación pública y cualquier otro uso que se haga en los términos de la presente licencia y de la licencia de uso con que se publica.
- d) Los autores manifiestan que se trata de una obra original sobre la que tienen los derechos que autorizan y que son ellos quienes asumen total responsabilidad por el contenido de su obra ante el Centro de Información Tecnológico (CENIT) y ante terceros. En todo caso el Centro de Información Tecnológico (CENIT) se compromete a indicar siempre la autoría incluyendo el nombre del autor y la fecha de publicación.
- e) Autorizo al Centro de Información Tecnológica (CENIT) para incluir la obra en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.
- f) Acepto que el Centro de Información Tecnológico (CENIT) pueda convertir el documento a cualquier medio o formato para propósitos de preservación digital.
- g) Autorizo que la obra sea puesta a disposición de la comunidad universitaria en los términos autorizados en los literales anteriores bajo los límites definidos por la universidad en las "Condiciones de uso de estricto cumplimiento" de los recursos publicados en Repositorio Institucional.

SI EL DOCUMENTO SE BASA EN UN TRABAJO QUE HA SIDO PATROCINADO O APOYADO POR UNA AGENCIA O UNA ORGANIZACIÓN, CON EXCEPCIÓN DEL CENTRO DE INFORMACIÓN TECNOLÓGICO (CENIT), EL AUTOR GARANTIZA QUE SE HA CUMPLIDO CON LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES REQUERIDOS POR EL RESPECTIVO CONTRATO O ACUERDO.z

