



# PIEL

## FORMACION CONTINUADA EN DERMATOLOGIA

[www.elsevier.es/piel](http://www.elsevier.es/piel)



### Revisión

## Afectación psicosocial en el paciente con hidradenitis supurativa

## Psychosocial impact in hidradenitis suppurativa patients

Marta C. García Bustínduy

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Tenerife, España

### Introducción

La hidradenitis supurativa (HS) fue descrita por el cirujano francés Verneuil, en 1854<sup>1</sup> y, dadas sus localizaciones de preferencia, la asoció con las glándulas sudoríparas apocrinas, dándole el nombre con el que la conocemos hasta la actualidad. Hoy en día se considera una enfermedad inflamatoria de la unidad pilosebácea cuya definición fue consensuada durante la primera conferencia internacional que sobre ella se realizó en Dessau, Alemania, en 2006<sup>2,3</sup>. Se trata de una inflamación del folículo piloso de las áreas del cuerpo con glándulas sudoríparas apocrinas, sobre todo axilas, ingles y áreas anogenitales. Se caracteriza por lesiones dolorosas y profundas. Cabe destacar su carácter crónico y recurrente que resulta agotador para el paciente.

La secuencia etiopatogénica, tradicionalmente aceptada, se inicia con la hiperqueratosis infundibular e hiperplasia del epitelio folicular y, el consecuente taponamiento folicular, por lo que también se la conoce como acné inversa<sup>4-7</sup>. Esta oclusión conlleva el acúmulo de detritus celulares, la posterior dilatación de la unidad pilosebácea y la formación de quistes<sup>8</sup>. A continuación, se puede producir la rotura y extrusión del contenido folicular a la dermis, con reacción inflamatoria secundaria, llegada de células inflamatorias al foco y, la liberación de nuevas citoquinas, lo que perpetúa el proceso<sup>9</sup>, conllevando la formación de abscesos, el dolor y, en estadios posteriores, la formación de fístulas y cicatrices<sup>10</sup>. Estos hechos se traducen en la aparición de lesiones características: nódulos, fístulas y abscesos<sup>11</sup>.

Para su diagnóstico se ha establecido<sup>12</sup> un criterio primario positivo que es historia de lesiones dolorosas o supurativas en más de dos ocasiones cada seis meses y, como criterios secundarios una historia familiar positiva y la presencia de flora cutánea habitual en el cultivo de la zona afecta<sup>12</sup>.

Sin embargo, la historia de estos enfermos nos muestra que la HS resulta difícil de diagnosticar, quizás no tanto para los dermatólogos, como para otros profesionales médicos que la abordan como una infección, no como una inflamación y, sobre todo difícil de tratar, lo que, sin duda contribuye a una evolución más tórpida y fatigante para el paciente. Incluso en el medio hospitalario los pacientes consumen muchos recursos y son atendidos, en general de forma individual por los diferentes servicios, lo que resulta, sin duda, poco efectivo. Un estudio reciente, realizado en Inglaterra sobre 11.359 episodios de pacientes cuyo ingreso hospitalario se realizó con el diagnóstico principal de HS, entre abril de 2007 y diciembre de 2013, mostró que estos enfermos generaron 303.204 citas en consultas externas, en concreto, un 71,2% de los pacientes fueron atendidos en cirugía general, 42,5% en dermatología y un 36,2% en cirugía plástica<sup>13</sup>, mostrándonos además que los pacientes fueron tratados de forma mayoritaria mediante procedimientos quirúrgicos, con un gasto medio por paciente y año de 2.027 libras esterlinas.

Hemos pasado de considerarla una enfermedad de la glándula apocrina<sup>1</sup> a entenderla como una patología por oclusión del folículo pilosebáceo, relacionada con enfermedades como el acné conglobata, la celulitis disecante del cuero cabelludo y el sinus pilonidal, dentro de la tetrada de oclusión folicular, denominándola acné inverso o invertido<sup>14</sup>, hasta la

Correo electrónico: [mgbustinduy@gmail.com](mailto:mgbustinduy@gmail.com)

<https://doi.org/10.1016/j.piel.2017.10.015>

0213-9251/© 2017 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

actualidad, en la que su relación con otras patologías inflamatorias digestivas o articulares o autoinflamatorias como los síndromes de SAPHO, PAPA, PAPASH y PASH, la han hecho pasar del abordaje meramente quirúrgico, que continúa siendo necesario en ocasiones, al médico que, de forma ideal, debe ser multidisciplinar. En este sentido, la cronicidad y características de las lesiones, su presencia en la piel, nuestro principal órgano de relación, conllevan, evidentemente, importantes alteraciones en la vida de los enfermos. La calidad de vida, la autoestima, las relaciones interpersonales, sexuales se ven afectadas, todo ello conduce a vergüenza, estigmatización, ansiedad y depresión en los pacientes, hechos que debemos tener en cuenta para su correcto abordaje.

## Calidad de vida

Cuando hablamos con los pacientes afectos de HS son muchos los términos que emplean para describir lo que supone vivir con las lesiones activas o con las cicatrices que acaban produciendo: «difícil», «insufrible», «acomplejante», «desagradable», «limitante», pero desde el punto de vista científico, es importante poder medir el impacto de la enfermedad. Los cuestionarios nos permiten recoger datos objetivos sobre la afectación en los diferentes aspectos de la vida de los enfermos y poder medir su afectación global en la calidad de vida, lo cual resulta útil en la práctica clínica diaria y, en los estudios sobre los tratamientos de esta patología. Los cuestionarios utilizados han sido de tipo genérico, como el Short Form-36 o el EuroQoL-5-D, específicos de dermatología como el Índice de Calidad de Vida en Dermatología (*Dermatology Life Quality Index [DLQI]*), el Skindex o el VQ-Dermato, cuestionario de calidad de vida francés porque, hasta la fecha, no se ha podido utilizar un cuestionario específico para esta enfermedad<sup>15</sup>. Hay varios en desarrollo.

Desde 2001, el grupo de Gregor Jemec en Roskilde, Dinamarca, comenzó a evaluar la morbilidad causada por la enfermedad<sup>16</sup>. De los 160 pacientes abordados, estudió un total de 114 utilizando el DLQI y la relacionó con variables epidemiológicas y de la propia HS. La edad media de la muestra fue de  $40,9 \pm 11,7$  años, con una edad media al comienzo de la enfermedad de  $21,8 \pm 9,9$  años y una duración media de la enfermedad de  $18,8 \pm 11,4$  años. La puntuación media del DLQI fue de  $8,9 \pm 8,3$  años, de acuerdo con la clasificación general del impacto entre 6 y 10 puntos se considera moderado y por encima de 11 hasta 20 supone un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes, que es lo que se muestra en este estudio. Las preguntas del cuestionario que más puntuación tuvieron fueron: la primera que se refiere al nivel de dolor, inflamación, picor en la enfermedad cutánea y la cuarta que incide en la influencia de la patología en la ropa que los pacientes deciden ponerse. Resulta lógico pues la enfermedad duele y la presencia de lesiones y las secreciones emitidas hacen que los pacientes tiendan a llevar ropa poco ajustada, suelta, de colores oscuros y que esconda la piel afectada. Este estudio también muestra la independencia en la puntuación del test con la edad de los pacientes y el tiempo de evolución de la enfermedad. Sin embargo, se pudo apreciar una importante correlación positiva entre el deterioro de la calidad de vida y el número de lesiones sufridas al mes.

A partir de ese momento y, en los años siguientes varios grupos se dedicaron al estudio de la afectación que la enfermedad causaba en la vida de los pacientes comparándola con otras enfermedades cutáneas o sistémicas. Una serie de 61 pacientes consecutivos recogidos en Francia<sup>17</sup> la evaluó empleando un cuestionario de calidad de vida francés el VQ-Dermato y el Skindex en versión francesa, lo que les permitió comparar los datos con los publicados en ese país en pacientes con neurofibromatosis 1 y con otras enfermedades cutáneas como la urticaria crónica, psoriasis o dermatitis atópica<sup>18</sup>. Los pacientes con HS mostraron tener un impacto significativamente más alto en su calidad de vida en las diferentes dimensiones estudiadas. Las más afectadas fueron emociones, síntomas y función para el Skindex y autopercepción, actividades diarias, función social e incomodidad física. Para la evaluación de la calidad de vida en general se empleó el Short Form-36 que mostró niveles de mayor afectación de la calidad de vida, en comparación con los pacientes con neurofibromatosis en la función física, dolor, percepción general de la salud, función social, rol emocional y salud mental. Este estudio, por lo tanto, nos da una idea de la carga que supone la HS para el paciente, en relación con enfermedades que conocemos y tratamos con mucha frecuencia en nuestras consultas, que sabemos afectan de forma muy importante a los pacientes en los diferentes aspectos del día a día. Más aún, se encontraron correlaciones positivas entre el impacto de la enfermedad con la duración de la misma, intensidad del dolor, evolución continua frente a intermitente y número de localizaciones afectas<sup>17</sup>. Pero además sabemos, que algunas localizaciones en particular son más difíciles de llevar y así, Matusiak et al.<sup>19</sup> mostraron en un estudio realizado a 54 pacientes con estadios I (24,7%), II (53,7%) y III (22,2%) de Hurley que su DLQI medio fue de  $12,67 \pm 7,7$  además, aquellos con afectación de la zona anogenital presentaban una mayor afectación de la calidad de vida. También comparan sus puntuaciones con las encontradas en otras enfermedades cutáneas como el acné vulgar<sup>20,21</sup>, la alopecia<sup>22</sup>, la enfermedad de Darier o la de Hayley-Hayley<sup>23</sup> encontrando que, en los pacientes con HS, son superiores.

Por su parte, un estudio multicéntrico observacional europeo, desarrollado en 13 países, empleando el EuroQoL5D, como medida genérica de calidad de vida que permitiera amplias comparaciones mostró, sobre un total de 4.010 pacientes dermatológicos y 1.359 controles, que la HS en primer lugar, seguida por enfermedades ampollasas, úlceras de las piernas, psoriasis y eccemas eran las patologías con mayor riesgo de reducción de la calidad de vida en la mayoría de las dimensiones<sup>24</sup>.

Las puntuaciones reducidas del test les permiten compararlo con enfermedades como EPOC, diabetes, enfermedad cardiovascular o cáncer, lo que según los implicados en el estudio podría ayudar a solicitar más fondos para el manejo de los pacientes dermatológicos<sup>24</sup>.

Por su parte, Sartorius et al.<sup>25</sup>, estudiaron la relación entre la intensidad de la enfermedad medida con el *Hidradenitis Suppurativa Score* con el hábito tabáquico y la obesidad en 115 pacientes, encontrando una asociación positiva de estos factores con la reducción de la calidad de vida medida con el DLQI en pacientes fumadores y mujeres obesas. El problema es que estos factores empeoran clínicamente la enfermedad, por lo que su control es doblemente necesario.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8716678>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8716678>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)