

Hidradenitis supurativa severa: experiencia clínico-terapéutica en un adolescente

Severe Hidradenitis Suppurativa: Clinical-Therapeutic Experience in an Adolescent

Mayra Itzel Cano-Viveros,¹ Carlos Daniel Sánchez-Cárdenas,¹ Liliana Godínez-Aldrete¹ y Nancy Pulido-Díaz¹

¹ Centro Médico Nacional La Raza, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Departamento de Dermatología, IMSS, Ciudad de México

RESUMEN

La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica; se presenta con nódulos subcutáneos friables, descarga purulenta y fistulas recurrentes. Es poco frecuente en niños y adolescentes, por lo que el tratamiento de este grupo es un reto, pues no contamos con guías de tratamiento ni ensayos clínicos para esta población. Presentamos un caso de HS en un adolescente con múltiples tratamientos, a quien se le dio tratamiento con adalimumab, presentó buena respuesta clínica y mejoró su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: hidradenitis supurativa, adalimumab, pediatría.

Introducción

La hidradenitis supurativa/acné inverso (HS/AI) es una enfermedad inflamatoria crónica. Predomina en la tercera década de la vida, afecta a entre 0.05 y 4.1% de la población y es poco frecuente en niños y adolescentes,¹ y en éstos, los casos son más frecuentes en niñas (3.8:1).^{2,3} Cuando inicia antes de los 13 años, se presenta en forma más extendida y suele asociarse con antecedentes familiares de HS.^{4,5} El objetivo del tratamiento en el paciente pediátrico es aliviar el dolor, disminuir la inflamación y la formación de cicatrices, prevenir la evolución de la enfermedad, así como retrasar la necesidad de tratamiento quirúrgico.⁴ Presentamos un caso clínico en un adolescente, asimismo destacamos las distintas terapias empleadas en estos pacientes.

Caso clínico

Adolescente de 15 años, en seguimiento en el Servicio de Dermatología por hidradenitis supurativa de difícil con-

ABSTRACT

Hidradenitis suppurativa (HS) is a chronic inflammatory disease, it presents with friable subcutaneous nodules, purulent discharge, and recurrent fistulas. It is rare in children and adolescents, so the treatment of this group is a challenge, since we do not have treatment guidelines or clinical trials for this population. We present a case of HS in an adolescent male with multiple treatments, who received treatment with adalimumab, presenting a good clinical response and quality of life.

KEYWORDS: hidradenitis suppurativa, adalimumab, pediatrics.

trol desde los 12 años, quien acude por una dermatosis diseminada en las regiones axilar, inguinal, suprapúbica, en el pliegue interglúteo y la cara interna de los muslos, caracterizada por nódulos y abscesos recidivantes y cicatrices retráctiles.

Recibió múltiples tratamientos: a los 12 años, antibióticos sistémicos por seis meses (doxiciclina y clindamicina); isotretinoína 40 mg/día durante un año, con poca respuesta. A los 14 años se le indicó tratamiento con cíclosporina 200 mg/día, se observó mejoría parcial; sin embargo, persistió con drenaje purulento abundante, fistulas en las axilas, las ingles y en la región suprapública, así como dolor asociado a inflamación, estadio Hurley III, Ihs4 32 puntos, DLQI 15 puntos, ya que se identificaron cinco fistulas, 10 nódulos inflamatorios distribuidos en los huecos axilares, las regiones suprapública e inguinal y un absceso en la región supraumbilical (figura 1).

Se decidió iniciar tratamiento con adalimumab en dosis de 160 mg subcutáneo (SC, día cero), 80 mg DU (día 15),

CORRESPONDENCIA

Dr. Carlos Daniel Sánchez Cárdenas ■ jefegrillo@gmail.com

Centro Médico Nacional La Raza, Paseo de las Jacarandas s/n, La Raza, C.P. 02990, Alcaldía Azcapotzalco, Ciudad de México



Figura 1. Nódulos y abscesos en las regiones axilar, inguinal y suprapública, en el pliegue interglúteo y en la cara interna de los muslos, los cuales son recidivantes y al remitir dejan cicatrices retráctiles. Estadio Hurley III.

40 mg SC (día 20) y dosis semanal de 40 mg SC, con lo cual el paciente presentó buena respuesta, con disminución del drenaje de las fistulas, inflamación, cicatrices retráctiles, manchas postinflamatorias y dolor asociado a las lesiones, sin aparición de lesiones nuevas durante un año, con esto se obtuvo estadio Hurley II A, Ihs4 7 y DLQI 6 (figura 2).

Discusión

La hidradenitis supurativa del paciente pediátrico y adolescente presenta las mismas áreas corporales afectadas y con el mismo rango de severidad que en la población adulta. Hay compromiso de las áreas intertriginosas (ingles, axilas y la región anogenital, con menor frecuencia afecta la región mamaria e inframamaria).⁵⁻⁹ Clínicamente aparece con comedones y nódulos subcutáneos, descarga purulenta, fétida, fistulas, cicatrices hipertróficas y contracturas cutáneas.¹⁰ Puede tener dos recurrencias en un periodo de seis meses o lesiones crónicas/persistentes durante tres meses o más.¹¹⁻¹³ En nuestro caso, la topografía y morfología de las lesiones se presentaron de la misma forma como se menciona en la literatura, el paciente tuvo varias recurrencias a pesar de múltiples tratamientos, incluida terapia sistémica (ciclosporina).

Los pilares del tratamiento para el HS son: 1) la corrección de alteraciones metabólicas/endocrinas, 2) control de peso, 3) manejo de los síntomas y 4) tratamiento médico, el cual es más complicado en la población infan-

til.¹¹ Éste se debe basar en la severidad y evolución de la enfermedad. Los casos leves (Hurley I) se pueden tratar con antibióticos tópicos; los moderados (Hurley II) con antibióticos tópicos y orales, teniendo en cuenta sus efectos adversos y resistencia bacteriana; sólo en casos severos (Hurley III) se considera el uso de agentes biológicos, láser o cirugía.^{8,9,12-15}

Hasta ahora no hay cura para el HS, y la mayoría de los datos acerca de su manejo en edad pediátrica vienen de pequeñas series de casos, la opinión de expertos y los resultados del tratamiento en adultos.¹⁵⁻¹⁶ Al inicio de su padecimiento, nuestro paciente presentó un estadio Hurley II, por lo que el primer tratamiento fue con antibióticos sistémicos e incluso ciclosporina; sin embargo, tuvo mala respuesta, por lo que decidimos comenzar tratamiento biológico porque su evolución ya alcanzaba un estadio severo de la enfermedad.

El uso de biológicos como adalimumab (anticuerpo monoclonal recombinante humano IgG contra TNF- α) se autorizó desde 2015 para el tratamiento de HS en mayores de 12 años que pesen al menos 30 kg, aunque no se ha estudiado específicamente en ensayos clínicos que involucren a pacientes pediátricos.¹³⁻¹⁷

Los datos extrapolados respecto de la seguridad de su uso en otras indicaciones pediátricas como psoriasis, artritis idiopática juvenil y enfermedad de Crohn lo hacen una opción valiosa en el tratamiento de HS moderada-severa en niños y adolescentes,⁶⁻⁸ por lo que se consideró



Figura 2. Paciente con HS tras un año de tratamiento con adalimumab. Se observan escasos nódulos en la axila izquierda, cicatrices retráctiles e hiperpigmentación.

adecuado su uso en el presente caso, que previamente recibió múltiples tratamientos sistémicos sin respuesta exitosa.

Aunque hasta ahora no se han identificado predictores de respuesta a este fármaco, Marzano y colaboradores evaluaron el efecto del tratamiento con adalimumab en la calidad de vida de pacientes con HS mayores de 18 años utilizando HiSCR (hidradenitis suppurativa clinical response) y apoyan el uso temprano de este anti-TNF.¹⁵⁻¹⁹ En nuestro caso se observó una mejoría clínica del 50% evaluada con HiSCR tras un año de tratamiento con adalimumab.

Los eventos adversos descritos son de escasa severidad, y los más frecuentes incluyen astenia, cefalea, artralgia, infección del tracto respiratorio superior, mareo y náusea,¹⁷⁻¹⁸ los cuales no se presentaron en nuestro paciente.

En otros pacientes se pueden considerar suplementos de zinc y ácido ascórbico por sus propiedades antiinflamatorias, antioxidantes y antiandrogénicas, sobre todo en estadios Hurley I y II resistentes a otros tratamientos tópicos y sistémicos.¹⁷ Aunque no se indicó en este caso, se considera que la toxina botulínica puede disminuir la secreción de las glándulas apocrinas reduciendo así la congestión a nivel de los folículos pilosos afectados, y al disminuir la sudoración, contribuye a reducir la flora bacteriana cutánea y, por lo tanto, baja el estímulo inflamatorio.^{10,17}

Es importante brindar apoyo psicológico y educar al paciente y a sus familiares debido a la mayor prevalencia de depresión y ansiedad observada en esta población, al efecto negativo que tiene la HS en la calidad de vida y en la autoestima de los afectados, con la finalidad de asegurar la adherencia al tratamiento y a las recomendaciones médicas.²⁰

Conclusiones

El adalimumab es un tratamiento biológico que mejora tanto la clínica como la calidad de vida de los pacientes que padecen hidradenitis supurativa, con buena tolerancia y adherencia del mismo en pacientes adolescentes y con pocos o nulos efectos adversos. Se debe considerar su uso junto con medidas dietéticas y atención psicológica en pacientes con escasa respuesta a otras terapias sistémicas. El manejo de pacientes pediátricos con HS es un reto debido a la falta de datos acerca de la seguridad y eficacia del tratamiento sistémico en este grupo etario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Saunte ML y Jemec BE, Hidradenitis suppurativa: advances in diagnosis and treatment, *JAMA* 2017; 318(20):2019-32. DOI: 10.1001/jama.2017.16691. PMID: 29183082.
2. Garg A, Wertenteil S, Baltz R, Strunk A y Finelt N, Prevalence estimates for hidradenitis suppurativa among children and adolescents in the United States: a gender and age-adjusted population analysis *J Invest Dermatol* 2018; 138(10):2152-56. DOI: 10.1016/j.jid.2018.04.001.
3. Braunberger TL, Nicholson CL, Gold L, Nahhas AF, Jacobsen G, Parks-Miller A et al, Hidradenitis suppurativa in children: the Henry Ford experience, *Pediatr Dermatol* 2018; 35(3):370-3. DOI: 10.1111/pde.13466.
4. Liy-Wong C, Pope E y Lara-Corrales I, Hidradenitis suppurativa in the pediatric population, *J Am Acad Dermatol* 2015; 73(5 Suppl 1):s36-41. DOI: 10.1016/j.jaad.2015.07.051.
5. Bettoli V, Ricci M, Zauli S y Virgili A, Hidradenitis suppurativa-acne inversa: a relevant dermatosis in paediatric patients, *Br J Dermatol* 2015; 173(5):1328-30. DOI: 10.1111/bjd.13951.
6. Choi E, Ting OX y Chandran NS, Hidradenitis suppurativa in pediatric patients, *J Am Acad Dermatol* 2020; 18:S0190-9622(20)32436-1. DOI: 10.1016/j.jaad.2020.08.045.
7. Tricarico PM, Boniotti M, Genovese G, Zouboulis CC, Marzano AV y Crovella S, An integrated approach to unravel hidradenitis suppurativa etiopathogenesis, *Front Immunol* 2019; 10:892. DOI: 10.3389/fimmu.2019.00892.
8. Napolitano M, Megna M, Timoshchuk EA, Patruno C, Balato N, Fabrocini G et al, Hidradenitis suppurativa: from pathogenesis to diagnosis and treatment, *Clin Cosmet Investig Dermatol* 2017; 10:105-15. DOI: 10.2147/CCID.S111019.
9. Sabat R, Jemec BE, Matusiak Ł, Kimball AB, Prens E y Wolk K, Hidradenitis suppurativa, *Nat Rev Dis Primers* 2020; 6(1):18. DOI: 10.1038/s41572-020-0149-1.
10. Bandera AR y De Lucas Laguna R, Aspectos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos en situaciones especiales: hidradenitis supurativa infantil *Actas Dermo-Sifiliográficas* 2016; 107:51-60.
11. Danby FW, Current concepts in the management of hidradenitis suppurativa in children, *Curr Opin Pediatr* 2015; 27:466-72.
12. Goldburg SR, Strober BE y Payette MJ, Hidradenitis suppurativa: current and emerging treatments, *J Am Acad Dermatol* 2020; 82(5):1061-82. DOI: 10.1016/j.jaad.2019.08.089.
13. Nguyen QD, Starling CT y Hebert AA, The use of TNF-α inhibitors in treating pediatric skin disorders, *Paediatr Drugs* 2020; 22(3):311-9. DOI: 10.1007/s40272-020-00394-3.
14. Flood KS, Porter ML y Kimball AB, Biologic treatment for hidradenitis suppurativa, *Am J Clin Dermatol* 2019; 20(5):625-38. DOI: 10.1007/s40257-019-00439-5.
15. Marzano AV, Genovese G, Casazza G, Moltrasio C, Dapavo P, Micali G et al, Evidence for a "window of opportunity" in hidradenitis suppurativa treated with adalimumab: a retrospective, real-life multicentre cohort study, *Br J Dermatol* 2020. DOI: 10.1111/bjd.18983.
16. Tzanetakou V, Stergianou D y Giannarelos-Bourboulis EJ, Long-term safety of adalimumab for patients with moderate-to-severe hidradenitis suppurativa, *Expert Opin Drug Saf* 2020; 19(4):381-93. DOI: 10.1080/14740338.2020.1734560.
17. Van der Zee HH y Gulliver WP, Medical treatments of hidradenitis suppurativa: more options, less evidence, *Dermatol Clin* 2016; 34(1):91-6. DOI: 10.1016/j.det.2015.08.006.
18. Khandalava BN y Do MV, Finasteride in hidradenitis suppurativa: a "male" therapy for a predominantly "female" disease, *J Clin Aesthet Dermatol* 2016; 9(6):44-50. Epub 2016 Jun 1. PMID: 27386051; PMCID: PMC4928456.
19. Wortsman X, Rodríguez C, Lobos C, Eguiguren G y Molina MT, Ultrasound diagnosis and staging in pediatric hidradenitis suppurativa, *Pediatr Dermatol* 2016; 33(4):e260-4. DOI: 10.1111/pde.12895.
20. Jalenques I, Ciortianu L, Pereira B, D'Inca M, Lauron S y Rondepierre F, The prevalence and odds of anxiety and depression in children and adults with hidradenitis suppurativa: systematic review and meta-analysis, *J Am Acad Dermatol* 2020; 83(2):542-53. DOI: 10.1016/j.jaad.2020.03.041.