



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Facultad de Medicina

División de Estudios de Posgrado

Instituto Mexicano del Seguro Social
Centro Médico Nacional “La Raza”
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Especialidades “Dr Antonio Fraga Mouret”

**“ANÁLISIS DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN ASOCIACIÓN CON EL
FENOTIPO DE LOS PACIENTES CON HIDRADENITIS SUPURATIVA”**

TESIS

Para obtener el grado de especialista en

DERMATOLOGÍA

Presenta

Dra. Oscar Armando Chávez Fierro

Asesores

Dra. Nancy Pulido Díaz
Dra. Liliana Godínez Alderete

Ciudad de México; 2022





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOJA DE AUTORIZACION DE TESIS

DR. JESUS ARENAS OSUNA

“Jefe de la División de Educación en Salud de UMAE Hospital de Especialidades
“Dr. Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

DRA. NANCY PULIDO DÍAZ

Profesora Titular del Curso Universitario en Dermatología UMAE Hospital de
Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

DRA. LILIANA GODINEZ ALDERETE

Asesor de Tesis

DR. OSCAR ARMANDO CHÁVEZ FIERRO

Residente de Tercer Año de Dermatología UMAE Hospital de Especialidades “Dr.
Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

Número de registro de Protocolo: R-2021-3501-115

ÍNDICE:

Resumen.....	4
Abstract.....	5
Antecedentes.....	6
Material y métodos.....	15
Resultados.....	16
Discusión.....	20
Conclusiones.....	24
Bibliografía.....	25
Anexos.....	29

RESUMEN

ANÁLISIS DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN ASOCIACIÓN CON EL FENOTIPO DE LOS PACIENTES CON HIDRADENITIS SUPURATIVA

Introducción: La Hidradenitis Supurativa (HS), es una enfermedad inflamatoria crónica de la unidad pilosebácea; afecta principalmente los grandes pliegues. Se presenta predominantemente durante la segunda y tercera década de la vida con una media de inicio de 22 años, afectando principalmente a mujeres con una relación mujer-hombre 3,3-1. ²

Objetivo: Analizar la respuesta al tratamiento en pacientes con Hidradenitis Supurativa en asociación con el fenotipo.

Material y Métodos: Se realizó un estudio de tipo Observacional, Analítico, Retrospectivo y Transversal en el Centro Médico Nacional "La Raza", en un periodo de evaluación del 01-Enero-2013 al 31-Diciembre-2020. Mediante una revisión sistemática de expedientes clínicos de pacientes con Hidradenitis Supurativa, se buscó comparar la respuesta al tratamiento con diferentes fármacos respecto al fenotipo, considerando como respuesta al tratamiento menos de 3 cambios al tratamiento sistémico en un año de evaluación, con la finalidad de evitar complicaciones y progreso de lesiones. Se identificaron los factores de riesgo asociados a la evolución y complicación de la enfermedad. Para el análisis de datos, se determinarán frecuencias, proporciones. Se realizará X^2 para variables categóricas.

Resultados: En cuanto al uso de antibióticos como tratamiento, la clindamicina tuvo una frecuencia de 26 pacientes (70.3%), la doxiciclina 23 pacientes (62.2%), 17 pacientes (45.9%) uso de tetraciclina.

Conclusiones: El uso de tetraciclina fue un factor para la mejora de la respuesta al tratamiento de hidradenitis supurativa.

Palabras Clave: Hidradenitis Supurativa, Fenotipo, Respuesta al tratamiento.

ABSTRACT

TREATMENT RESPONSE ANALYSIS IN ASSOCIATION WITH PHENOTYPE IN PATIENTS WITH HIDRADENITIS SUPPURATIVA

Introduction: Hidradenitis Suppurativa(HS), is a chronic inflammatory disease involving the pilosebaceous unit in which it mainly affects the large folds. It occurs predominantly during the second and third decade of life with a mean onset of 22 years, mainly affecting women with a woman-to-man relationship 3,3-1. ²

Objective: To analyze the response to treatment in patients with Hidradenitis Suppurativa in association with the phenotype.

Material and Methods: An Observational, Analytical, Retrospective and Cross-Sectional study was carried out at the National Medical Center "La Raza", in an evaluation period from January 1, 2013 to December 31, 2020. Through a systematic review of clinical records of patients with Hidradenitis Suppurativa, we sought to compare the response to treatment with different drugs with respect to the phenotype present, considering as a response to satisfactory treatment with less than 3 changes to systemic treatment in one year of evaluation, in order to avoid complications and progress of lesions. The risk factors most associated with the evolution and complication of the disease were identified. For data analysis, frequencies, proportions will be determined. X2 will be performed for categorical variables.

Results: Regarding the use of antibiotics as treatment, clindamycin had a frequency of 26 patients (70.3%), doxycycline 23 patients (62.2%), 17 patients (45.9%) with use of tetracycline

Conclusions: The use of tetracycline was a factor for the improvement of the response to the treatment of hidradenitis suppurativa.

Keywords: Hidradenitis Suppurativa, Phenotype, Response to treatment.

Antecedentes científicos

La Hidradenitis Supurativa (HS) también conocida como Acné inversa o enfermedad de Verneuil, es una enfermedad crónica cutánea con inflamación de la unidad pilosebácea en la cual, se presenta recurrencia dolorosa principalmente en grandes pliegues (región inguinal, anogenital y axilar). Se presenta predominantemente durante la segunda y tercera década de la vida con una media de inicio de 22 años, afectando principalmente a mujeres con una relación mujer-hombre 3,3-1, aunque existen casos reportados en etapas más tempranas (pubertad e infancia) de forma más esporádica.¹

La prevalencia estimada de la HS varía del 1 al 4% en la población mundial. Estudios realizados en las últimas 2 décadas (Revuz et al, Cosmatos et al, Shlyankevich et al) describen una prevalencia en población francesa y norteamericana de entre 0.08 a 0.97% implicando que la diferencia de la prevalencia puede deberse a factores genéticos y ambientales, así como variaciones étnicas.¹

La predisposición genética sumado factores externos o estilos de vida están relacionados al desarrollo y agravante de la HS. Los factores de riesgo asociados más comunes se encuentran factores exógenos desencadenantes o agravantes:

- **Tabaquismo:** entre 70-80% de pacientes con HS son fumadores y alrededor del 10% lo han sido en algún punto de su vida. Estimula la hiperplasia epitelial infundibular, liberación IL-1, IL-8, IL-10 y TNF- α , disminución β -2 defensina humana. Relacionado con severidad de HS y fracaso terapéutico.²
- **Obesidad:** Contribuye a un estado de inflamación crónica, maceración e irritación.²
- **Factores endocrinológicos:** por estimulación de receptores androgénicos, brotes premenstruales y mejoría tras la menopausia.³
- **Genéticos:** patrón de herencia autosómico dominante en locus 1p21.1-1q25.3. El 38% de pacientes con HS tienen historia familiar y el 27% reporta por lo menos 1 familiar de primer grado con HS.³

La patogénesis de la HS es la oclusión de la unidad pilosebácea, precedida de una hiperqueratosis que conlleva a la dilatación del folículo y a la ruptura de éste con extrusión de su contenido altamente inmunogénico a la dermis. (Fig. 1). Las

proteínas que pertenecen a la vía de señalización Nothc (γ -secretasa), se encargan de la regulación autoinmune mediada por células T y macrófagos. La alteración de esta vía desencadena inflamación secundaria linfohística perifolicular producida por la queratina y bacterias de la dermis a través de patrones moleculares asociados a daño (DAMPs).⁴

Las citocinas IL-12 e IL-23 son mediadoras de destrucción tisular, que se expresan en grandes cantidades por macrófagos presentes en dermis papilar y reticular. Perturbaciones en la señalización de la vía Notch disminuyen la producción de IL-22 que es esencial para la producción de proteínas antimicrobianas (AMPs) responsables de la respuesta antimicrobiana de células T en epidermis. Esta inflamación descontrolada y la disminución de β -2 defensina humana perpetúan el ciclo.⁵

Recientes estudios han demostrado que existe una correlación entre niveles de IL-1 β y la intensidad sintomática, ya que se ha visto un incremento hasta 31 veces en los niveles de IL-1 β en lesiones de HS. Los antagonistas selectivos del receptor de IL-1 (Anakinra) han demostrado utilidad en este padecimiento reduciendo la sintomatología. Del mismo modo existe aumento de ARNm del TNF- α en lesiones. Los pacientes presentan buena respuesta la terapia biológica anti-TNF (Infliximab y Adalimumab).⁵

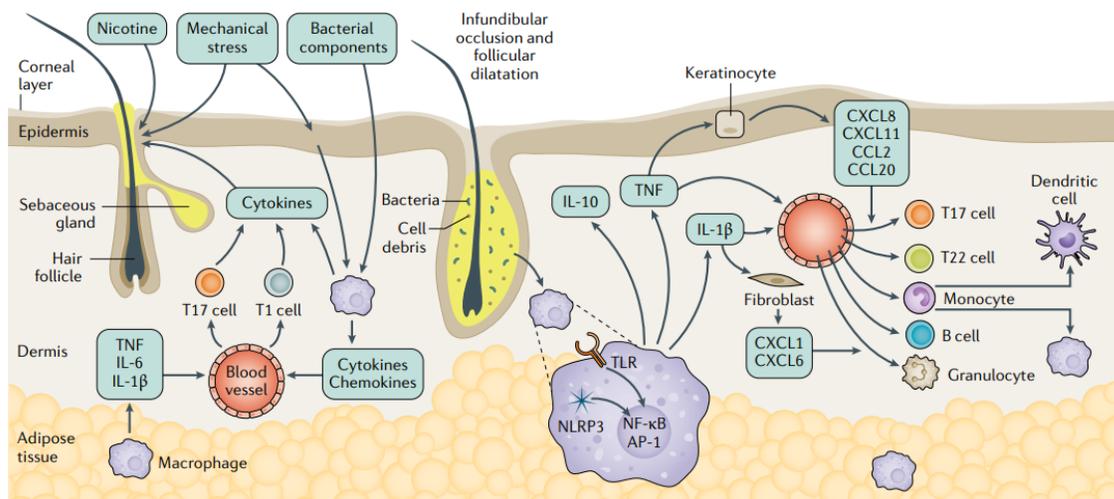


Figura 1.- Patogénesis inicial de la hidradenitis supurativa.⁵

Manifestaciones clínicas

Las lesiones típicas suelen presentarse en etapas tempranas como nódulos eritematosos o comedones dolorosos y profundos.⁶ La localización más común (típica) es axila, ingle, glúteo, área perineal, mamas (área infra mamaria). De forma atípica puede presentarse en nuca, espalda, pabellones auriculares y abdomen. Las lesiones pueden presentarse tanto de forma aislada o como múltiples lesiones afectando a una o más zonas. Se genera una media de 2 nódulos por mes cuya recurrencia suele presentarse en la misma localización.⁷

La variación de localización está relacionada al sexo, en mujeres las localizaciones más comunes son la zona axilar y la zona infra mamaria. En hombres es más común encontrar lesiones en zona glútea y área perineal, así como lesiones con mayor severidad inclusive pudiendo desarrollar carcinomas epidermoides sobre las lesiones de larga evolución que a pesar de no ser carcinoma agresivo histopatológicamente hablando los pacientes tienen una supervivencia a los 5 años muy baja (menor 61%). Se ha asociado un aumento de la severidad con un IMC >30.⁷

Las principales características histopatológicas de una lesión en etapa temprana son la hiperqueratosis infundibular, hiperplasia del epitelio folicular, la presencia de infiltrado subepidérmico de células inflamatorias. La hiperplasia del epitelio folicular da lugar a la génesis de los trayectos sinusales. En cuanto al hallazgo propio de las lesiones más evolucionadas podemos encontrar fistulas con epitelio escamoso estratificado rodeadas de inflamación y fibrosis.⁸

Presentación clínica

En 2013 en una cohorte de 618 pacientes se identificaron 3 fenotipos en cuanto a la presentación clínica de la HS, que, a pesar de no haber estado validada en cuanto a relación con factores de riesgo y resultados a tratamiento, ayuda a la elección de tratamientos.⁹

Tipo	Porcentaje	Localización	Lesión
Axilar-mamario (LC1)	48%	Axila, mama	Cicatrices hipertróficas
Folicular (LC2)	26%	Axila, mama, pabellón auricular, pecho, espalda, piernas	Quistes epidérmicos, comedones, acné severo
Glúteo (LC3)	26%	Glúteos	Pápulas foliculares y foliculitis

No se recomienda la biopsia como prueba rutinaria diagnóstica a menos que se sospeche lesiones malignas.⁸ Por lo cual el diagnóstico definitivo de HS son 3 criterios clínicos que deben estar presentes:¹⁰

1. Lesiones típicas (de forma aguda o crónica).
2. Topografía típica: en una o más de las regiones típicas (axila, ingle, región perianal, glúteos, pliegues inter y sub mamario).
3. Cronicidad y recurrencia: se deben presentar dos o más recurrencias en un periodo de 6 meses.

En la actualidad existen múltiples escalas para clasificar la severidad de la HS, poseen ventajas y limitaciones cada una de ellas. En 1989 Hurley propuso una escala de severidad, actualmente es la más utilizada por su practicidad. Estratifica a los pacientes en 3 etapas/estadios.¹¹

- Estadio I: formación de absceso único o múltiple sin trayectos o cicatrices.
- Estadio II: abscesos recurrentes únicos o múltiples con lesiones ampliamente separadas con formación de trayectos y/o cicatrices.
- Estadio III: Afección difusa o múltiples trayectos, fistulas y abscesos interconectados.

Respuesta clínica en Hidradenitis Supurativa (HiSR)

Se define como una “reducción $\geq 50\%$ en el recuento de lesiones inflamatorias transitorias (suma de abscesos y nódulos inflamatorios), sin incremento en el número de abscesos o fístulas (lesiones crónicas) respecto a la situación basal.¹²

Escala iHS4 ha demostrado tener una adecuada valoración de pacientes tanto para estratificar como para administrar tratamiento adecuado. La puntuación iHS4 es la suma del número de lesiones inflamatorias (abscesos y nódulos) y presencia de fístulas o túneles drenantes multiplicado por un valor para cada lesión.¹²

$$\begin{aligned} & (\text{Número de nodulos } \times 1) + (\text{Número de abscesos } \times 2) \\ & + (\text{Número de fistulas o túneles } \times 4) \end{aligned}$$

- Leve ≤ 3 puntos
- Moderado 4-10 puntos
- Severo ≥ 11 puntos

Las comorbilidades asociadas más comunes son: Enfermedad de Crohn/Colitis ulcerosa, obesidad, síndrome metabólico, carcinoma espinocelular, espondiloartropatía, linfomas, paquioniquia congénita y enfermedad de Dowling-degos.¹³

Prevención y cambios en el estilo de vida

Se recomienda en aquellos sujetos con una fuerte susceptibilidad familiar hacer chequeos regulares en áreas típicas de aparición de lesiones. La reducción de peso ($>15\%$) ha demostrado mejorar la evolución de esta patología siendo los pacientes con alto índice de masa corporal en quienes se ha visto un mayor beneficio, 48.6%% remisión completa, 20% mejoría de síntomas y 20% sin cambios. De igual forma se recomienda la suspensión del hábito tabáquico.¹⁴

Tratamiento

El diagnóstico oportuno de HS sigue siendo un reto en la actualidad, por lo cual este se debe adaptar e individualizar acorde a la severidad y a su situación actual. Las opciones terapéuticas abarcan terapias farmacológicas enfocadas en antibióticos o antiinflamatorios, tratamiento quirúrgico y medidas de soporte

psicosocial, así como capacitaciones sobre educación del paciente que aparte de sintomatología reduce riesgo de padecer comorbilidades asociadas.¹⁴

Terapia antibiótica

LA HS a pesar de no ser una enfermedad infecciosa la inflamación causada por las bacterias es un blanco terapéutico. El tratamiento antibiótico tópico ha demostrado utilidad en casos leves y moderados con extensión limitada en lesiones. Mientras que, en los casos severos, asociados a inflamación sistémica y comorbilidades se recomienda uso de terapia sistémica.¹⁵

Clindamicina tópica al 1% cada 12 horas durante 3 meses o Tetraciclina oral 500mg cada 12h durante 4 meses se han utilizado como el tratamiento de primera línea en pacientes con casos leves-moderados (Hurley I-II). Sin embargo, el uso de clindamicina conlleva un alto riesgo a generar resistencia antibiótica.¹⁶

Se ha evaluado el uso de la combinación de clindamicina 300mg cada 12h más rifampicina 300mg cada 12 h durante 10-12 semanas y ha demostrado aumentar la remisión de lesiones, formación de fistulas y reducción de dolor independientemente del estadio de HS. Estadios leves y moderados tienen mejor respuesta al tratamiento que estadios graves.¹⁶

A pesar de la eficacia un gran porcentaje de pacientes interrumpe el tratamiento debido a efectos adversos farmacológicos, especialmente efectos gastrointestinales presentes en un 13-43%.¹⁷

Estudios han demostrado efectividad en el manejo de HS moderada con medicamentos similares a las tetraciclinas como doxiciclina y minociclina. El uso de ertapenem como monoterapia durante 6 semanas y rifampicina-moxifloxacino-metronidazol 6 semanas posteriores seguido del uso de rifampicina-monofloxacino durante 6 semanas ha demostrado efectividad parcial en remisión de lesiones.¹⁷

Terapia biológica

Evidencia basada en estudios clínicos (fase I y III) apoya el uso de Adalimumab (biológico específico a anticuerpos anti TNF), una inyección subcutánea semanal

160mg, 80mg en las siguientes dos semanas y continuar con 40mg semanales, en pacientes con HS moderada a grave.¹⁷

Su aplicación ha mostrado modificar el resultado en escala de dolor en dos ensayos en fase III (PIONEER I and PIONEER II). Los resultados de estos ensayos fueron estadísticamente significantes con una mejoría en la escala HiSCR en comparación a controles tratados con placebos 41.8% versus 26%; P=0.003 y 58.9% versus 27.6%; P < 0.001 en PIONEER I y PIONEER II respectivamente.²¹ Otro medicamento es el Infliximab, primer anticuerpo quimérico monoclonal anti TNF disponible, ha demostrado una mejoría de por lo menos 50% en el índice de severidad de HS en dosis de 6mg/kg durante la semana 0, la semana dos y seis con aplicaciones posteriores cada 2 meses.¹⁸

Otras terapias incluyen uso de retinoides (Isotretinoína o acitretina en altas dosis) aunque controvertido su uso por su respuesta baja (tasa 64.4%) debido a que no tiene el efecto atrófico en glándulas sebáceas en pacientes HS como lo tiene en el acné juvenil. Indicada en Hurley I-II, así como en cronicidad con presencia de abscesos, trayectos fistulosos y cicatrización.¹⁸

La acetona de triamcinolona 5-10mg/mL es el tratamiento local más frecuente para tratar brotes agudos de nódulos recalcitrantes o trayectos fistulosos. Reducen eritema, edema, supuración, y tamaño de lesión. Una desventaja del uso de corticoides es la escasa información de regímenes estandarizados de uso sistémico y su periodo limitado de uso por el tiempo.¹⁸

Tratamientos de tercera línea incluyen uso de exfoliantes tópicos como Resorcinol durante 2 veces al día en exacerbación y mantenimiento una vez al día. Presentan propiedades queratolíticas, antisépticas y antipruriginosas que conllevan a disminución rápida del dolor en episodios agudos en estadios Hurley I-II. El gluconato de zinc en dosis de 90 mg/día se utiliza como terapia de mantenimiento para disminución de marcadores de inmunidad innata. Dapsona se ha descrito con efectividad parcial debido a sus propiedades antibacterianas, antiinflamatorias y antineutrofílica.²³

La ciclosporina A muestra un efecto limitado al ayudar en modulación de actividad inmunitaria principalmente proliferación de células T efectoras y reducir IL-2 y TNF α .¹⁹

El tratamiento hormonal no se ha estudiado a profundidad, sin embargo, en pacientes cuyo debut de la enfermedad sea durante la pubertad o que empeore en fases premenstruales el uso de etinilestradiol con acetato de ciproterona 100mg/día ha tenido buenos resultados en HS.²⁰

El tratamiento quirúrgico muestra mayores beneficios en pacientes con lesiones severas crónicas que muestran pobre respuestas ante tratamiento antibiótico y/o antiinflamatorio, pacientes con lesiones cutáneas irreversibles como trayectos fistulosos y contracturas. Existen varias técnicas quirúrgicas que dependiendo de región afectada y gravedad de enfermedad pueden ser utilizadas. Debemos recordar que antes de una gran cirugía, se aconseja minimizar la inflamación local para obtener mejores resultados y disminución de complicaciones.²⁰

- Incisión y drenaje: debe ser una opción solo de emergencia indicada en pacientes con lesiones individuales como abscesos fluctuantes extremadamente dolorosos debido a su alta recurrencia.
- Destechamiento y marsupialización consiste en eliminar la parte superior tanto de un nódulo o trayecto fistuloso con electrocauterio o laser de dióxido de carbono asegurando el cierre mediante segunda intención. Es un procedimiento mínimamente invasivo con pocas complicaciones, sin embargo, con una recurrencia del 20% a los 4 meses.

La inflamación persistente puede llevar a generar múltiples complicaciones en los pacientes independientemente el área afectada; las cicatrices severas en miembros torácicos pueden generar limitación en arcos de movilidad o causar obstrucción linfática generando linfedema; del mismo modo sucede en extremidades pélvicas comprometiendo genitales (pubis, labios y vulva en mujeres o escroto en hombres) generando estenosis o fistulas genitourinarias y carcinoma vulvar de células escamosas.⁸ En cuando a complicaciones sistémicas podemos incluir: anemia,

amiloidosis, hipoproteinemia y complicaciones infecciosas (osteomielitis bacteriana sacra o absceso epidural lumbosacro).²⁰⁻²¹

En México existen pocos estudios al respecto sobre hidradenitis supurativa siendo uno realizado en la unidad de proctología del servicio de gastroenterología en el Hospital General de México, realizado mediante una revisión de 12,689 expedientes, se encontraron 15 casos de HS, es decir, una prevalencia de 1 en cada 846 pacientes (0.12%), sin embargo no existen estudios al momento de la comparación sobre el fenotipos y su respuesta a los tratamientos.²²

Material y Métodos.

Se realizará un estudio de tipo Observacional, Analítico, Retrospectivo y Transversal en el Centro Médico Nacional “La Raza”, mediante una revisión sistemática de expedientes clínicos de pacientes con Hidradenitis Supurativa, en un periodo comprendido del 01-enero-2013 al 31-diciembre-2020, en el cual se buscará comparar la respuesta al tratamiento con diferentes fármacos respecto al Fenotipo presente de HS, considerando como respuesta al tratamiento satisfactoria como menos de 3 cambios al tratamiento sistémico en un año de evaluación, con la finalidad de que las lesiones no avancen ni se compliquen, se buscara identificar los factores de riesgo más asociados a la evolución y complicación de la enfermedad, considerando variables como: Edad, género, tabaquismo, comorbilidades, tipo de tratamiento, cantidad de fármacos, tiempo de tratamiento, tiempo de evolución de la enfermedad, la tetradada (acné, celulitis, quiste pilonidal, hidradenitis). Para el análisis de datos, se determinarán frecuencias, proporciones. Se realizará contraste de proporciones (χ^2) para variables categóricas. La diferencia entre las variables continuas se determinará con t de Student o U de Mann Whitney según la distribución de la muestra, considerando una $p < 0.05$ para la significancia estadística.

Resultados.

Se realizó un estudio de tipo Observacional, Analítico, Retrospectivo y Transversal en el Centro Médico Nacional “La Raza”, en un periodo de evaluación del 01-Enero-2013 al 31-Diciembre-2020, donde se buscó comparar la respuesta al tratamiento de la hidradenitis supurativa con diferentes fármacos respecto al fenotipo presente.

Con base en los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, se realizó el cálculo de tamaño de muestra, obteniendo un total de 37 pacientes, con una edad mínima de 16 años, edad máxima de 59 años con una edad media de 36.4 años; el peso máximo, fue de 130 kg, peso mínimo de 50 kg, con un promedio de 85.7 kg; en cuanto a la talla, la mínima fue de 1.37 m, con una máxima de 1.83m, obteniendo una media de 1.63 m; se calculó el IMC, obteniendo un mínimo de 22.2, con un máximo de 47.8, con un promedio de 31.95. (Anexo 2)

Se realizó la distribución conforme al sexo de los pacientes, siendo 13 pacientes (35.1%) hombres y 24 pacientes (64.9%) mujeres. (Anexo 3).

Se clasificaron a los pacientes por el fenotipo de la hidradenitis supurativa, encontrando con fenotipo I a 15 pacientes (40.5%), con el fenotipo II a 12 pacientes (32.4%) y con el fenotipo III a 10 pacientes (27%). (Anexo 4).

Se realizó la clasificación de los pacientes por estadio de Hurley, estando en estadio I a 10 pacientes (27%), en estadio II a 15 pacientes (40.5%) y 12 pacientes (32.4%) en estadio III. (Anexo 5).

Se realizó la distribución conforme a las comorbilidades de los pacientes; 19 pacientes (51.4%) con tabaquismo, con índice nulo a 18 pacientes (48.6%), con índice moderado, 13 pacientes (35.1%), con índice intenso a 6 pacientes (16.2%); 5 pacientes (13.5%) con DM2, con HAS se hallaron a 6 pacientes (16.2%), con depresión se encontraron 2 pacientes (5.4%), 2 pacientes (5.4%) con ansiedad, el

hipotiroidismo estaba presente en 3 pacientes (8.1%), con enfermedad renal a 2 pacientes (5.4%), lupus, SOP y gamapatia monoclonal con 1 paciente (2.7%) respectivamente. (Anexo 6).

En cuanto al uso de antibióticos como tratamiento, la clindamicina tuvo una frecuencia de 26 pacientes (70.3%), la doxiciclina 23 pacientes (62.2%), 17 pacientes (45.9%) con uso de tetraciclina; la rifampicina fue el antibiótico en 5 pacientes (13.5%), 2 pacientes (5.4%) con moxifloxacino, con TMP/SMZ 8 pacientes (21.6%), con uso de ciclosporina 21 pacientes (56.8%), el retinoide 16 pacientes (43.2%), con adalimumab 3 pacientes (8.1%), con prednisona 14 pacientes (37.8%) y con finasteride a 3 pacientes (8.1%), el cuanto a la cantidad de medicamntos el 100 % tuvo mas de tre cambios en un año. (Anexo 7).

En cuanto a la localización de las lesiones, 7 pacientes (18.9%) con lesiones en la zona genital, 11 pacientes (29.7%) con acné, 12 pacientes (32.4%) con celulitis, 5 pacientes (13.5%) con quiste pilonidal y 4 pacientes (10.8%) con tétrada folicular.

Se realizó un test de X^2 para la asociación de las diferentes variables con el fenotipo de la hidradenitis supurativa; con fenotipo I a 5 hombres y 10 mujeres, con fenotipo II 5 hombres y 7 mujeres y con fenotipo III a 3 hombres y 7 mujeres, con una X^2 de 0.36 y una p de 0.83; de los pacientes con tabaquismo, 7 pacientes con fenotipo I, 9 pacientes con fenotipo II y 3 pacientes con fenotipo II, con una X^2 de 4.64 y una p de 0.09; con DM2, 2 pacientes con fenotipo I y 3 pacientes con fenotipo II, obteniendo una X^2 de 2.91 y una p de 0.23; con HAS, se encontraron 3 pacientes con fenotipo I, con fenotipo II a 2 pacientes y un paciente con fenotipo III, encontrando una X^2 de 0.44 y una p de 0.8; con depresión, 2 pacientes con fenotipo II y una X^2 de 4.4 con una p de 0.11; pacientes con ansiedad, 1 paciente con fenotipo I y 1 paciente con fenotipo II, con una X^2 0.81 y una p 0.66; con hipotiroidismo, 1 paciente en cada uno de los 3 fenotipos, con una X^2 de 0.09 y una p de 0.95; con SOP, se encontró 2 paciente con fenotipo I, con una X^2 de 1.5 y una p de 0.47; con enfermedad renal, 1 paciente con fenotipo II y 1 paciente con fenotipo III, con una

X^2 de 1.47 y una p 0.47; con lupus, 1 paciente con fenotipo III, encontrando X^2 de 2.77 y una p de 0.25; con gamapatia monoclonal, un paciente con fenotipo I, con una X^2 de 1.5 y una p de 0.47. (Anexo 8).

En cuanto a la asociación de los medicamentos empleados para el tratamiento de los diferentes fenotipos de hidradenitis supurativa, se encontró que con clindamicina se trataban a 12 pacientes con fenotipo I, 8 pacientes con fenotipo II y 6 pacientes con fenotipo III, con una X^2 de 1.25 y una p de 0.53; con doxiciclina, se hallaron 12 pacientes con fenotipo I, 6 pacientes con fenotipo II y 5 pacientes con fenotipo III, obteniendo una X^2 de 3.41 con un p de 0.18; con tetraciclina 5 pacientes de fenotipo I, 4 pacientes fenotipo II y 8 pacientes fenotipo III, con una X^2 de 6.39 y una p de 0.04; en cuanto a la rifampicina 2 pacientes con fenotipo I, 2 pacientes con fenotipo II y 1 paciente con fenotipo III, hallando una X^2 de 0.2 y una p de 0.9; en tratamiento con moxifloxacino, 1 paciente con fenotipo I y 1 paciente con fenotipo II con una X^2 de 0.81 y una p de 0.66; 4 pacientes con fenotipo I, 2 pacientes con fenotipo II y 2 pacientes con fenotipo III en tratamiento con TMP/SMZ con una X^2 de 0.41 y una p de 0.81; en cuanto al tratamiento con ciclosporina, 9 pacientes con fenotipo I, 7 pacientes con fenotipo II y 5 pacientes con fenotipo III, encontrando una X^2 de 0.26 con una p de 0.87; 4 pacientes con fenotipo I, 6 pacientes de fenotipo II y 6 pacientes con fenotipo III en tratamiento con isotretinoína con una X^2 de 3.04 con una p de 0.21; en tratamiento con adalimumab, encontramos a 1 pacientes en cada uno de los tres fenotipos con una X^2 de 0.09 y una p de 0.95; 5 pacientes con fenotipo I, 5 pacientes con fenotipo II y 4 pacientes con fenotipo III en tratamiento con prednisona hallando una X^2 de 0.22 con una p de 0.89; con finasteride, 2 pacientes con fenotipo I, 1 paciente con fenotipo II, con una X^2 de 1.43 y una p de 0.48. (Anexo 9).

En la asociación cantidad de fármacos utilizados con los fenotipos de hidradenitis supurativa, se halló una X^2 de 14.07, con una p de 0.59; con hidradenitis supurativa genital, 2 pacientes con fenotipo I, 1 paciente con fenotipo II y 4 pacientes con fenotipo III, con una X^2 de 4.07 y una p de 0.13; con acné, 4 pacientes con fenotipo I, 4 pacientes con fenotipo II, 3 pacientes con fenotipo III, con una X^2 de 0.14 y una

p de 0.93; con celulitis, encontramos 4 pacientes del fenotipo I, 5 pacientes con fenotipo II y 3 pacientes con fenotipo III, con una X^2 de 0.72 con una p de 0.69; con quiste piloidal, hubieron 2 poacientes con fenotipo I, 2 pacientes con fenotipo II y 1 paciente con fenotipo III, obteniendo una X^2 de 0.2 con una p de 0.9; con la téttrada folicular, 2 pacientes con fenotipo I, 2 pacientes con fenotipo II, con una X^2 de 1.73, con una p de 0.41. (Anexo 10).

Discusión.

Se realizó la captura de datos en una hoja de Excel de los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión descritos previamente. Posteriormente se hizo un análisis univariado aplicando las medidas de tendencia central (media y mediana), y medidas de dispersión (desviación estándar) para variables numéricas, además de frecuencias y proporciones para las variables cuantitativas.

Se realizó el Test estadístico X^2 para variables cualitativas, con una $p \leq 0.05$ para la significancia estadística, con la finalidad de determinar la dependencia entre la respuesta al tratamiento de la hidradenitis supurativa con diferentes fármacos respecto al fenotipo presente.

La Hidradenitis Supurativa (HS) también conocida como Acné inversa o enfermedad de Verneuil, es una enfermedad crónica cutánea con inflamación de la unidad pilosebácea en la cual, se presenta recurrencia dolorosa principalmente en grandes pliegues.¹

Se trabajó con una población de estudio de 37 pacientes, con una edad mínima de 16 años, edad máxima de 59 años con una edad media de 36.4 años, siendo la edad media, 14 años mayor de la edad media de presentación, que suele ser a los 22 años. El peso máximo, fue de 130kg, peso mínimo de 50kg, con un promedio de 85.7kg; en cuanto a la talla, la mínima fue de 1.97m, con una máxima de 1.83m, obteniendo una media de 1.63m; se calculó el IMC, obteniendo un mínimo de 22.2, con un máximo de 47.8, con un promedio de 31.95.

La hidradenitis supurativa es una enfermedad que afecta principalmente a mujeres con una relación mujer-hombre 3,3-1, dentro de nuestro estudio, el 64.9% de los pacientes eran mujeres y el 35.1% fueron hombres, siendo un poco menor la relación a la referida anteriormente.¹

Se clasificaron a los pacientes por el fenotipo de la hidradenitis supurativa, el 40.5% con fenotipo I, con el fenotipo II al 32.4% y con el fenotipo III al 27%.

En cuanto a la clasificación de los pacientes por estadio de Hurley, estando en estadio I, se encontró al 27% de los pacientes, en estadio II encontramos al 40.5% y al 32.4% en estadio III.

El 51.4% de los pacientes con tabaquismo como comorbilidad, siendo esta la más frecuente en nuestro estudio, como se menciona Alikhan en 2019 en su publicación "North American Clinical Management Guidelines for Hidradenitis Suppurativa: a Publication from the United States and Canadian Hidradenitis Suppurativa Foundations. Part II: Topical, Intralesional, and Systemic medical Management", el tabaquismo está presente entre 70-80% de pacientes con HS y alrededor del 10% lo han sido en algún punto de su vida; esta es una comorbilidad que influye en la liberación IL-1, IL-8, IL-10 y TNF- α , disminución β -2 defensina humana, relacionándose con el fracaso terapéutico.²

El 13.5% de los pacientes con DM2, con HAS se hallaron a al 16.2% de los pacientes, con depresión se encontró al 5.4%, 5.4% con ansiedad, el hipotiroidismo estaba presente en el 8.1%, con enfermedad renal al 5.4%, lupus, SOP y gamapatía monoclonal con el 2.7% respectivamente.

La clindamicina tópica al 1% cada 12 horas durante 3 meses o Tetraciclina oral 500mg cada 12h durante 4 meses se han utilizado como el tratamiento de primera línea, en nuestro estudio, el antibiótico de mayor uso fue la Clindamicina, en el 70.3% de los pacientes, mientras que la tetraciclina se utilizó en el 45.9% de los pacientes; la doxiciclina en el 62.2%, la rifampicina fue el antibiótico en el 13.5% de los pacientes, el 5.4% con moxifloxacino, con TMP/SMZ el 21.6%, con uso de ciclosporina el 56.8%, el retinoide en el 43.2%, con adalimumab el 8.1%, con prednisona el 37.8% y con finasteride al 8.1%.

En cuanto a la localización de las lesiones, el 29.7% con acné, el 32.4% con celulitis, el 13.5% con quiste pilonidal y el 10.8% con téttrada folicular, cabe mencionar que aquellos pacientes que presentaban una afectación genital tuvieron una peor respuesta a los tratamientos siendo el 18.9% con lesiones en la zona genital.

Se realizó un test de X^2 para validación de la asociación de las diferentes variables con el fenotipo de la hidradenitis supurativa; con fenotipo I, 5 hombres y 10 mujeres, con fenotipo II 5 hombres y 7 mujeres y con fenotipo III a 3 hombres y 7 mujeres, con una X^2 de 0.36 y una p de 0.83, siendo así que el sexo no es una condición que se asocie con mejor respuesta al tratamiento; el tabaquismo, la cual fue comorbilidad que más se presentó, se obtuvo una X^2 de 4.64 y una p de 0.09, no teniendo significancia en la respuesta al tratamiento; en cuanto a la DM2, no hubo significancia con la respuesta al tratamiento al obtener una X^2 de 2.91 y una p de 0.23; tampoco en HAS hubo significancia al X^2 de 0.44 y una p de 0.8; la depresión con una X^2 de 4.4 con una p de 0.11 no tiene relación con la respuesta al tratamiento; la ansiedad obtuvo una X^2 0.81 y una p 0.66 en su asociación con la respuesta al tratamiento, no siendo significativa; el hipotiroidismo, con una X^2 de 0.09 y una p de 0.95 no tuvo significancia; el SOP, se encontró con una X^2 de 1.5 y una p de 0.47 sin relación con la respuesta al tratamiento; con enfermedad renal, una X^2 de 1.47 y una p 0.47 sin significancia; con lupus una X^2 de 2.77 y una p de 0.25 sin significancia; en la asociación con gamapatía monoclonal, una X^2 de 1.5 y una p de 0.47 no teniendo significancia.

En cuanto a la asociación de los medicamentos empleados para el tratamiento de los diferentes fenotipos de hidradenitis supurativa, la clindamicina obtuvo una X^2 de 1.25 y una p de 0.53 no siendo significativa; con doxiciclina, se obtuvo una X^2 de 3.41 con un a o de 0.18; la tetraciclina como tratamiento con una X^2 de 6.39 y una p de 0.04 se asoció a una buena respuesta al tratamiento de hidradenitis supurativa; en cuanto a la rifampicina con una X^2 de 0.2 y una p de 0.9 no hubo asociación; en tratamiento con moxifloxacino, con una X^2 de 0.81 y una p de 0.66 no hubo

asociación; el TMP/SMZ con una X^2 de 0.41 y una p de 0.81 no tuvo relación a la respuesta al tratamiento; en cuanto al tratamiento con ciclosporina, encontrando una X^2 de 0.26 con una p de 0.87, no hubo asociación; la isotretinoína con una X^2 de 3.04 con una p de 0.21 no hay asociación con la respuesta al tratamiento; en tratamiento con adalimumab con una X^2 de 0.09 y una p de 0.95 no hay significancia; en tratamiento con prednisona hallando una X^2 de 0.22 con una p de 0.89, no hay significancia; con finasteride, una X^2 de 1.43 y una p de 0.48, no hay asociación.

En la asociación cantidad de fármacos utilizados con los fenotipos de hidradenitis supurativa, se halló una X^2 de 14.07, con una p de 0.59 no existiendo una asociación entre el número de fármacos utilizados y la respuesta al tratamiento; con hidradenitis supurativa genital, con una X^2 de 4.07 y una p de 0.13 no hay significancia; con acné, se encontró una X^2 de 0.14 y una p de 0.93, no teniendo relación entre sí; la celulitis en su relación con la respuesta al tratamiento con una X^2 de 0.72 con una p de 0.69, no es significativa; con quiste piloidal, una X^2 de 0.2 con una p de 0.9 no hay significancia; con la tetrada folicular se encontró una X^2 de 1.73, con una p de 0.41 no teniendo significancia.

Conclusiones

Se realizó un estudio de tipo Observacional, Analítico, Retrospectivo y Transversal en el Centro Médico Nacional “La Raza”, en un periodo de evaluación del 01-Enero-2013 al 31-Diciembre-2020, donde se buscó comparar la respuesta al tratamiento de la hidradenitis supurativa con diferentes fármacos respecto al fenotipo presente. Se trabajó con una población de estudio de 37 pacientes, con una edad media de 36.4 años, el peso promedio fue de 85.7kg, una talla media de 1.63m con un IMC promedio de 31.95. El 64.9% de los pacientes eran mujeres y el 35.1% fueron hombres. El fenotipo con mayor frecuencia en nuestro estudio fue el tipo I con el 40.5% de los pacientes. El 51.4% de los pacientes con tabaquismo como comorbilidad, siendo esta la más frecuente en nuestro estudio. El 13.5% de los pacientes con DM2, con HAS se hallaron a al 16.2% de los pacientes, con depresión se encontró al 5.4%, 5.4% con ansiedad, el hipotiroidismo estaba presente en el 8.1%, con enfermedad renal al 5.4%, lupus, SOP y gamapatia monoclonal con el 2.7% respectivamente. El antibiótico mayormente empleado como tratamiento en nuestro estudio fue la Clindamicina, en el 70.3% de los pacientes, seguido de la doxiciclina en el 62.2%. El uso de tetraciclina fue un factor para la mejora de la respuesta al tratamiento de hidradenitis supurativa. Siendo este el primer estudio en población mexicana que compara la respuesta al tratamiento con los diferentes fenotipos y factores asociados a la respuesta al tratamiento.

Bibliografía:

1. Alikhan A, Sayed C, Alavi A, et al. North American clinical management guidelines for hidradenitis suppurativa: A publication from the United States and Canadian Hidradenitis Suppurativa Foundations: Part I: Diagnosis, evaluation, and the use of complementary and procedural management. *J Am Acad Dermatol*. 2019 Jul;81(1):76-90. DOI: 10.1016/j.jaad.2019.02.067.
2. Alikhan A, Sayed C, Alavi A, et al. North American clinical management guidelines for hidradenitis suppurativa: A publication from the United States and Canadian Hidradenitis Suppurativa Foundations: Part II: Topical, intralesional, and systemic medical management. *J Am Acad Dermatol*. 2019 Jul;81(1):91-101. DOI: 10.1016/j.jaad.2019.02.068.
3. Nomura T. Hidradenitis Suppurativa as a Potential Subtype of Autoinflammatory Keratinization Disease. *Front Immunol*. 2020 May 20;11:1-6. DOI: 10.3389/fimmu.2020.00847.
4. Prens E, Deckers I. Pathophysiology of hidradenitis suppurativa: An update. *J Am Acad Dermatol*. 2015 Nov;73(5 Suppl 1):S8-11. DOI: 10.1016/j.jaad.2015.07.045.
5. Sabat R, Jemec GBE, Matusiak Ł, et al. Hidradenitis suppurativa. *Nat Rev Dis Primers*. 2020 Mar 12;6(1):1-20. DOI: 10.1038/s41572-020-0149-1.
6. Canoui-Poitrine F, Le Thuaut A, Revuz JE, et al. Identification of three hidradenitis suppurativa phenotypes: latent class analysis of a cross-sectional study. *J Invest Dermatol*. 2013 Jun;133(6):1506-11. DOI: 10.1038/jid.2012.472.
7. Zimman S, Comparatore MV, Vulcano AF, et al. Hidradenitis suppurativa: una aproximación a su prevalencia, características clínicas, comorbilidades y tiempo al diagnóstico, en un hospital universitario de Buenos Aires, Argentina. *Actas Dermosifiliogr*. 2019 Mar 15; 110(4):297-302. DOI:10.1016/j.ad.2019.01.004
8. Collier EK, Parvataneni RK, Lowes MA, et al. Diagnosis and management of hidradenitis suppurativa in women. *Am J Obstet Gynecol*. 2021 Jan;224(1):54-61. DOI: 10.1016/j.ajog.2020.09.036.
9. van der Zee HH, Jemec GB. New insights into the diagnosis of hidradenitis suppurativa: Clinical presentations and phenotypes. *J Am Acad Dermatol*. 2015 Nov;73(5 Suppl 1):S23-6. DOI: 10.1016/j.jaad.2015.07.047.

10. Jørgensen AR, Brøgger-Mikkelsen M, Ring HC, et al. Patients with a familial predisposition to hidradenitis suppurativa have a distinct clinical phenotype. *J Am Acad Dermatol*. 2020 Dec;83(6):1809-11. DOI: 10.1016/j.jaad.2020.04.022.
11. Vekic DA, Frew J, Cains GD. Hidradenitis suppurativa, a review of pathogenesis, associations and management. Part 1. *Australas J Dermatol*. 2018 Nov;59(4):267-77. DOI: 10.1111/ajd.12770.
12. Martorell A, García-Martínez FJ, Jiménez-Gallo D, et al. Actualización en hidradenitis supurativa (I): epidemiología, aspectos clínicos y definición de severidad de la enfermedad. *Actas Dermosifiliogr*. 2015;106(9):703-15. DOI: 10.1016/j.ad.2015.06.004.
13. Shlyankevich J, Chen AJ, Kim GE, et al. Hidradenitis suppurativa is a systemic disease with substantial comorbidity burden: a chart-verified case-control analysis. *J Am Acad Dermatol*. 2014 Dec;71(6):1144-50. DOI: 10.1016/j.jaad.2014.09.012.
14. Cabrera-Salom C, Sandoval L, Bulla F. Hidradenitis suppurativa. *Piel (barc)*. 2019 Ago-Sep;34(7):408-16. DOI: 10.1016/j.piel.2018.09.002.
15. Martorell A, Caballero A, González YL, et al. Manejo del paciente con hidradenitis suppurativa. *Actas Dermosifiliogr*. 2016 ;107(2):32-62. DOI: 10.1016/S0001-7310(17)30007-8.
16. Caposiena Caro RD, Cannizzaro MV, Botti E, et al. Clindamycin versus clindamycin plus rifampicin in hidradenitis suppurativa treatment: Clinical and ultrasound observations. *J Am Acad Dermatol*. 2019 May;80(5):1314-21. DOI: 10.1016/j.jaad.2018.11.035.
17. Tcherro H, Herlin C, Bekara F, et al. Hidradenitis Suppurativa: A Systematic Review and Meta-analysis of Therapeutic Interventions. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2019 May-Jun;85(3):248-257. DOI: 10.4103/ijdv.IJDVL_69_18.
18. Riis PT, Boer J, Prens EP, et al. Intralesional triamcinolone for flares of hidradenitis suppurativa (HS): A case series. *J Am Acad Dermatol*. 2016 Dec; 75(6):1151-5. DOI: 10.1016/j.jaad.2016.06.049.
19. Flood KS, Porter ML, Kimball AB. Biologic Treatment for Hidradenitis Suppurativa. *Am J Clin Dermatol*. 2019 Oct;20(5):625-38. DOI: 10.1007/s40257-019-00439-5.

20. Frew JW, Jiang CS, Singh N, et al. Clinical response rates, placebo response rates, and significantly associated covariates are dependent on choice of outcome measure in hidradenitis suppurativa: A post hoc analysis of pioneer 1 and 2 individual patient data. *J Am Acad Dermatol*. 2020 May;82(5):1150-1157. DOI: 10.1016/j.jaad.2019.12.044.
21. Goldberg SR, Strober BE, Payette MJ. Hidradenitis suppurativa: Current and emerging treatments. *J Am Acad Dermatol*. 2020 May;82(5):1061-82. DOI: 10.1016/j.jaad.2019.08.089.
22. Charúa-Guindic L, Maldonado-Barrón R, Avendaño-Espinoza O, et al. Hidradenitis suppurativa. *Cir Ciruj*. 2006;74(4):249-55.
23. Emitir Información-Declaración de Helsinki. *J Hueso Minero Res*. 2018 Dic; 33(12):BM i-BM ii. DOI: 10.1002/jbmr.3277.
24. Department of Health, Education, and Welfare; National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont Report. Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. *J Am Coll Dent*. 2014 Summer;81(3):4-13.
25. Ley General de Salud. Nueva ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de febrero de 1984. Última reforma publicada DOF 19-02-2021 [Internet]. [México]; Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. [Citado 2022 Ene 18]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf
26. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Nuevo reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 06 de enero de 1987, última reforma publicada DOF 02-04-2014 [Internet]. [México]; [Citado 2022 Ene 17] Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
27. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos [Internet]. México; 2009 Nov 05 [Citado 2022 Ene 17]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#:~:text=

NORMA%20Oficial%20Mexicana%20NOM%2D012,la%20salud%20en%20seres
%20humanos.

28. Emanuel EJ, Wendler D, Grady C. What makes clinical research ethical? JAMA. 2000 May 24-31;283(20):2701-11. DOI: 10.1001/jama.283.20.2701.

Anexos.

Anexo 1: Hoja de Recolección de Datos.

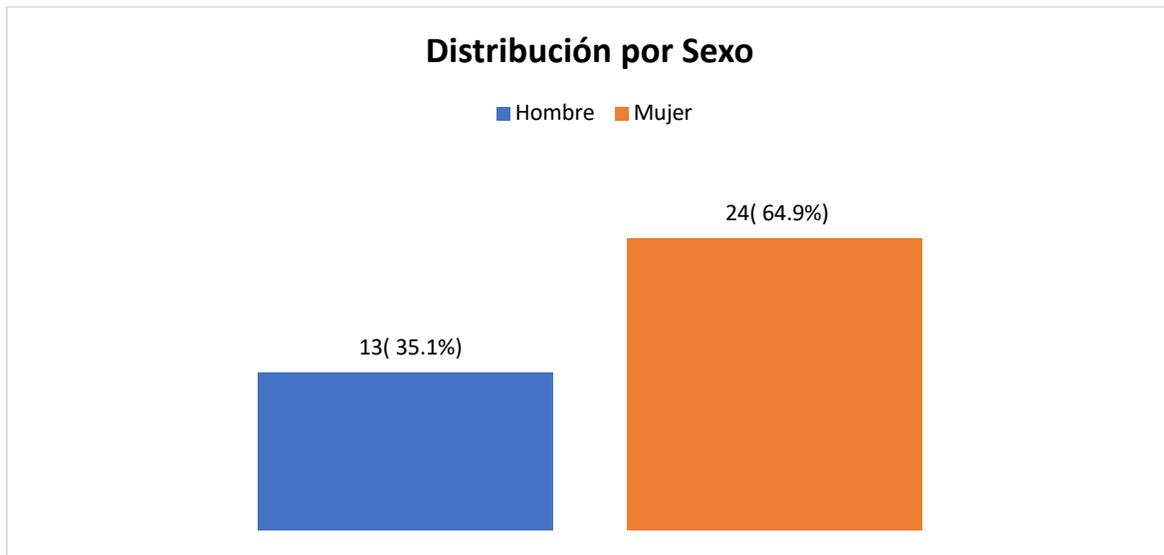
		INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGÍA CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS					
		“ANALISIS DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN ASOCIACIÓN CON EL FENOTIPO DE LOS PACIENTES CON HIDRADENITIS SUPURATIVA”					
Ficha de Identificación							
Folio:			NSS:		Edad:		
Peso:	Talla	IMC:					
Género:	Año de inicio		Tiempo de evolución		meses		
Tratamiento empleado:			Número de medicamentos empleados:				
Antibiótico	Inmuno supresor	Retinoide	Cortico Esteroides	Inmuno Moduladores	Inh-5- α -Reductasa	Anaerobicida	
Duración de tratamiento: _____ semanas			Tiempo máximo sin lesiones _____		semanas		
Fenotipo diagnosticado		Grado Severidad Hurley					
L1		Inicial	Actual				
L2							
L3		Número de áreas afectadas		Nódulos	Abscesos	Fistulas/cicatriz	
Comorbilidades							
Tabaquismo		SI	NO				
Sx metabólico		SI	NO	Índice tabaquico			
SOP	SI	NO	Dislipidemia	SI	NO	Otras:	
HTA	SI	NO	Diabetes	SI	NO		
Anexos							
				Colitis ulcerosa	SI	NO	
Dermatología							

Anexo 2.- Características Demográficas

Características Demográficas					
Tipo de Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad (años)	37	16.0	59.0	36.405	13.1792
Peso(kg)	37	50.0	130.0	85.730	17.6378
Talla (m)	37	1.37	1.83	1.6376	.09358
IMC (kg/m2)	37	22.2	47.8	31.954	6.4245

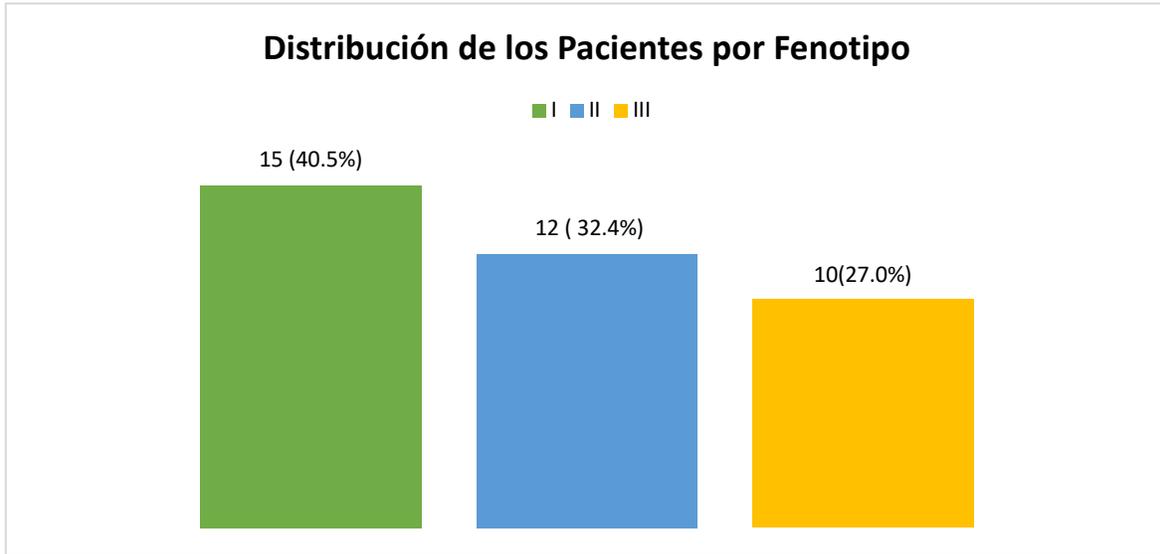
Fuente: Departamento de Dermatología del CMN Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret" en la CDMX.

Anexo 3.- Distribución por sexo



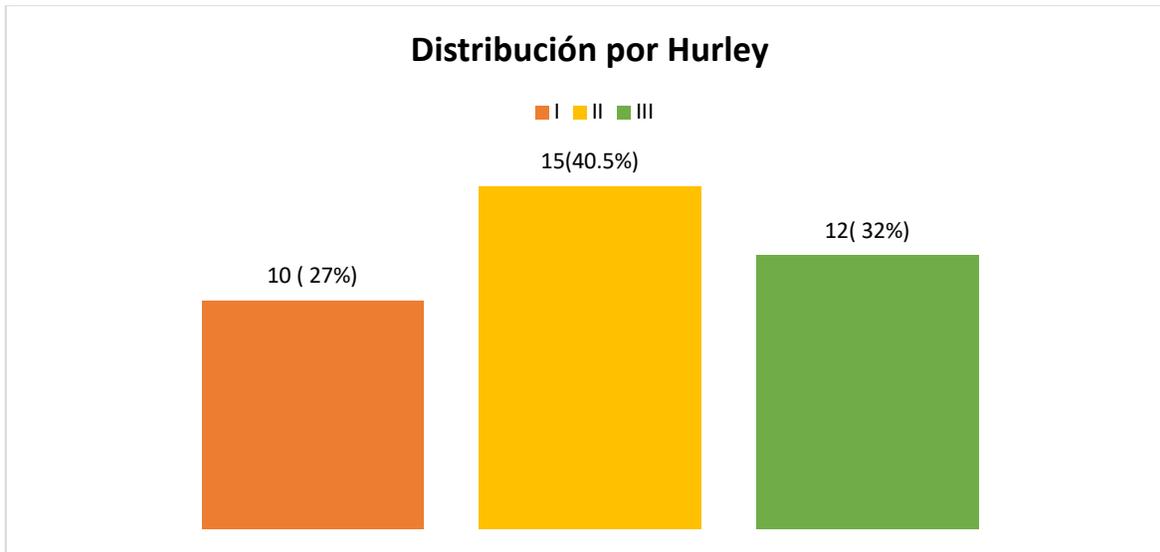
Fuente: Departamento de Dermatología del CMN Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret" en la CDMX.

Anexo 4.- Distribución por fenotipo



Fuente: Departamento de Dermatología del CMN Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret" en la CDMX.

Anexo 5.- Distribución por Hurley



Fuente: Departamento de Dermatología del CMN Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret" en la CDMX.

Anexo 6.- Distribución por Comorbilidades

Distribución por Comorbilidades			
Patología	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Tabaquismo	19	51.4	51.4
Índice Nulo	18	48.6	48.6
Índice Moderado	13	35.1	35.1
Índice Intenso	6	16.2	16.2
DM2	5	13.5	13.5
HAS	6	16.2	16.2
Depresión	2	5.4	5.4
Ansiedad	2	5.4	5.4
Hipotiroidismo	3	8.1	8.1
Síndrome OP	1	2.7	2.7
Enf. Renal	2	5.4	5.4
Lupus	1	2.7	2.7
Gamapatía monoclonal	1	2.7	2.7

Fuente: Departamento de Dermatología del CMN Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret" en la CDMX.

Anexo 7.- Distribución por Medicamentos

Distribución del Tratamiento por Medicamentos				
Tipo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Clindamicina	26	70.3	70.3	100.0
Doxiciclina	23	62.2	62.2	100.0
Tetraciclina	17	45.9	45.9	100.0
Rifampicina	5	13.5	13.5	100.0
Moxifloxacino	2	5.4	5.4	100.0
TMP/SMZ	8	21.6	21.6	100.0
Ciclosporina	21	56.8	56.8	100.0
Retinoide	16	43.2	43.2	100.0
Adalimumab	3	8.1	8.1	100.0
Prednisona	14	37.8	37.8	100.0
Finasteride	3	8.1	8.1	100.0

Fuente: Departamento de Dermatología del CMN Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret" en la CDMX.

Anexo 8.- Distribución por variables

Distribución por Tipo de Variable						
Tipo de Variable		Fenotipo			X2	p
		I	II	III		
Sexo	Hombre	5	5	3	0.36	0.83
	Mujer	10	7	7		
Tabaquismo	NO	8	3	7	4.64	0.09
	SI	7	9	3		
DM2	NO	13	9	10	2.91	0.23
	SI	2	3	0		
HAS	NO	12	10	9	0.44	0.8
	SI	3	2	1		
Depresión	NO	15	10	10	4.4	0.11
	SI	0	2	0		
Ansiedad	NO	14	11	10	0.81	0.66
	SI	1	1	0		
Hipotiroidismo	NO	14	11	9	0.09	0.95
	SI	1	1	1		
Síndrome de Ovario Poliquístico	NO	14	12	10	1.5	0.47
	SI	1	0	0		
Enf. Inflamatoria Intestinal	NO	15	12	10	1	1
	SI	0	0	0		
Enfermedad Renal	NO	15	11	9	1.47	0.47
	SI	0	1	1		
Lupus	NO	15	12	9	2.77	0.25
	SI	0	0	1		
Gamapatía monoclonal	NO	14	12	10	1.5	0.47
	SI	1	0	0		

Fuente: Departamento de Dermatología del CMN Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret" en la CDMX.

Anexo 9.- Relación entre Fenotipo y medicamento utilizado

Distribución por Fenotipo en Relación por medicamento utilizado						
Tipo de Variable		Fenotipo			X2	p
		I	II	III		
Clindamicina	NO	3	4	4	1.25	0.53
	SI	12	8	6		
Doxiciclina	NO	3	6	5	3.41	0.18
	SI	12	6	5		
Tetraciclina	NO	10	8	2	6.39	0.04
	SI	5	4	8		
Rifampicina	NO	13	10	9	0.2	0.9
	SI	2	2	1		
Levofloxacino	NO	15	12	10	0	0
	SI	0	0	0		
Moxifloxacino	NO	14	11	10	0.81	0.66
	SI	1	1	0		
Trimetropirm sulfametoxazol	NO	11	10	8	0.41	0.81
	SI	4	2	2		
Ciclosporina	NO	6	5	5	0.26	0.87
	SI	9	7	5		
Isotretinoína	NO	11	6	4	3.04	0.21
	SI	4	6	6		
Adalimumab	NO	14	11	9	0.09	0.95
	SI	1	1	1		
Prednisona	NO	10	7	6	0.22	0.89
	SI	5	5	4		
Finasteride	NO	13	11	10	1.43	0.48
	SI	2	1	0		

Fuente: Departamento de Dermatología del CMN Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret" en la CDMX.

Anexo 10.- Relación entre Fenotipo y cantidad de fármacos empleados y localización

Distribución por Fenotipo en Relación con la Cantidad de Fármacos Empleados y Localización en Relación con el Fenotipo						
Tipo de Variable		Fenotipo			X ²	p
		I	II	III		
Cantidad de Fármacos Utilizados	1.0	2	0	1	14.07	0.59
	2.0	3	2	1		
	3.0	3	5	2		
	4.0	2	2	3		
	5.0	2	1	0		
	6.0	0	2	3		
	7.0	1	0	0		
	8.0	1	0	0		
	9.0	1	0	0		
Acne	NO	11	8	7	0.14	0.93
	SI	4	4	3		
Celulitis	NO	11	7	7	0.72	0.69
	SI	4	5	3		
Quiste pilonidal	NO	13	10	9	0.2	0.9
	SI	2	2	1		
Tetrada Folicular	NO	13	10	10	1.73	0.41
	SI	2	2	0		