



**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**"

**"Comparación del Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI) en los  
pacientes con Hidradenitis Supurativa, Psoriasis y Dermatitis Atópica con  
tratamiento sistémico"**

**TESIS**

**Para obtener el grado de especialidad en  
DERMATOLOGÍA**

**Presenta**

Dra. Dayana Vázquez Robles.

Asesor de Tesis

Dra. Nancy Pulido Díaz.

Asesor Adjunto

Dra. Liliana Godínez Aldrete

No. Registro R-2021-3501-087

Ciudad de México, Febrero 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.

## ÍNDICE:

	<b>Pág.</b>
<b>Resumen</b>	4
<b>Antecedentes</b>	6
<b>Material y métodos</b>	11
<b>Resultados</b>	12
<b>Discusión</b>	13
<b>Conclusiones</b>	16
<b>Referencias bibliográficas</b>	17
<b>Anexos</b>	21

## ABSTRACT

**METHODS:** Observational, retrospective, cross-sectional and comparative study, carried out in patients of the Dermatology Service of the National Medical Center "La Raza" with hidradenitis suppurativa, psoriasis and atopic dermatitis, with more than one year of systemic treatment, moderate to severe disease, monthly follow-up in the query. The results of the Dermatology Life Quality Index (DLQI) were taken from the last consultation carried out during the year 2021. The sociodemographic and clinical data were obtained from the files. The comparison between groups was performed with the Kruskal-Wallis H test and the post hoc analysis was performed with the Whitney Mann U test with Bonferroni correction with the SPSS v23 program.

**RESULTS:** 84 files were reviewed. 28 files of patients with Hidradenitis Suppurativa, Psoriasis and Atopic Dermatitis. A significant difference was found between the DLQI of the three pathologies, it should be noted that the difference was between Psoriasis vs Atopic Dermatitis (1 vs 17,  $p=0.000$ ), vs Hidradenitis suppurativa (1 vs 16,  $p=0.000$ ). A significant difference was found between the 3 groups ( $p<0.05$ ). In the post hoc analysis, differences were observed between Psoriasis vs. Atopic Dermatitis and Psoriasis vs. Hidradenitis Suppurativa in most items, except in personal relationships, with a significant difference between Hidradenitis Suppurativa vs. Atopic Dermatitis (4 vs. 0,  $p= 0.000$ ) and vs Psoriasis (4 vs 0,  $p=0.000$ ).

**CONCLUSION:** Patients with psoriasis have a better quality of life, followed by patients with atopic dermatitis and, finally, patients with Hidradenitis suppurativa.

**KEY WORDS:** Psoriasis, Psoriatic Arthritis, Rheumatology, Dermatology.

## RESUMEN

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional, retrospectivo, transversal y comparativo, en pacientes del Servicio de Dermatología del Centro Médico Nacional “La Raza” con hidradenitis supurativa, psoriasis y dermatitis atópica, con más de un año de tratamiento sistémico, enfermedad moderada a grave y seguimiento mensual. Se tomaron los resultados del Índice de calidad de Vida en Dermatología (DLQI) de la última consulta realizada durante el año 2021. Los datos sociodemográficos y clínicos se obtuvieron de los expedientes. La comparación entre grupo se realizó con H de Kruskal-Wallis y el análisis *post hoc* se realizó con U de Mann de Whitney con corrección de Bonferroni con el programa SPSS v23.

**RESULTADOS:** Se revisaron 84 expedientes. 28 expedientes de pacientes con Hidradenitis Supurativa, Psoriasis y Dermatitis Atópica. Se encontró diferencia significativa entre el DLQI de las tres patologías, cabe señalar que la diferencia fue entre Psoriasis vs Dermatitis Atópica (1 vs 17,  $p=0.000$ ), vs Hidradenitis supurativa (1 vs 16,  $p=0.000$ ). Se encontró diferencia significativa entre los 3 grupos ( $p<0,05$ ). En el análisis *post hoc* se observó diferencias entre Psoriasis vs Dermatitis Atópica y Psoriasis vs Hidradenitis Supurativa en la mayoría de los ítems, excepto en las relaciones personales, con diferencia significativa entre Hidradenitis Supurativa vs Dermatitis Atópica (4 vs 0,  $p= 0,000$ ) y vs Psoriasis (4 vs 0,  $p=0,000$ ).

**CONCLUSIONES:** Los pacientes con Psoriasis cuentan con mejor calidad de vida, seguido de los pacientes con dermatitis atópica y al final los pacientes con Hidradenitis supurativa.

**PALABRAS CLAVE:** Psoriasis, Hidradenitis supurativa, Dermatitis atópica, DLQI.

## **ANTECEDENTES**

La psoriasis es una enfermedad sistémica inflamatoria crónica, inmunomediada, caracterizada típicamente por manifestaciones inflamatorias en piel y articulaciones. Con factores genéticos y ambientales que contribuyen a su desarrollo. Afecta aproximadamente al 1-3% de la población mundial. <sup>1</sup>

Se asocia con una variedad de comorbilidades, como artritis psoriásica, depresión, síndrome metabólico o riesgo cardiovascular elevado así como disminución en la calidad de vida con impacto psicológico, social y económico. <sup>2</sup> Las manifestaciones cutáneas, son en el 80% de los casos en forma de placas eritematoescamosas delimitadas, con distribución simétrica, topografía en piel cabelluda, tronco, gluteos, superficies flexoras y genitales. El diagnóstico es clínico. <sup>3</sup>

Dentro de la valoración de los pacientes con psoriasis, se identifica el grado de afección de acuerdo a la superficie corporal, el índice de severidad llamado PASI (Psoriasis Area and Severty Index) que otorga una calificación de acuerdo a la intensidad de la placa y la superficie corporal afectada otorgando una calificación de 0-72, una puntuación mayor a 10, o área de superficie afectada >10% y/o el índice de calidad de vida (DLQI) mayor a 10 corresponden a una psoriasis severa.<sup>3</sup> De acuerdo a las guías internacionales el tratamiento establecido de psoriasis severa incluye tratamiento sistémico con inmunosupresores como metotrexate, ciclosporina, azatrioprina, así como el uso de terapia biológica con anti TNF como adalimumab, etarnecept e infliximab, otros biológicos que inhiben

citocinas como secukinumab ixekizumab anticuerpo monoclonal tipo IgG4 se une a la IL17, Ustekinumab anti subunidad p40 de IL12 e IL13.

<sup>4</sup>El retraso en el diagnóstico y en el tratamiento se asocia con deterioro en la calidad de vida de los pacientes, Haroon, et al calcularon que un retraso de 6 meses o más en el diagnóstico y el inicio de la psoriasis se asocia con deterioro en la calidad de vida de los pacientes, en comparación con periodos menores. <sup>5</sup>

La respuesta de tratamiento se evalúa con la reducción de PASI entre la línea de base y un período de tratamiento especificado en al menos un 75%, lo cual se ha encontrado con asociación con la respuesta al tratamiento y la mejora en la calidad de vida evaluada con el índice de calidad de vida (DLQI). <sup>6</sup>

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad sistémica, inflamatoria que se caracteriza por el deterioro de la integridad de la barrera cutánea y la desregulación inmunológica, con un curso crónico y recidivante. Se considera un problema de salud importante a nivel mundial, con prevalencia en niños de 15 años. 30% y 2 - 10% en adultos con pico de incidencia entre los 20 y 40 años de edad, siendo uno de los motivos principales de consulta en dermatología.<sup>7</sup>

Las manifestaciones cutáneas principales son el eccema, áreas de liquenificación subagudas, exocoraciones, xerosis. Tiene una distribución de patrón clásico según la edad del paciente. En los adolescente y adultos las áreas mas afectadas son cabeza, cuello y pliegues, en exacerbaciones puede progresar a eritrodermia.<sup>8</sup>

El diagnóstico de DA es clínico y los criterios más utilizados en la práctica clínica son los de Hanifin y Rajka, que consideran parámetros objetivos y subjetivos como prurito y afectación del sueño. <sup>8</sup> Dentro de la evaluación diagnóstica se valora la

gravedad, el impacto en en la calidad de vida y la detección de alteraciones psicológicas o de comorbilidades alérgicas y no alérgicas.

Para la evaluar de la gravedad se utilizan instrumentos validados, que utilizan el porcentaje de superficie corporal afectada, la gravedad de las lesiones y los síntomas subjetivos como el prurito y la calidad del sueño como el el Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD), el Eczema Area and Severity Index (EASI), patient-Oriented Eczema Measure (POEM) y el Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI).<sup>8</sup> Se ha documentado que la dermatitis atópica (DA) afecta la calidad de vida en adultos con estudios que informan un mayor impacto a mayor gravedad de la dermatitis atópica. Los adultos con dermatitis atópica también reportan una peor calidad de vida en comparación con una población sana y aquellos con otras enfermedades de la piel como urticaria y psoriasis.<sup>9</sup>

El tratamiento de la DA incluye la reparación continua de la barrera epidérmica mediante tratamiento tópico. El tratamiento inmunosupresor sistémico con ciclosporina, metotrexato, azatioprina y ácido micofenólico es una opción establecida para los casos refractarios graves. Otras alternativas son los productos biológicos que se dirigen a la vía T helper 2, como el dupilumab, los inhibidores de JAK y los antagonistas del receptor de histamina.<sup>10</sup>

La hidradenitis supurativa (HS), es una enfermedad de la piel crónica e inflamatoria. La prevalencia en estudios europeos es de entre 0.98 y 4%, y en norteamericanos en 0.13 y 3,4 %. Hay informes que estiman una prevalencia de uno entre 300 o 600. En México no se conoce la incidencia exacta en la población general.<sup>8</sup> Tiene un pico de presentación entre los 20 y 30 años.<sup>11</sup>



La etiología no se ha definido, se han descrito mecanismos genéticos, que implican en la obstrucción e inflamación de la unidad folicular, con dilatación y ruptura estimulando la elevación de citocinas proinflamatorias.<sup>11,12</sup>

La hidradentis (HS) afecta principalmente los pliegues de axilas, ingles, perine, región perianal gluteos, pubis, piel cabelluda y región retroauricular, lesiones iniciales son pápulas y pústulas foliculares, donde posteriormente aparecen nodulos y abscesos con formación de fístulas y cicatrices. Los pacientes presentan dolor que puede llegar a ser incapacitante para la deambulaci3n y movimiento las extremidades superiores durante las exacerbaciones. Se deben cumplir tres criterios diagn3sticos para la HS: lesiones t3picas, aparici3n en una o m3s de las 3reas de predilecci3n, y que sea cr3nica.<sup>12</sup>

Los pacientes con Hidradenitis Supurativa ha resultado con la peor calidad de vida en comparaci3n con otras enfermedades dermatol3gicas como neurofibromatosis, urticaria cr3nica, dermatitis at3pica e incluso psoriasis.<sup>13</sup>

Est3 bien establecido que las personas que viven con afecciones cut3neas inflamatorias experimentan tanto una calidad de vida reducida como altos niveles de angustia, y estos aspectos probablemente est3n relacionados.<sup>14</sup>

Toda enfermedad de la piel se acompa1ada de estr3s psicol3gico ya que influye en la percepci3n del paciente por s3 mismo y por otras personas de su entorno social.<sup>15</sup>

La depresi3n y otros problemas psiqui3tricos son problemas importantes afectando la adherencia al tratamiento y la alteraci3n de la el curso de la enfermedad. Las implicaciones se extienden m3s all3 de la calidad de vida de los

pacientes, con repercusiones económicas concurrentes a través de la pérdida de productividad y baja por enfermedad.<sup>16</sup>

El Dermatology Life Quality Index (DLQI) Uno de los primeros índices de calidad de vida utilizados en dermatología desarrollado por Finlay y Khan en 1994, vigente en la actualidad.<sup>15</sup> Este instrumento de 10 preguntas se ha utilizado en el estudio de más de 40 enfermedades. Brevemente, cada uno de los 10 ítems se califica en una escala de 0 a 3 para calcular una puntuación compuesta. El Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI) evalúa seis dimensiones: síntomas y sentimientos sobre la enfermedad, actividades diarias, ocio, trabajo y estudio, relaciones personales y tratamiento. La calificación obtenida es de 0-30 puntos que se interpreta: 0-1, calidad de vida no afectada; 2-5, poco afectada; 6-10, moderadamente afectada; 11-20, muy afectada; y 21-30, extremadamente afectada.<sup>16</sup>

Existen pocos estudios de comparación de las enfermedades dermatológicas mencionadas con resultados variables. En un estudio realizado por Samponga en 2019, el impacto en la calidad de vida de los pacientes con hidradenitis supurativa fue peor que en los pacientes con psoriasis, tanto en las escalas de síntomas y psicosociales como en los ítems individuales.<sup>13</sup>

En un estudio realizado por Khan en 2020, para medir con el Índice de calidad de vida en Dermatología en psoriasis donde se incluyeron un total de 160 pacientes de los cuales ciento dieciocho pacientes eran hombres (73,8%) y 42 eran mujeres (26,2%). El 42,5% de los pacientes obtuvieron de seis a diez puntos lo que corresponde a un efecto moderado en su vida.<sup>18</sup>

De los pacientes con enfermedad grave, 9 pacientes informaron que la psoriasis tenía un efecto moderado sobre su calidad de vida, 8 informaron un efecto muy grande y 4 pacientes informaron que la psoriasis tuvo un efecto extremadamente grande en su calidad de vida.<sup>17</sup>

Gisoni et al. Investigó la relación entre la topografía y el deterioro de la calidad de vida en un estudio transversal, y caracterizó la frecuencia y distribución de los sitios corporales afectados por psoriasis en un tamaño de muestra de 2009 pacientes con psoriasis de Alemania.<sup>18</sup> Las áreas corporales con mas impacto en la calidad de vida tienen fueron las manos, los brazos, los genitales, el cuero cabelludo y las uñas de acuerdo al Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI).<sup>19</sup>

En un estudio realizado por Kluger en 2017, donde incluyó 26 pacientes con hidradenitis supurativa y 23 pacientes con psoriasis, se encontró con significancia estadística, que los pacientes con hidradenitis supurativa tiene peor calidad de vida que los pacientes con psoriasis, se utilizó como instrumento el 15D.<sup>20</sup>

Las enfermedades de la piel y su tratamiento afectan la calidad de vida relacionada con la salud. En un estudio realizado por Balieva en 2018, donde el objetivo fue medir la carga que genera la terapia dermatológica en 3.846 pacientes de 13 países europeos.<sup>23</sup> utilizando el Índice de calidad de vida en dermatología (DLQI), que incluye una pregunta sobre el impacto de la terapia. La mayoría de los pacientes con dermatitis atópica (63,4%), psoriasis (60,7%), prurigo (54,4%), hidradenitis supurativa (54,3%) y enfermedades ampollosas (53%) informaron problemas de tratamiento.<sup>21</sup>

Los agentes farmacológicos antiinflamatorios dirigidos a la piel han demostrado su eficacia para mejorar los síntomas inflamatorios, los síntomas depresivos y la calidad de vida en general en la psoriasis y la dermatitis atópica.<sup>22</sup> Por otra parte existe una escasez de investigación sobre los resultados psicológicos después del tratamiento con agentes antiinflamatorios en la HS y la DA, además de otras intervenciones psicológicas complementarias en estos pacientes.<sup>23</sup>

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal y comparativo, realizado del 01 de Enero al 30 de agosto de 2021, en expedientes de pacientes con Hidradenitis supurativa, Psoriasis y Dermatitis Atópica, atendidos en la consulta externa del Centro Médico Nacional “La Raza”. Se incluyeron expedientes de pacientes con DLQI realizado en la última consulta realizada en el periodo de tiempo de estudio, en tratamiento sistémico no biológico o biológico, pacientes con hidradenitis supurativa entre Hurley II y II de severidad, en los pacientes con Dermatitis atópica con SCORAD mayor o igual a 15 puntos (Moderado a grave), pacientes con Psoriasis con puntaje PASI mayor o igual a 5 (moderada a grave), de ambos sexos, mayores de 18 años. Se extrajeron las siguientes variables de estudio: edad, sexo, ocupación, estado civil, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, tabaquismo, , tiempo de evolución de la enfermedad, tipo de tratamiento.

Para el análisis estadístico se empleó estadística descriptiva (frecuencias y proporciones) para variables categóricas, para variables numéricas se realizara medidas de dispersión de acuerdo al tipo de distribución que se obtenga del análisis de los datos con Kolmogorov-Smirnoff o Shapiro-wilks. Para establecer la comparación de variables se realizó una X<sup>2</sup> para variables categóricas, kruskall-wallis para variables numéricas, con una significancia  $\leq 0.05$  y con prueba post hoc con U de Mann Whitney con corrección de Bon Ferroni.

Este estudio fue aprobado por el comité de ética e investigación del Centro Médico Nacional La Raza, se apegó a lo señalado por la Declaración de Helsinki (1964), Informe de Belmont (1979) y lo dispuesto en la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud incluyendo la información referente a los comités de ética internos en las Instituciones de Salud (Artículos 100, 103 y 105), Norma Oficial Mexicana NOM012-SSA3-201219 22-26 (24,25).

## Resultados

Se revisaron 84 expedientes. 28 expedientes de pacientes con Hidradenitis Supurativa, 28 de pacientes con Psoriasis y 28 de pacientes con Dermatitis atópica.

Las características clínicas de los pacientes con Psoriasis, Hidradenitis Supurativa y Dermatitis Atópica se observan en la Tabla 1.

Se encontró diferencia significativa entre los puntajes totales de DLQI de las tres patologías, se destaca que la diferencia fue entre Psoriasis vs Dermatitis atópica (1 vs 17,  $p=0.000$ ) y vs Hidradenitis supurativa (1 vs 16,  $p=0.000$ ).

Al dividir el resultado entre los diferentes rubros que evalúa el DLQI (Sensación de los síntomas, Actividades de la vida diaria, Actividades sociales, Trabajo y escuela, Relaciones personales, Comodidad del tratamiento) Se encontró diferencia significativa entre los 3 grupos ( $p<0.05$ , tabla 2). En el análisis *post hoc*, se observó que las diferencias se encontraban al comparar la Psoriasis vs Dermatitis atópica y Psoriasis vs Hidradenitis Supurativa en la mayoría de los rubros (ver tabla 2), excepto en el rubro de las relaciones personales, en el cual se encontró diferencia significativa entre Hidradenitis supurativa vs Dermatitis Atópica (4 vs 0,  $p=0.000$ ) y vs Psoriasis (4 vs 0,  $p=0.000$ ) (Tabla 2).

## **Discusión**

La Psoriasis, Dermatitis atópica e Hidradenitis supurativa son enfermedades con alta morbilidad y recurrencia de visita médica. (26).

Las consecuencias de tener una enfermedad de la piel de estas características van más allá del discomfort del prurito, dolor y de las lesiones en la piel, afectando directamente en la salud y calidad de vida de los pacientes. Estas enfermedades llegan a ser discapacitantes. Los pacientes con Psoriasis se sienten estigmatizados por su enfermedad, los pacientes con Dermatitis atópica se sienten ansiosos, con gran dificultad para afrontar el malestar y los pacientes con Hidradenitis Supurativa se sienten desgastados física y mentalmente por el dolor y la sensación desagradable que producen sus lesiones al supurar. Aunque no son enfermedades con alta mortalidad, sí tienen grandes implicaciones psicológicas y sociales en los pacientes que las padecen (26).

Es importante conocer el impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida de estos pacientes para poder obtener un panorama completa de esta enfermedad. Existen diversas herramientas que ayudan en la medición de la calidad de vida de las enfermedades dermatológicas, entre las cuales se encuentra en Índice de Calidad de Vida en Dermatología, el cual incluye aspectos relacionados con los síntomas y la sensación de vergüenza hacia su enfermedad, las limitaciones en las actividades sociales, trabajo y escuela, la forma en cómo afecta el empleo del tratamiento en su calidad de vida y la afección que tiene su enfermedad en un entorno personal. Esta escala es empleada en diversas patologías, específicamente en Psoriasis, es un indicador de mejora o falla al tratamiento, demostrando su alto valor en la medición de la calidad de vida de este tipo de enfermedades (26).

Lundberb y cols, realizaron un estudio para medir la calidad de vida en 234 pacientes con Psoriasis y 132 pacientes con Dermatitis atópica, empleando diferentes herramientas, entre ellas el DLQI. Encontraron que los pacientes con Dermatitis atópica presentan una menor calidad de vida en el puntaje total del

DLQI comparado con los pacientes con Psoriasis (7.31 vs 4.98;  $p < 0.05$ ), así como los síntomas y sentimientos hacia su enfermedad (1.29 vs 0.94;  $p < 0.05$ ), actividades al aire libre o de la vida diaria (0.98 vs 0.4;  $p < 0.05$ ), trabajo y escuela (0.89 vs 0.42;  $p < 0.05$ ) (26). En nuestro estudio, se encontró también diferencia significativa entre la Psoriasis vs la Dermatitis atópica en el puntaje total de DLQI y en los demás rubros del cuestionario; con excepción del apartado de las relaciones personales en que no se presentó diferencia significativa. Cabe resaltar que la comparación de ambos grupos se realizó en pacientes en tratamiento con fármacos sistémicos de 1 año o más de duración con el tratamiento, con citas continuas para valorar su evolución, lo que disminuye el sesgo de los resultados al valorar la calidad de vida entre ambos grupos. Los pacientes con Dermatitis atópica de nuestra población se muestran con mayor afección en la calidad de vida por la enfermedad, a pesar del tratamiento sistémico no biológico, presentando prurito y ardor insoportables, con alteración para conciliar el sueño y realizar sus actividades diarias, a diferencia de los pacientes con Psoriasis, los cuales presentan mejor control de su enfermedad con tratamiento sistémico no biológico y biológico, expresando menos lesiones en la piel.

Kluger N y cols. Compararon la calidad de vida entre los pacientes con hidradenitis supurativa (26 pacientes), la población general (4,176 pacientes) y los pacientes con psoriasis (138 pacientes), empleando una escala de evaluación de 15 variables. Encontraron diferencia significativa entre el puntaje total de DLQI de los pacientes con Psoriasis e hidradenitis supurativa, en el discomfort y los síntomas, actividades al aire libre y en las relaciones personales (sobre todo en las relaciones sexuales) ( $p < 0.05$ ) (27). En un estudio realizado por Sampogna y cols, se comparó la calidad de vida entre Hidradenitis supurativa y diferentes condiciones dermatológicas, entre ellas psoriasis, empleando la escala Skindex-17. Reportaron que los pacientes con Hidradenitis supurativa presentaron menor calidad de vida que los pacientes con Psoriasis, sobre todo en lo relacionado con los síntomas de la enfermedad, lo psicosocial, sin importar la severidad de la enfermedad en ambos grupos (28). Los resultados descritos previamente son compatibles con nuestro estudio, en el que la Hidradenitis supurativa se presentó con menor



calidad de vida que los pacientes con Psoriasis en todos los rubros evaluados en el DLQI.

No existen estudios que comparen la calidad de vida de los pacientes con Hidradenitis supurativa vs psoriasis. Por lo anterior resaltamos que no encontramos diferencias significativas entre ambas enfermedades y la disminución en la calidad de vida, exceptuando en el rubro de las relaciones personales (convivencia con familia y amigos cercanos y en las relaciones sexuales). Lo anterior refleja la severidad de las lesiones presenten en los pacientes con hidradenitis supurativa por la modificación de la anatomía normal del área afectada y la estética del cuerpo, además del riesgo de presentar supuración de las lesiones fistulizadas durante sus relaciones personales, creando sensación de rechazo de sus seres queridos, a diferencia de los pacientes con Dermatitis atópica que su discomfort es en su mayoría por la sensación de prurito y ardor, no interviniendo en sus relaciones personales por su aspecto físico.

Tampoco hay estudios similares que comparen estas tres enfermedades, en las que se encontró que sí había diferencia significativa en la calidad de vida, sobre todo comparando la hidradenitis supurativa y la dermatitis atópica vs los pacientes con Psoriasis. Lo anterior se puede explicar por el mejor control y respuesta al tratamiento que presentan estos pacientes, sobre todo en aquellos en tratamiento sistémico dirigido con fármacos biológicos.

Dentro de las limitaciones de este estudio se encuentran el empleo de una sola escala para determinar la calidad de vida de los pacientes, la comparación entre poca población de pacientes en cada grupo.

## **Conclusiones**

La calidad de vida de los pacientes con hidradenitis supurativa y dermatitis atópica es significativamente menor que la de los pacientes con Psoriasis. La calidad de vida de los pacientes con Dermatitis atópica e Hidradenitis supurativa es similar en la mayoría de los rubros evaluados por el DLQI, exceptuando las relaciones personales en la que es peor en los pacientes con Hidradenitis supurativa. Por lo anterior, los pacientes con Psoriasis cuentan con una mejor calidad de vida, seguido de los pacientes con dermatitis atópica y al final los pacientes con Hidradenitis supurativa.

## Referencias:

1. Greb JE, Goldminz AM, Elder JT, et al. Soriasis. *Imprimadores Nat Rev Dis.* 2016 Nov 24; 2: 1-17. DOI: 10.1038/nrdp.2016.82.
2. Kaufman BP, Alexis AF. Psoriasis in Skin of Color: Insights into the Epidemiology, Clinical Presentation, Genetics, Quality-of-Life Impact, and Treatment of Psoriasis in Non-White Racial/Ethnic Groups. *Am J Clin Dermatol.* 2018 Jun;19(3):405-23. DOI: 10.1007/s40257-017-0332-7.
3. Esquivel-García R, Estévez-Delgado G, Rodríguez-Orozco AR, et al. La psoriasis: de la investigación básica y clínica al desarrollo de nuevos tratamientos. *Gac Med Mex.* 2018; 154:502-8. DOI:10.24875/GMM.17003182.
4. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Tratamiento Farmacológico para pacientes adultos con psoriasis en placas [Internet]. México: CENETEC; 2013 [citado 2022 Ene 25]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-696-13/ER.pdf>
5. Soleymani T, Reddy SM, Cohen JM, Neimann AL. Early Recognition and Treatment Heralds Optimal Outcomes: the Benefits of Combined Rheumatology-Dermatology Clinics and Integrative Care of Psoriasis and Psoriatic Arthritis Patients. *Curr Rheumatol Rep.* 2017 Nov 20;20(1):1-8. DOI: 10.1007/s11926-017-0706-0.
6. Ritchlin CT, Colbert RA, Gladman DD. Psoriatic Arthritis. *N Engl J Med.* 2017 Mar 9; 376(10):957-70. DOI: 10.1056/NEJMra1505557.
7. Cobo-Ibáñez T, Villaverde V, Seoane-Mato D, et al. Multidisciplinary dermatology-rheumatology management for patients with moderate-to-severe psoriasis and psoriatic arthritis: a systematic review. *Rheumatol Int.* 2016 Feb;36(2):221-9. DOI: 10.1007/s00296-015-3377-z.
8. Belinchón I, Salgado-Boquete L, López-Ferrer A, et al. El papel del dermatólogo en el diagnóstico precoz de la artritis psoriásica:

- recomendaciones de un grupo de expertos. *Actas Dermosifiliogr.* 2020 Dic;111(10):835-46. DOI: 10.1016/j.ad.2020.06.004.
9. Mease PJ, Gladman DD, Papp KA, et al. Prevalence of rheumatologist-diagnosed psoriatic arthritis in patients with psoriasis in European/North American dermatology clinics. *J Am Acad Dermatol.* 2013 Nov;69(5):729-35. DOI: 10.1016/j.jaad.2013.07.023.
  10. Villani AP, Rouzaud M, Sevrain M, et al. Prevalence of undiagnosed psoriatic arthritis among psoriasis patients: Systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol.* 2015 Aug;73(2):242-8. DOI: 10.1016/j.jaad.2015.05.001.
  11. Anandarajah AP, Ritchlin CT. The diagnosis and treatment of early psoriatic arthritis. *Nat Rev Rheumatol.* 2009 Nov;5(11):634-41. DOI: 10.1038/nrrheum.2009.210.
  12. Elizondo-Leal JA, Arredondo-Flores M, Martínez-Villarreal JD. Actualidades en artritis psoriásica 2020. *Dermatol Rev Mex.* 2020 Nov-Dic; 64 (6): 685-700.
  13. Scher JU, Ogdie A, Merola JF, Ritchlin C. Preventing psoriatic arthritis: focusing on patients with psoriasis at increased risk of transition. *Nat Rev Rheumatol.* 2019 Mar;15(3):153-66. DOI: 10.1038/s41584-019-0175-0.
  14. López-Ferrer A, Torrente-Segarra V, Puig L. Artritis psoriásica: lo que el dermatólogo debe saber (Parte 1). *Actas Dermosifiliogr.* 2010 Sep;101(7):578–84. DOI: 10.1016/j.ad.2010.01.015
  15. Boyd T, Kavanaugh A. Novel Treatment Concepts in Psoriatic Arthritis. *Rheum Dis Clin North Am.* 2015 Nov;41(4):739-54. DOI: 10.1016/j.rdc.2015.07.011.
  16. Queiro R, Coto P, Rodríguez J, et al. Modelos de atención multidisciplinar en pacientes con artritis psoriásica en España. *Reumatol Clin.* 2017;13(2):85-90. DOI:10.1016/j.reuma.2016.03.005
  17. Luelmo J, Gratacós J, Moreno Martínez-Losa M, et al. Experiencia de 4 años de funcionamiento de una unidad multidisciplinar de psoriasis y artritis

psoriásica. *Actas Dermosifiliogr.* 2014; 105(4):371-77.

DOI:10.1016/j.ad.2013.10.009

18. Ley General de Salud. Nueva ley publicada en I 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](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf)
19. 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](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)
20. 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.](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#:~:text=NORMA%20Oficial%20Mexicana%20NOM%2D012,la%20salud%20en%20seres%20humanos.)
21. Argobi Y, Smith GP. Analysis of the first 5 years of an interdisciplinary Rheumatology–Dermatology clinic. *Clinical and Experimental Dermatology.* 2021;46(2):270-275.
22. Belinchón I, Salgado-Boquete L, López-Ferrer A, Ferran M, Coto-Segura P, Rivera R, Vidal D, Rodríguez L, de la Cueva P, Queiro R. Dermatologists' Role in the Early Diagnosis of Psoriatic Arthritis: Expert Recommendations. *Actas Dermosifiliogr.* 2020;111(10):835-846.
23. Queiro R, Coto P, Rodríguez J, Notario J, Navío T, de la Cueva P, et.al. Modelos de atención multidisciplinaria en pacientes con artritis psoriásica en España. *Reumatología clínica.* 2017;13(2):85-90.

24. Velez NF, Wei-Passanese EX, Husni ME, Mody EA, Qureshi AA. Management of psoriasis and psoriatic arthritis in a combined dermatology and rheumatology clinic. *Arch Dermatol Res.* 2012;304(1):7-13.
25. Urruticoechea-Arana A, Serra Torres M, Hergueta Diaz M, González Guerrero ME, Fariñas Padron L, Navarro Martín S, Vargas Osorio K, Palacios Abufón A, García de Yébenes MJ, Loza E. Experience and satisfaction with a multidisciplinary care unit for patients with psoriasis and psoriatic arthritis. *Reumatol Clin.* 2019;15(4):237-241
26. Lundberg L, Johannesson M, Silverdahl M, Hermansson C, Lindberg M. Health-related quality of life in patients with psoriasis and atopic dermatitis measured with SF-36, DLQI and a subjective measure of disease activity. *Acta Derm Venereol.* 2000;80(6):430-4. doi:10.1080/000155500300012873.
27. Kluger N, Sintonen H, Ranta M, Serlachius M. Health-Related Quality of Life of Patients with Hidradenitis Suppurativa Measured with the 15D Instrument and Comparison with the General Population and Patients with Psoriasis. *Skin Appendage Disord.* 2018;4(3):131-135.
28. Sampogna F, Fania L, Mazzanti C, Caggiati A, Pallotta S, Panebianco A, Mastroeni S, Didona B, Pintori G, Abeni D. The Broad-Spectrum Impact of Hidradenitis Suppurativa on Quality of Life: A Comparison with Psoriasis. *Dermatology.* 2019;235(4):308-314. doi: 10.1159/000496604.

## Anexo 1.

### Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI)

<b>CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA – DERMATOLOGÍA (DLQI)</b>		
<b>OBJETIVO: Determinar qué efecto ha tenido su problema de la piel en su vida DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA. Por favor marque con una "X" una casilla para cada pregunta</b>		
1. Durante la última semana, ¿ha sentido comezón, dolor o ardor en la piel o la ha tenido dolorida?	Muchísimo Mucho Un poco Nada Sin relación	"" "" "" "" ""
2. Durante la última semana, ¿se ha sentido avergonzado/a o cohibido/a debido a su piel?	Muchísimo Mucho Un poco Nada Sin relación	"" "" "" "" ""
3. Durante la última semana, ¿le ha molestado su condición de la piel para hacer las compras u ocuparse de la casa o el jardín?	Muchísimo Mucho Un poco Nada Sin relación	"" "" "" "" ""
4. Durante la última semana, ¿ha influido su condición de la piel en la elección de la ropa que lleva?	Muchísimo Mucho Un poco Nada Sin relación	"" "" "" "" ""
5. Durante la última semana, ¿ha influido su condición de la piel en alguna actividad social o recreativa?	Muchísimo Mucho Un poco Nada Sin relación	"" "" "" "" ""
6. Durante la última semana, ¿ha tenido dificultad para practicar deportes debido a su condición de la piel?	Muchísimo Mucho Un poco Nada Sin relación	"" "" "" "" ""
7. Durante la última semana, ¿le ha impedido su condición de la piel <b>trabajar</b> o <b>estudiar</b> ?	Muchísimo Mucho Un poco Nada Sin relación	"" "" "" "" ""
8. Durante la última semana, ¿su condición de la piel le ha ocasionado dificultades con su pareja, amigos cercanos o familiares?	Muchísimo Mucho Un poco Nada Sin relación	"" "" "" "" ""
9. Durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de la piel en su vida sexual?	Muchísimo Mucho Un poco Nada Sin relación	"" "" "" "" ""
10. Durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su tratamiento de la piel, por ejemplo, ocupándole tiempo o ensuciando o desordenando su casa?	Muchísimo Mucho Un poco Nada Sin relación	"" "" "" "" ""
<b>Por favor verifique que ha contestado a TODAS las preguntas. Muchas gracias</b>		

## Anexo 2. Tablas

<b>Tabla 1. Características Clínicas y sociodemográficas de los pacientes con Psoriasis, Hidradenitis Supurativa y Dermatitis Atópica.</b>			
	<b>Psoriasis N=28</b>	<b>Hidradenitis Supurativa N=28</b>	<b>Dermatitis Atópica N=28</b>
Sexo			
Hombre	11 (39.3%)	15 (53.6%)	9 (32.1%)
Mujer	17 (60.7%)	13 (46.4%)	19 (67.9%)
Edad (años)	57 (51.7-62)	39 (30.25-52.5)	39.5 (27.7-59.5)
Estado civil			
Soltero	1 (3.6%)	21 (75%)	19 (67.9%)
Casado	21 (75%)	5 (17.9%)	9 (32.1%)
Unión libre	4 (14.3%)	2 (7.1%)	0
Viudo	2 (7.1%)	0	0
Comorbilidad			
DM2	11 (39.3%)	9 (32.1%)	2 (7.1%)
HTA	6 (21.4%)	8 (28.6%)	2 (7.1%)
Obesidad	10 (35.7%)	13 (46.4%)	5 (17.9%)
Tabaquismo	6 (21.4%)	18 (64.3%)	6 (21.4%)
Tiempo de evolución de la enfermedad (años)			
<= 5	22 (78.6%)	14 (50%)	12 (42.9%)
5.1-10	5 (17.9%)	7 (25%)	10 (35.7%)
10.1-15	1 (3.6%)	2 (7.1%)	1 (3.6%)
15.1-20	0	4 (14.3%)	4 (14.3%)
>20	0	1 (3.6%)	1 (3.6%)
Tratamiento			
Sistémico no biológico	10 (35.7%)	22 (78.6%)	28 (100%)



Sistémico biológico	7 (25%)	4 (14.3%)	0
Ambos	11 (39.3%)	2 (7.1%)	0

Los resultados se expresan en frecuencias con porcentajes, Medianas con rangos intercuartiles (q1-q3). DM2: Diabetes mellitus tipo 2, HTA: Hipertensión arterial sistémica.

**Tabla 2. Comparación entre los puntajes de DLQI de los pacientes con Psoriasis vs Hidradenitis Supurativa vs Dermatitis atópica.**

	Psoriasis	Hidradenitis supurativa	Dermatitis atópica	<i>p</i> *
DLQI Total	1 (0-5) **,^	16 (9.7-20.5)	17 (7.7-21)	0.000
Síntomas y sensaciones.	1 (0-2) **,^	4.5(3.7-6)	4(2-5)	0.000
Actividades de la vida diaria	0 (0-2) **,^	2.5 (0.7-4.5)	3 (1.7-4.5)	0.000
Actividades sociales	0 (0-1) **,^	3 (1-5)	5 (1.7-6)	0.000
Trabajo y escuela	0 **,^	1 (0-1.5)	2 (0-2)	0.000
Relaciones personales	0	4 (2-5)^,^^	0 (0-2)	0.000
Tratamiento	0 **,^	1 (0-1.5)	1 (0-2.25)	0.005

Los resultados se muestran en medianas y rangos intercuartiles (q1-q3).

DLQI: Índice de Calidad de vida en Dermatología.

\*H de Kruskal-Wallis.

U Mann Whitney con corrección de Bonferroni:

\*\* Psoriasis vs Dermatitis atópica  $p < 0.05$

^ Psoriasis vs Hidradenitis Supurativa  $p < 0.05$

^^Dermatitis atópica vs Hidradenitis supurativa  $p < 0.05$

