

Hidradenitis suppurativa en el embarazo: un caso de difícil manejo

Aura Catherine Rodríguez-Estupiñán¹; María Camila Herrera-Buitrago²; Karen Sofia Corredor-López³; Sonia Salamanca-Mora⁴



RESUMEN

La hidradenitis suppurativa es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, caracterizada por lesiones supurativas localizada principalmente en áreas intertriginosas, con presentación clínica variable, desde nódulos dolorosos hasta trayectos fistulosos que generan deformidad anatómica. Afecta predominantemente a mujeres en edad fértil, dada la fluctuación constante de las hormonas sexuales y los cambios metabólicos que aún no están bien descritos.

Se presenta el caso clínico de una paciente femenina de 25 años, con antecedente de hidradenitis suppurativa, quien durante el embarazo presenta exacerbación de las lesiones, múltiples tractos fistulosos y cicatrices en puente que comprometen la región axilar, la región perineal y genital, a través del cual se muestra un abordaje terapéutico multidisciplinario con el servicio de dermatología y obstetricia.

PALABRAS CLAVE: Embarazo; Enfermedad de la piel; Hidradenitis suppurativa; Mujer.

HIDRADENITIS SUPPURATIVA IN PREGNANCY: A DIFFICULT CASE TO MANAGE

SUMMARY

Hidradenitis suppurativa is a chronic inflammatory skin disease, characterized by suppurative lesions typically in the intertriginous skin areas with variable clinical presentation that ranges from painful nodules to sinus tracts that generate an anatomical deformity. It predominantly affects women of childbearing age, given the constant fluctuation of sex hormones and metabolic changes that are not yet well described.

1. Médica dermatóloga. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8669-2102>
2. Médica general. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9735-6446>
3. Médica general. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4996-9472>
4. Médica ginecóloga y colposcopista. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-1391-704X>

Correspondencia: Aura Catherine Rodríguez-Estupiñán; **email:** catiika.r@gmail.com

Recibido: 11/01/2023; **aceptado:** 05/02/2024

Cómo citar: Rodríguez-Estupiñán AC, Herrera-Buitrago MC, Corredor-López KS, Salamanca-Mora S. Hidradenitis suppurativa en el embarazo: un caso de difícil manejo. Rev Asoc Colomb Dermatol Cir Dermatol. 2024;32(1):47-53.

DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1762>

Financiación: ninguna, **conflictos de interés:** ninguno

We present a clinical case of a 25-year-old female patient, with a history of hidradenitis suppurativa, who presents during pregnancy with exacerbation of lesions, multiple sinus tracts and hypertrophic scars involving the axillary, perineal and genital regions; through which we show a multidisciplinary therapeutic approach with the dermatology and obstetrics service.

KEY WORDS: Hidradenitis suppurativa; Pregnancy; Skin disease; Women.

INTRODUCCIÓN

La hidradenitis suppurativa (HS), también conocida como *hidrosadenitis suppurativa* o *acné invertido* ⁽¹⁾, es una enfermedad inflamatoria crónica y recurrente de los folículos pilosos terminales, que afecta predominantemente las zonas intertriginosas, en especial las axilas, las ingles y la región anogenital ⁽²⁾. Su etiología es multifactorial y los factores desencadenantes o agravantes incluyen el tabaquismo, la obesidad, las alteraciones endocrinológicas y las fuerzas de fricción o cizallamiento ⁽¹⁾. Clínicamente se caracteriza por la presencia de nódulos dolorosos, forúnculos o abscesos, cuya progresión produce distorsiones anatómicas, como resultado de la formación de trayectos fistulosos, fibrosis dérmica y obstrucción linfática ^(2,3).

Aunque en la actualidad carecemos de amplios estudios que nos permitan conocer con exactitud la incidencia y prevalencia de la enfermedad en nuestro país, la tasa de prevalencia global estimada es de aproximadamente el 1% y la edad promedio de inicio es alrededor de los 20 años ⁽²⁾, con una mayor actividad de la enfermedad entre la tercera y cuarta década de la vida ⁽¹⁾. La HS afecta predominantemente al sexo femenino, en una proporción de 3:1 con respecto al sexo masculino ⁽⁴⁾.

Dada la mayor prevalencia de la HS en mujeres en edad fértil, se ha considerado que los cambios metabólicos, endocrinos e inflamatorios ocurridos durante el embarazo podrían generar un impacto en el curso de la enfermedad; sin embargo, hasta el momento, los datos siguen siendo muy escasos.

A continuación, presentamos un caso clínico de una paciente con reactivación de HS durante el embarazo y en el posparto.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 25 años, sin antecedentes personales ni familiares de importancia, quien consultó por cuadro clínico de dos años de evolución de lesiones supurativas dolorosas que iniciaron en la región axilar derecha. Fue valorada inicialmente por medicina general en múltiples ocasiones, se ordenó toma de cultivo y antibiograma de lesiones con evidencia de *Staphylococcus aureus*, y se indicó manejo con clindamicina por 15 días, sin mejoría.

En la exploración física inicial por parte de dermatología se evidenció, a nivel de la región axilar bilateral, lesiones nodulares subcutáneas con secreción purulenta abundante y trayectos fistulosos, cicatrices en puente y retráctiles. Se diagnosticó una HS estadio Hurley III (**Figura 1**), se inició antibioticoterapia tópica y se solicitó perfil metabólico y hormonal para descartar patología adyacente; la prueba de embarazo fue positiva.

La paciente acudió al segundo control a los dos meses del inicial y cursó con gestación de 16 semanas por FUM primigestante con STORCH negativo, con reporte de paraclínicos que descartaron trastorno hormonal adyacente. A la exploración física se observaron lesiones axilares estables; llamó la atención la presencia de numerosos trayectos fistulosos en la cara interna del muslo derecho que comprometían los labios mayores y la



Figura 1. Hidradenitis supurativa Hurley III. En la región axilar bilateral, predominio derecho, se evidencian múltiples nódulos subcutáneos con secreción purulenta abundante y trayectos fistuloso, cicatrices en puente y retráctiles.

región perineal, cicatrices en puente y retráctiles, además de nódulo de 5×5 cm en el labio mayor, doloroso a la palpación, renitente al tacto (**Figura 2**). Se tomaron muestras en coloración de Gram del perineo, la ingle y la axila, con evidencia de polimorfonucleares con reacción leucocitaria aumentada y cocobacilos gramnegativos ++; antibiograma positivo para *S. aureus* multisensible en cantidad abundante. El reporte de ecografía de

tejidos blandos en la axila derecha identificó “[...] colección tubular que compromete toda la región axilar y el tercio proximal del brazo, con varias comunicaciones en piel, configurando trayectos fistulosos. Impresión diagnóstica: hidradenitis supurativa (estadio 3: según escala de Hurley)”. Se realizó junta médica dermatológica, se inició manejo tópico con clindamicina al 2%, se ordenó seguimiento multidisciplinario por ginecología



Figura 2. Hidradenitis supurativa Hurley III. En la de cara interna del muslo derecho, los labios mayores y la región perianal se evidencian numerosos trayectos fistulosos, cicatrices en puente y retráctiles, además de nódulo de 5×5 cm en el labio mayor, doloroso a la palpación, renitente al tacto.

y obstetricia por alto riesgo obstétrico, clínica del dolor e infectología. Además, se indicó remisión a un hospital de IV nivel para drenaje quirúrgico del nódulo en la región genital, que fue realizado sin complicaciones y con bienestar fetal hasta el momento.

Posteriormente, la paciente presentó exacerbación de las lesiones en la región genital, con limitación para la marcha, motivo por el cual estuvo hospitalizada en manejo conjunto con dermatología, ginecología e inmunología en IV nivel de atención, donde se inició el manejo antimicrobiano con rifampicina más clindamicina en 600/600 mg, cada 12 horas, durante 10 semanas, y se consideró candidata para manejo biológico con adalimumab.

Asistió nuevamente a control con dermatología con embarazo de 26 semanas, con disminución del 50% de los trayectos fistulosos en la cara interna del muslo derecho y los labios mayores; en la región perineal cicatrices y en la región glútea, nódulo secretante. Se indicaron infiltraciones con triamcinolona al 100% en la región axilar en dos sesiones; total de infiltrados: 4 CC en cada zona anatómica, sin complicaciones, con lo cual presentó mejoría del 80% de las lesiones (**Figura 3**), para el momento del parto.

Asistió nuevamente a control a los 48 días del posparto vaginal a las 35 semanas de gestación, con requerimiento de episiorrafia lateral izquierda, sin ningún manejo en el momento. A la exploración física dermatológica se evidenció, en las regiones axilares, aumento del trayecto fistuloso, induración y dolor, persistencia de las lesiones en la cara interna del muslo, los labios mayores y la región perineal, con presencia de nódulo secretante en la región glútea izquierda. Se consideró reactivación severa de la enfermedad y se inició tratamiento tópico con fórmula magistral: peróxido de benzoílo al 5% y aceite de árbol de té al 0,03%; se indicaron infiltraciones intralesionales con corticoide. Además, se realizó una nueva junta médica, que determinó que la paciente era candidata a resección quirúrgica de las lesiones mediante cirugía plástica, cirugía de mamá y tejidos blandos.



Figura 3. Hidradenitis supurativa posterior al tratamiento. Se evidencia mejoría del 80% de las lesiones en la región axilar después de la aplicación de corticoide intralesional.

DISCUSIÓN

En la actualidad, los datos disponibles indican que el curso de la HS durante el embarazo y después del parto es variable; en una revisión sistemática y metaanálisis, que incluyó un total de 672 casos de gestantes y 164 casos de mujeres en puerperio, se mostró una tasa de mejoría de la HS del 24% durante el embarazo y una tasa de empeoramiento del 20%. Además, el 60% de las mujeres informaron una recaída de la enfermedad durante el posparto, dado los altos niveles de prolactina y la drástica reducción de los niveles de estrógeno en dicho período ⁽⁵⁾. Por otro lado, un estudio de cohorte retrospectivo concluyó que el 61,9% y el 66,9% de las mujeres experimentaron una exacerbación de la HS durante el embarazo y el puerperio, respectivamente; el 30,1% de la gestantes no experimentaron ningún cambio y el 8% presentaron mejoría de la enfermedad. Si bien el estudio demostró una alta tasa de exacerbación, se evidenció que la mayoría de las pacientes no había recibido ningún tratamiento dirigido a la HS ⁽⁴⁾.

En una encuesta realizada a pacientes gestantes en tres clínicas especializadas en HS en los Estados Unidos y tres grupos de apoyo internacionales de HS, se evidenció una distribución relativamente equitativa de los cambios clínicos durante el embarazo: 34,8% reportaron empeoramiento, 28,7% ningún cambio y 36,6% mejoría; además, el 3,1% de las pacientes con HS anogenital que dieron a luz por vía vaginal informaron que su HS interfería con el parto vaginal y el 23,5% creía que el parto vaginal provoca un brote de HS. Sin embargo, el resultado de la cicatrización de aquellas pacientes que optaron por cesárea tampoco fue favorable por el desarrollo de nuevos nódulos inflamatorios ⁽⁶⁾. Para el caso de nuestra paciente, posterior al parto se observó una recaída de las lesiones.

La HS es una inflamación crónica de la piel. El efecto del embarazo en el curso de la HS es mixto: antiinflamatoria y proinflamatoria, lo que explicaría la variabilidad clínica ⁽⁶⁾. Se cree que la alteración hormonal desempeña un papel importante dada su relación con el acné vulgar, el síndrome de ovario poliquístico (SOP), el inicio de la enfermedad alrededor de la pubertad, las fluctuaciones en la gravedad de la HS asociadas al ciclo menstrual y el raro inicio y mejoría de la enfermedad en la posmenopausia ⁽⁷⁾. El papel de las hormonas sexuales, incluidos el estrógeno y la progesterona, aún no se comprenden por completo ⁽⁵⁾.

Las hormonas sexuales tienen actividad inmunomoduladora sobre las células dendríticas, la maduración de las células T, la diferenciación y la supresión de la respuesta inmunitaria T_H1 ; su respuesta varía entre hombres y mujeres ⁽⁷⁾. Es posible que el efecto inmunomodulador esté determinado por los cambios en los niveles de estrógeno y progesterona. Los efectos proinflamatorios pueden deberse al aumento de los niveles de estrógenos, al producir un aumento de la actividad de T_H1 . La progesterona puede ejercer efectos antiinflamatorios al suprimir la producción de interferón (IFN), interleucina 1 (IL-1) y factor de necrosis tumoral α (FNT- α) y de la actividad de células T $CD4$ y T_H17 , factores implicados en la patogénia de la HS ^(5,6).

En cuanto a los factores de riesgo que pueden contribuir al empeoramiento de la HS durante el embarazo, tenemos el aumento de peso, que lleva a una mayor fricción de la piel en las áreas intertriginosas. Se ha demostrado que los adipocitos promueven la secreción de citocinas proinflamatorias, incluido el FNT- α , lo que genera un aumento de la inflamación y exacerbación de la enfermedad ^(5,6). No obstante, la HS se acompaña de una serie de comorbilidades, como el tabaquismo, la obesidad, la diabetes *mellitus*, el SOP, la hipertensión arterial, la enfermedad tiroidea, la apnea obstructiva del sueño, el trastorno por consumo de sustancias y los trastornos psiquiátricos, como depresión, ideaciones e intentos suicidas; todo esto se asocia con resultados maternos y fetales adversos ⁽⁸⁾, lo cual duplica el riesgo en los pacientes con HS en comparación con la población en general ⁽⁹⁾.

En un estudio de cohorte realizado por Fitzpatrick y colaboradores, que comparó gestantes que tenían HS frente a gestantes sin HS, se encontró un mayor riesgo de aborto espontáneo del 15,5% frente a un 11%, riesgo de parto prematuro del 9,1% frente a un 6,7% y diabetes *mellitus* gestacional del 11% frente a un 8,4%. No se evidenciaron cambios en los resultados del riesgo de diabetes *mellitus* posterior al ajuste de las comorbilidades preexistentes, lo que sugiere que la HS en sí misma puede conferir un riesgo adicional para el desarrollo de diabetes gestacional, considerándose que el estado inflamatorio crónico podría desempeñar un papel importante como precipitante ⁽⁸⁾. Sin embargo, en otro estudio de cohorte retrospectivo, Lyon y colaboradores no mostraron asociaciones significativas de las complicaciones mencionadas anteriormente, aunque sí

asociaron la presencia de lesiones de HS en mamas con no amamantar, de acuerdo con el estadio Hurley ($p = 0,004$). De acuerdo con esto, una proporción significativamente mayor de pacientes con estadio 3 de Hurley no amamantó en comparación con el estadio 1 o 2 de Hurley ($p = 0,039$)⁽¹⁰⁾. En el caso de nuestra paciente, cursó con diabetes *mellitus* durante el embarazo, sin otras comorbilidades conocidas, a excepción de HS.

En cuanto al tratamiento, algunos medicamentos utilizados para la HS están contraindicados en el embarazo, como lo son las tetraciclinas orales, la espirolactona, las píldoras anticonceptivas orales combinadas y las terapias con retinoides, lo que implica un importante desafío⁽⁷⁾. La mayoría de los profesionales se abstienen de iniciar tratamientos durante el embarazo por razones de seguridad⁽¹¹⁾; sin embargo, actualmente contamos con algunas opciones terapéuticas, incluidos agentes tópicos como el peróxido de benzoilo, la clindamicina, la eritromicina y el metronidazol. En los casos de HS moderada a severa podrían utilizarse esquemas antibióticos sistémicos: clindamicina más rifampicina^(3, 9); además, existen datos disponibles para el uso de agentes biológicos⁽¹¹⁾, como en el caso de nuestra paciente, en quien se sugirió el adalimumab, un inhibidor del factor de necrosis antitumoral α , comúnmente utilizado para la HS, que atraviesa la placenta, por lo que si se continúa hasta el parto, los recién nacidos no debe recibir vacunas vivas hasta después de los 6 meses de edad. Algunos médicos cambian a certolizumab durante el tercer trimestre por este motivo, porque la transferencia placentaria de certolizumab es mínima⁽¹²⁾; sin embargo, hasta la fecha, hay escasez de datos sobre su uso en la HS. Aunque existen pocos datos de seguridad para la realización de procedimientos en HS durante el embarazo, la administración de triamcinolona intralesional y la destrucción folicular basada en láser son probablemente seguros y podrían usarse como terapia adyuvante⁽⁹⁾. Estas terapias deben estar acompañadas de modificaciones en los estilos de vida, incluidos el control del peso y la suspensión del tabaquismo⁽³⁾. La participación del dermatólogo en el seguimiento de las pacientes con HS durante el embarazo se asoció con una mayor probabilidad de pacientes que reciben tratamientos dirigidos para HS⁽⁴⁾; por tanto, su participación en conjunto con ginecología y obstetricia es fundamental. En el caso de nuestra pacientes, se requirió de un manejo multimodal para la mejoría de los síntomas, utilizando varias de las terapias previamente mencionadas.

Es importante que en las investigaciones futuras en este campo se incluyan poblaciones más diversas y se amplifique la información sobre las complicaciones médicas durante el embarazo, mediciones objetivas de la actividad de la enfermedad, cronología detallada de los cambios de la enfermedad, la correlación entre las hormonas sexual y el curso clínico de la enfermedad y sus mecanismos efectores, alternativas terapéuticas y su seguridad durante el embarazo y la lactancia, entre otros temas de interés.

CONCLUSIONES

La HS es un trastorno inflamatorio de la piel, debilitante, de curso crónico y manejo complejo, que afecta predominantemente a mujeres en edad fértil. El curso de la enfermedad durante el embarazo es variable; sin embargo, la mayoría de las pacientes continúan experimentando síntomas durante el embarazo y en el posparto. La HS puede estar acompañada de comorbilidades asociadas a resultados materno-fetales desfavorables. Además, se ha asociado al desarrollo de complicaciones durante el embarazo, como la diabetes *mellitus* gestacional y la interferencia de la lactancia materna durante el posparto. El manejo exitoso de la HS es un desafío, y en ocasiones, en especial durante el embarazo, requiere de atención multidisciplinaria por parte de un equipo coordinado por el dermatólogo y el ginecoobstetra, acompañados de otros profesionales de la salud según cada caso, incluidos cirujanos generales, plásticos o de tejidos blandos, expertos en el manejo del dolor y cuidado de heridas, gastroenterólogos, reumatólogos, inmunólogos, entre otros. La mayoría de las pacientes requieren de una terapia multimodal para el alivio de los síntomas; sin embargo, las pautas actuales de manejo se enfocan principalmente en pacientes no gestantes, aunque existen terapias que pueden ser usadas durante el embarazo y la lactancia. Los datos sobre seguridad y eficacia y las alternativas siguen siendo escasos.

Puntos clave

- La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, de etiología multifactorial, con múltiples desencadenantes hormonales y metabólicos que generan afectación importante en la calidad de vida de los pacientes, con mayores complicaciones durante el embarazo.
- Las manifestaciones clínicas incluyen la presencia de nódulos dolorosos, forúnculos o abscesos, cuya progresión produce distorsiones anatómicas, como resultado de la formación de trayectos fistulosos, fibrosis dérmica y obstrucción linfática de predominio en las zonas intertriginosas.
- Su diagnóstico es clínico; sin embargo, el uso de la ultrasonografía de tejidos blandos nos permite caracterizar de forma más precisa el grado de complicación y presencia de trayectos fistulosos a través de la clasificación de Hurley.
- El tratamiento de la HS en el embarazo es todo un reto clínico; sin embargo, actualmente contamos con algunas opciones terapéuticas tópicas, como peróxido de benzoílo, clindamicina, eritromicina y metronidazol en caso de HS leves; y tratamientos sistémicos más avanzados para las HS en estadio II-II, como clindamicina más rifampicina y agentes biológicos como el adalimumab.

REFERENCIAS

1. García-Martínez FJ, Pascual JC, López-Martín I, Pereyra-Rodríguez JJ, Martorell Calatayud A, Salgado-Boquete L, et al. Actualización en hidrosadenitis supurativa en Atención Primaria. *Semerger*. 2017;43(1):34-42. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.12.005>
2. Chu CB, Yang CC, Tsai SJ. Hidradenitis suppurativa: Disease pathophysiology and sex hormones. *Chinese J Physiol*. 2021;64(6):257-65. https://doi.org/10.4103/cjp.cjp_67_21
3. Perng P, Zampella JG, Okoye GA. Management of hidradenitis suppurativa in pregnancy. *J Am Acad Dermatol*. 2017;76(5):979-89. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2016.10.032>
4. Lyons AB, Peacock A, McKenzie SA, Jacobsen G, Naik HB, Shi VY, et al. Evaluation of Hidradenitis Suppurativa Disease Course During Pregnancy and Postpartum. *JAMA Dermatol*. 2020;156(6):683-5. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2020.0777>
5. Seivright JR, Villa NM, Grogan T, Parvatanehi RK, Thompson AM, Shi VY, et al. Impact of Pregnancy on Hidradenitis Suppurativa Disease Course: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Dermatol*. 2022;238(2):260-6. <https://doi.org/10.1159/000517283>
6. Fernandez JM, Hendricks AJ, Thompson AM, Mata EM, Collier EK, Grogan TR, et al. Menses, pregnancy, delivery, and menopause in hidradenitis suppurativa: A patient survey. *Int J Womens Dermatol*. 2020;6(5):368-71. <https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2020.07.002>
7. Kozera EK, Lowes MA, Hsiao JL, Frew JW. Clinical considerations in the management of hidradenitis suppurativa in women. *Int J Womens Dermatol*. 2021;7(5Part B):664-71. <https://doi-org.ezproxy.umng.edu.co/10.1016/j.ijwd.2021.10.012>
8. Fitzpatrick L, Hsiao J, Tannenbaum R, Strunk A, Garg A. Adverse pregnancy and maternal outcomes in women with hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol*. 2022;86(1):46-54. <https://doi-org.ezproxy.umng.edu.co/10.1016/j.jaad.2021.06.023>
9. Sayed CJ, Hsiao JL, Okun MM; Hidradenitis Suppurativa Foundation Women's Health Subcommittee. Clinical Epidemiology and Management of Hidradenitis Suppurativa. *Obstet Gynecol*. 2021;137(4):731-46. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004321>
10. Lyons AB, Peacock A, McKenzie SA, Jacobsen G, Naik HB, Shi VY, et al. Retrospective cohort study of pregnancy outcomes in hidradenitis suppurativa. *Br J Dermatol*. 2020;183(5):945-7. <https://dx.doi.org/10.1111%2Fbjd.19155>
11. Collier EK, Price KN, Grogan TR, Naik HB, Shi VY, Hsiao JL. Characterizing perimenstrual flares of hidradenitis suppurativa. *Int J Womens Dermatol*. 2020;6(5):372-6. <https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2020.09.002>
12. Mariette X, Abraham B, Flynn A, Förger F, Moltó A, Flipo RM, et al. Lack of placental transfer of certolizumab pegol during pregnancy: Results from crib, a prospective, postmarketing, multicenter, pharmacokinetic study. *Reprod Toxicol*. 2017;72:42-3. <http://dx.doi.org/10.1136/>