



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

**GRADO EN MEDICINA
TRABAJO FIN DE GRADO**

**IMPACTO DE LA HIDRADENITIS
SUPURATIVA EN LA CALIDAD DE VIDA
DE LOS PACIENTES ESPAÑOLES**

**IMPACT OF HIDRADENITIS SUPPURATIVA
IN THE QUALITY OF LIFE OF SPANISH
PATIENTS**

Autora: Lucía Vargas Fernández-Carnicero

Director: Marcos A. González López

Santander, Junio 2017

Contenido

AGRADECIMIENTOS.....	2
RESUMEN.....	3
ABSTRACT	4
1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1 CONCEPTO	6
1.2 EPIDEMIOLOGÍA.....	6
1.3 ETIOPATOGENIA.....	7
1.4 MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	9
1.5 CLASIFICACIÓN SEGÚN GRAVEDAD	11
1.6 TRATAMIENTO	13
1.7 ENFERMEDAD DERMATOLÓGICA Y CALIDAD DE VIDA.....	13
2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	16
2.1 OBJETIVOS.....	17
3. PACIENTES Y MÉTODO	18
3.1 PACIENTES.....	19
3.2 MÉTODO DE ESTUDIO	19
4. RESULTADOS	21
4.1 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS	22
4.2 RESULTADOS DEL DLQI	22
5. DISCUSIÓN.....	24
6. CONCLUSIONES	29
7. BIBLIOGRAFÍA.....	31

AGRADECIMIENTOS

Gracias a mi director, Marcos A. González, por su atención y dedicación siempre que lo he necesitado.

Y a mi familia, por creer en mí y hacerme sentir capaz de todo.

RESUMEN

Introducción: La hidradenitis supurativa (HS) es un trastorno crónico y recidivante de la piel, caracterizado por lesiones inflamatorias procedentes de las glándulas apocrinas, que pueden conducir a la formación de abscesos, fístulas y secreción maloliente. La repercusión de esta enfermedad sobre la calidad de vida (CdV) no ha sido estudiado ampliamente, en especial, en la población española.

Objetivos: Los objetivos de este trabajo fueron identificar la repercusión sobre la CdV en una serie de pacientes españoles con HS, y conocer si existe una asociación entre el impacto sobre la CdV y la gravedad de esta enfermedad.

Pacientes y método: Este estudio transversal incluyó un total de 70 pacientes adultos con HS. Los pacientes fueron clasificados según la gravedad clínica de la enfermedad empleando la escala de 3 grados propuesta por Hurley. El deterioro de la CdV se determinó por medio de la versión validada en español del Índice de Calidad de Vida Dermatológico (DLQI).

Resultados: La puntuación media del DLQI fue de 9.3 ± 6.8 para todos los pacientes, demostrando un efecto moderado de la HS en la CdV. Los pacientes con enfermedad más severa tuvieron un DLQI mayor (6.87 ± 6.08 ; 9.77 ± 7.2 y 11 ± 5.8) para las clasificaciones de Hurley I, II y III respectivamente. La HS no tuvo ningún efecto sobre la CdV para 8 de ellos (12%). Para 15 pacientes (21%) tuvo un efecto pequeño; para 20 pacientes (28%) tuvo un efecto moderado; para 22 pacientes (31%) tuvo un gran efecto, y para los 5 pacientes adicionales (8%) tuvo un efecto extremadamente grande.

Conclusiones: La HS genera un gran impacto sobre la CdV de los pacientes. En este estudio en concreto, en el 67% de nuestros pacientes el efecto sobre la CdV fue significativo (efecto moderado, grande o extremadamente grande). Además, igual que otros estudios previos, este trabajo demuestra que existe una correlación entre la gravedad de la HS y el impacto sobre la CdV. Por ello, es fundamental y necesario concienciar a las autoridades sanitarias de la gran repercusión que tiene la HS sobre la CdV, con el objetivo de realizar una mejor atención global a los pacientes afectados de esta enfermedad.

Palabras clave: Hidradenitis supurativa; calidad de vida; Índice de Calidad de Vida Dermatológica.

ABSTRACT

Introduction: Hidradenitis suppurativa (HS) is a chronic and relapsing skin disease, characterised by inflammatory lesions originating from the apocrine glands, which may lead to the formation of abscesses, fistulas and malodorous secretions. Its adverse impact on the Quality of Life (QoL), particularly that of the Spanish population, has not been studied in detail.

Objectives: The objective of this study was to identify the impact on the QoL of a series of Spanish HS patients, and to determine whether there is a link between the impact on QoL and the disease's severity.

Patients and method: This study included a total of 70 adult HS patients. Using the 3-stage system developed by Hurley, these individuals were classified according to the disease's severity. The deterioration in QoL was identified by means of the validated Spanish-language version of the Dermatology Quality of Life Index (DLQI).

Results: The average DLQI score was 9.3 ± 6.8 , proving that HS has a moderate impact on patients' QoL. Those patients with a more severe version of the disease obtained a higher DLQI (6.87 ± 6.08 ; 9.77 ± 7.2 ; and 11 ± 5.8) for Hurley's I, II and III stages, respectively). HS had no effect at all on the patient's QoL for 8 patients (12%). For 15 patients (21%) it had a small effect; for 20 patients (28%) it had a moderate effect; for 22 patients (31%) it had a large effect, and for the additional 5 patients (8%) it had an extremely large effect.

Conclusions: HS greatly affects patients' QoL. Specifically, the impact on QoL was deemed significant (moderately high, high or extremely high) in 67% of the patients in this study. Just as with previous ones, our study demonstrated the existence of a correlation between HS's severity and the impact on QoL. Therefore, it is fundamental to render Health Authorities aware of HS's great repercussion on QoL so that patients afflicted with this disease be given better care throughout the entire medical spectrum.

Keywords: Hidradenitis suppurativa; Quality of Life; Dermatology Quality of Life Index.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 CONCEPTO

La hidradenitis supurativa (HS), también conocida como acné inverso, es una enfermedad de la piel de carácter inflamatorio, crónica, multifactorial y recurrente, que se caracteriza por la presencia de nódulos dolorosos, abscesos o fístulas que predominan sobre las grandes áreas intertriginosas corporales, fundamentalmente las axilas, las ingles y la región anogenital (1-4)

1.2 EPIDEMIOLOGÍA

Carecemos de estudios multicéntricos de suficiente amplitud que nos permitan conocer con exactitud la incidencia y prevalencia de la enfermedad en nuestro país. Sin embargo, podemos guiarnos a través de estudios europeos, los cuales nos han sugerido una prevalencia que varía ampliamente del 0.1 al 4% de la población (1,3,4).

Un estudio reciente de casos y controles estimó una prevalencia del 1% en una muestra representativa de la población francesa (n = 10.000) (2). Por otra parte, un estudio danés previo basado en un seguimiento prospectivo encontró una prevalencia puntual de hasta el 4,1% y una prevalencia del 1% al año después de la reexaminación de los pacientes. Los síntomas auto-notificados compatibles con el diagnóstico de esta entidad ocurrieron en un 2,1% de una muestra poblacional de 16.404 personas en Dinamarca (1,2,5).

En contraste con los estudios europeos, la prevalencia en los Estados Unidos ha sido estimada basándose únicamente en datos del seguro de salud. Utilizando este enfoque, observamos que la prevalencia parece ser significativamente menor (0,05%) (2). De esta manera, también se asumió que la incidencia promedio de HS en la base de datos de salud de la población de Rochester es de 6 pacientes por 100.000 habitantes por año con una tendencia creciente (de 4 pacientes por 100.000 habitantes en 1968 a 10 pacientes por 100.000 habitantes en 2008) (2).

La diferencia puede explicarse probablemente por la disparidad metodológica del estudio poblacional y el hecho de que los otros estudios seguramente sobreestimaron la prevalencia al basar sus cálculos en datos que ellos mismos habían reportado y que no estaban confirmados (2).

Además de la ausencia de un estudio formal para determinar la prevalencia, la razón de las diferentes estimaciones se debe a la ausencia de una definición comúnmente aceptada de criterios diagnósticos, particularmente en enfermedad de inicio temprano / leve y la evaluación estandarizada de todos los sitios del cuerpo incluyendo las áreas genitales / perianales (1).

1.3 ETIOPATOGENIA

La etiopatogenia de la HS no está totalmente aclarada (5). Actualmente se considera que es una enfermedad inflamatoria del folículo pilosebáceo (la implicación de las glándulas sudoríparas ecrinas y apocrinas se considera secundaria) con un desequilibrio subyacente del sistema inmune que ocurre en individuos genéticamente predispuestos. El curso de la enfermedad se modifica adicionalmente mediante desencadenantes exógenos o factores agravantes (1,2).

En base al consenso establecido, la secuencia de los acontecimientos que intervienen en el desarrollo de las lesiones es la siguiente:

- 1) Hiperqueratosis y obstrucción folicular
- 2) Dilatación de la unidad pilosebácea
- 3) Rotura folicular y liberación de contenido en la dermis
- 4) Reacción inflamatoria secundaria
- 5) Llegada de células inflamatorias y liberación de nuevas citoquinas, perpetuando el proceso.

Sin embargo, el mecanismo exacto responsable de la inflamación crónica de la unidad pilosebácea que da lugar a la cascada anterior y perpetúa el proceso con la formación de abscesos y tractos fistulosos, no ha sido completamente comprendido.

La asociación entre la HS y enfermedades autoinmunes y auto-inflamatorias, como pioderma gangrenoso y enfermedad de Crohn, junto con hallazgos clínicos y de laboratorio, apoya la existencia de un desequilibrio del sistema inmunológico y, por consiguiente, sugiere un control inadecuado de la respuesta inflamatoria alrededor de los folículos pilosos en áreas intertriginosas (2,5).

- **1.3.1 Factores Predisponentes:**

- Factores genéticos:

Aproximadamente el 40% de los pacientes con HS tienen antecedentes familiares de la enfermedad. El patrón de herencia más frecuente es la autosómica dominante (AD) y los genes implicados se han localizado en la región del cromosoma 1p21.1-1q25.3. (2,5,6).

Se han descrito recientemente en familias chinas con formas clínicas severas y atípicas de HS una serie de mutaciones que inactivan 3 tipos de genes: a) el gen presenilina-1 (PSEN1), b) el gen de la subunidad γ -secretasa del potenciador de la presenilina (PSENEN), y c) el gen de la nicastrina (NCSTN). Estos genes codifican 3 de las 4 subunidades de γ -secretasa implicadas en la vía de señalización Notch. PSEN1, PSENEN y NCSTN se han visto asociados con alteraciones epidérmicas y foliculares, con ausencia o alteración de la formación de glándulas sebáceas en modelos de ratones (2,6).

- Factores inmunológicos/inflamatorios:

Investigaciones recientes sugieren que la vía de la interleucina-12 e interleucina 23 (IL-12 e IL-23), y el factor de necrosis tumoral alfa (TNF-alfa) están implicados en la patogénesis de la HS, apoyando la proposición de que es un trastorno inmune o inflamatorio. (3) Además, se ha observado que los niveles de Interleucina- 1beta (IL-1beta) y TNF-alfa en la piel lesional de pacientes con esta patología, se correlacionan con la gravedad de los síntomas y muestran mayores reducciones que otras interleucinas pro-inflamatorias después del tratamiento con bloqueadores del factor de necrosis tumoral (2,6).

Sin embargo, es necesario investigar más sobre este ámbito antes de poder sacar conclusiones.

- Microbioma y Biofilm:

Varios estudios han demostrado la presencia de biofilms en los folículos pilosos y en los sinus de los trayectos fistulosos de la HS. Aunque no se conoce su papel en el desarrollo de la enfermedad, dictaría que, ante una colonización bacteriana, facilitada por el desequilibrio de los péptidos antimicrobianos, encontrásemos un estímulo para la cascada inflamatoria y la producción de citoquinas a partir del reconocimiento de patógenos por los receptores *Toll-like* (TLR) de los macrófagos (2,5).

- **1.3.2 Desencadenantes/ Agravantes (2):**

- Tabaco:

Aproximadamente el 70% - 88,9% de los pacientes con HS son fumadores. La nicotina estimula la sobreproducción de IL-10 y se asocia con un deterioro del funcionamiento de las vías de señalización de gamma-secretasa y Notch.

- Obesidad: La obesidad se considera un agravante más que un factor desencadenante. El síndrome metabólico parece estar significativamente asociado con HS. También influye la irritación mecánica, la oclusión y la maceración.

- Factores hormonales: Una asociación entre la HS y el hiperandrogenismo se apoya en el predominio de casos en el sexo femenino, la aparición de brotes premenstruales, el inicio después de la menarquía o en la adolescencia y las mejoras observadas durante el embarazo o después de la menopausia en ciertos pacientes. Sin embargo, el tratamiento con anticonceptivos orales o inhibidores de la alfa-reductasa no ha logrado los resultados esperados y, además, la hipótesis del hiperandrogenismo no está respaldada por los resultados de estudios hormonales en pacientes con HS.

- Ropa ajustada: El cizallamiento y la fricción pueden causar ruptura de los folículos, lo que lleva al desarrollo de lesiones.
- Desodorantes y depilación: Los irritantes como los desodorantes y los productos de depilación agravan más la enfermedad.

1.4 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La aparición de la HS suele producirse después de la pubertad, siendo la edad media de inicio los 23 años, permaneciendo activa durante la tercera y cuarta década de la vida. Afecta predominantemente a las mujeres, apareciendo una mejoría al entrar en la menopausia (2). Generalmente se acepta esta teoría, pero muchos han argumentado que ciertos lugares parecen tener predilección por el sexo masculino, como, por ejemplo, la afectación de la zona perianal (5).

Aunque las manifestaciones de la HS son muy heterogéneas, la enfermedad tiende inicialmente a presentarse en forma de nódulos subcutáneos blandos. Con el tiempo estos nódulos pueden romperse, dando abscesos dérmicos profundos y dolorosos, que a menudo exudan un drenaje purulento (5).

Las lesiones superficiales que se manifiestan al principio son las pápulas foliculares y las pústulas, también llamado foliculitis (Figura 1.A). Los nódulos transitorios o persistentes, los abscesos (Figura 1.B y 1.C) y, finalmente, las cicatrices, pueden unirse gradualmente para formar placas, siendo parte de la definición diagnóstica de esta entidad. (1) Otra lesión característica, es el doble comedón: un folículo piloso obstruido con múltiples aperturas que se comunican por debajo de la piel (Figura 1.E) (1,6).

Los abscesos inflamatorios que sanan en última instancia producen fibrosis, contracturas dérmicas y endurecimiento de la piel (Figura 1.D) (1,2,5).

Las lesiones afectadas con mayor frecuencia se encuentran situadas en las áreas apocrinas intertriginosas, ordenadas de forma decreciente de esta manera: axilar, perianal, inguinal, mamaria e inframamaria, glútea, púbica, torácica, cuero cabelludo, retroauricular y párpado.



Figura 1.A Pápulas / pústulas foliculares (1)

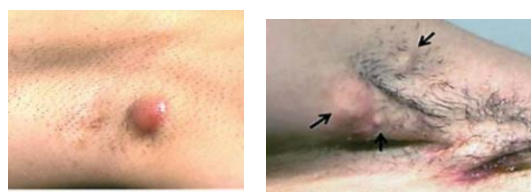


Figura 1.B Nódulos inflamatorios y no inflamatorios (1)



Figura 1.C Abscesos (1)



Figura 1.D Quistes en tejido cicatricial, fístulas y senos (1)



Figura 1.E Pseudocomedones dobles y cicatrices (1)

En la mayoría de los pacientes, las erupciones se acompañan de un aumento del dolor y de la supuración a intervalos variables (2,3).

La aparición temprana se ha asociado con formas más graves de la enfermedad y una mayor susceptibilidad genética, con antecedentes familiares reportados en el 55% de los pacientes con HS precoz, en comparación con el 34% de los pacientes con HS postpuberal (2).

También debemos añadir que la localización de la enfermedad variará según el sexo del paciente. Mientras que las lesiones inframamarias, axilares e inguinales son más comunes en las mujeres, las lesiones en las nalgas, en la región perianal y en los sitios atípicos (por ejemplo, el cuero cabelludo nual y las áreas retroauriculares) son más comunes en los hombres (2,6).

Por último, la HS perineal se asocia con una tasa de recidiva mucho mayor y resultados más debilitantes que la de tipo axilar. En el caso de pacientes con HS y el canal anal afectado por lesiones proximales a éste es recomendable tener en cuenta enfermedades como la de Crohn o la presencia un absceso fistuloso dentro del diagnóstico diferencial (2,5,6).

1.5 CLASIFICACIÓN SEGÚN GRAVEDAD

Existen varios modelos de clasificación de la HS según la gravedad. No tenemos ninguno perfecto, sino que todos tienen sus ventajas y limitaciones.

La **Estadificación de Hurley** fue el primer modelo de clasificación de severidad descrito, y se divide en 3 niveles de gravedad (Tabla 1) (1,2,5).

Actualmente, es la más utilizada en la práctica clínica (Figura 2), debido a su sencillez y rapidez de uso, aunque es poco útil para la evaluación de la respuesta terapéutica.

Estadio	Abscesos	Tractos fistulosos/Cicatrización	Prevalencia
I	Uno o más	No	7-68%
II	Separados en el espacio y recurrentes	Escasa afectación	28-83%
III	Múltiples	Múltiples	4-22%

Tabla 1: Estadios de Hurley (modificada) (2)



Figura 2 (5)

A) Estadio I, está localizada e incluye la formación de abscesos únicos o múltiples, sin tracto sinusal y cicatrización.

B) Estadio II, que se caracteriza por abscesos recurrentes, con formación del tracto sinusal y cicatrización, que ocurren como lesiones únicas o múltiples lesiones ampliamente separadas.

C) Estadio III, que incluye la afectación difusa o casi difusa de la región afectada, con múltiples tractos interconectados y abscesos en toda el área.

Una puntuación más detallada y dinámica de la severidad de la HS, fue creada por **Sartorius** et al, que centra su atención en el recuento de lesiones inflamatorias en 3 localizaciones (axilas, ingle y glúteos). La estimación es por regiones, y se obtiene una puntuación para cada área y otra general (Tabla 2) (2).

Los autores recomiendan completarla con una determinación del dolor mediante una escala visual analógica y con el número de forúnculos presentados durante el último mes, reportados por el paciente.

PUNTOS	PUNTOS
Axila derecha - Nódulos y fístulas - Distancia máxima - Hurley III si/no	Axila izquierda - Nódulos y fístulas - Distancia máxima - Hurley III si/no
Ingle derecha - Nódulos y fístulas - Distancia máxima - Hurley III si/no	Ingle izquierda - Nódulos y fístulas - Distancia máxima - Hurley III si/no
Región glútea derecha - Nódulos y fístulas - Distancia máxima - Hurley III si/no	Región glútea izquierda - Nódulos y fístulas - Distancia máxima - Hurley III si/no
Otras localizaciones - Nódulos y fístulas - Distancia máxima - Hurley III si/no	Puntuación total

Tabla 2. Puntuación de Sartorius (modificado por Sartorius) (2)

Una tercera clasificación, sería la **HS-PGA**, cuyas iniciales se traducen al español como: Evaluación global efectuada por el facultativo. Se trata de uno de los modelos de clasificación actuales más utilizados en los ensayos clínicos para evaluar la respuesta terapéutica. Clasifica la gravedad de la enfermedad en 6 niveles distintos, teniendo en cuenta el total de abscesos, fístulas, nódulos inflamatorios y no inflamatorios de las regiones afectadas (2).

Por último, citar un nuevo parámetro de medición para esta patología denominado **HiSCR** (Hidradenitis Suppurativa Clinical Response, o Respuesta clínica en la hidradenitis supurativa), el cual pretende cuantificar la gravedad y determinar un objetivo clínico determinado (2).

1.6 TRATAMIENTO

Dada la escasez de ensayos realizados y la variabilidad clínica del paciente, no existe un tratamiento único eficaz (5). Sugerimos, por tanto, un algoritmo de tratamiento basado en la clasificación de Hurley (5):

1. Para los pacientes en etapa I, los antibióticos tópicos como la clindamicina, o la rifampicina vía oral, son una buena terapia de primera línea. Las lesiones limitadas y brotes también pueden tratarse con cursos cortos de corticoesteroides orales o intramusculares (3-5,7-10).
2. Los pacientes en estadio II o refractarios al tratamiento de primera línea, es aconsejable la terapia inmunosupresora o la terapia quirúrgica basada en una escisión de pequeño margen (5,8-9).
3. Para el estadio III de Hurley, la cirugía es el principal método en la mayoría de enfermos, realizando una extirpación amplia de todo el tejido afectado (3,5,8-9).

Por último, existen recomendaciones que deben darse siempre e independientemente de su estadio, que son: el abandono del hábito tabáquico, la pérdida de peso y evitar la ropa ajustada. La derivación a un grupo de apoyo es esencial, en caso de llegar a ser una patología embarazosa y debilitante para el paciente (4,6).

1.7 ENFERMEDAD DERMATOLÓGICA Y CALIDAD DE VIDA

Desde el siglo pasado, el concepto de "calidad" (11) (12) puede entenderse como el grado de cumplimiento de un objetivo para el que fue creado un producto determinado. Este concepto, adaptado al campo sanitario fue nombrado posteriormente "calidad asistencial", y se viene aplicando desde hace más de treinta años en la asistencia sanitaria (11). Es relativamente novedosa su implantación en la especialidad de Dermatología (13) y entre los resultados previstos es importante añadir el concepto de calidad de vida (CdV).

Aunque a priori parezca intuitivo este término, existe un amplio debate sobre cómo definirlo de la manera más exacta posible. Para ello, se sugirió, que no sólo debemos considerar los aspectos biomédicos de la enfermedad (centrados en la capacidad del paciente para vivir acorde con su edad y papel social), sino que hay que abordar un "plan vital propio de cada paciente" (11).

De esta manera añadimos a este concepto de calidad tres aspectos relevantes:

- a) Aspectos físicos (como la movilidad, fatiga, deterioro funcional, dolor, etc.).
- b) Estado emocional (ansiedad, depresión, falta de atención o de memoria).
- c) Aspectos sociales (aislamiento social, trabajo, ocio...)

También se podría integrar a esto último, como han considerado otros autores, el bienestar subjetivo, la salud y el bienestar-prosperidad (11,14).

Para ayudarnos un poco más a entender este concepto, la Organización Mundial de la Salud, como ya conocemos, describió la salud como: un estado de completo bienestar físico, emocional y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad (lo que

posteriormente se llamaría calidad de vida) (11) (15). Por tanto, la CdV debe de entenderse como una percepción personal individualizada; de modo que cada paciente relaciona su estado de salud con otros aspectos no médicos que desea ver superados (11).

Los métodos tradicionales de evaluación de la enfermedad y la respuesta al tratamiento no calibraban con exactitud la CdV del paciente. Sin embargo, ahora sabemos que debemos tener en cuenta la carga personal del enfermo y no solo fijarnos en los parámetros clínicos. Hay estudios concluyentes en los que se afirma que la medida más fiable de la CdV de un paciente proviene del propio paciente, y no de sus médicos (11,16).

Un ejemplo de esto se observa en el campo de la Dermatología, donde un estudio analizó que el 80% de las historias clínicas de pacientes con eczema reflejaban exclusivamente datos sobre la localización o gravedad de la enfermedad, obviando datos referentes a pérdida de sueño por rascado o los efectos en su vida diaria (colegio, trabajo o vida social), que sólo se reflejaban en un 21% y en un 6% respectivamente de las historias (11,17).

La CdV relacionado con el estado de salud ha ganado protagonismo en los últimos años, y de forma particular en la especialidad dermatológica (18). La piel, constituye para los seres humanos el órgano más importante en términos de imagen corporal y autopercepción. De esta manera, una enfermedad que afecte a nuestra piel es capaz de afectar secundariamente, y en ocasiones de forma grave, la CdV de los pacientes (19). Por tanto, las enfermedades cutáneas son capaces de verse implicadas en variados y amplios aspectos de la vida del paciente, como son: la apariencia, el ámbito social y emocional, el desarrollo de una vida sexual normal o el de una vida laboral.

En relación con lo anteriormente expuesto, surgen en Dermatología los Instrumentos cuya finalidad es la medida de la CdV relacionada con la salud (CVRs) (11,19). Se trata de cuestionarios o test que constan de preguntas asociadas en grupos homogéneos o escalas, siguiendo una metodología concreta. Por ejemplo, primero se realiza una encuesta; después, un proceso de validación completo; y, por último, se realizan cálculos estadísticos que estudian sus propiedades de medida (11). Cada población precisa un instrumento de medida. Si cambiamos de población, habrá que adaptarlo a esta para posteriormente, poder obtener sus propias conclusiones, además de comparaciones (11,19). En segundo lugar, a la hora de elaborarlos, debemos considerar que sean capaces de cumplir esta serie de propiedades: validez de contenido, validez de construcción, validez de criterio, fiabilidad, sensibilidad al cambio, interpretabilidad y factibilidad (11).

La clasificación de los instrumentos de CdV puede dividirse entre genéricos (no relacionados con ningún tipo de enfermedad) y específicos; estos últimos centrados en una determinada afección (19). Es aquí donde debemos hacer hincapié en explicar el DLQI o Índice de Calidad de Vida en Dermatología (18,19). Se trata del instrumento de

medida específico para enfermedades cutáneas más ampliamente utilizado a lo largo de estos años (18). Además, es fácil de cumplimentar, eficiente y reproducible, y existe una versión validada en español. Este cuestionario consta de 10 ítems, su marco temporal comprende los 7 últimos días y sus preguntas abarcan aspectos como el ámbito emocional de cada paciente, hasta el medio laboral/estudio o las relaciones interpersonales. La puntuación final se obtiene mediante la suma del resultado de cada ítem, (oscilando desde 0 a 30). Finalmente, la autoadministración del resultado puede realizarse en aproximadamente 5 minutos (19).

Otro punto de vista importante es que los instrumentos que miden la CVRS ayudan a los pacientes a identificar sus preferencias, es decir, proporcionan información para la toma de decisiones por parte de los pacientes y los médicos (11). Es por ello por lo que, existe una clara necesidad de terapias que sean efectivas, seguras y aceptables por el paciente, y que además demuestren una influencia positiva sobre la calidad de vida. Es aconsejable proporcionar los resultados de los ensayos de forma global, en caso contrario, la interpretación de la información sería muy difícil.

Para terminar, es relevante mencionar que existen otras aproximaciones al conocimiento del grado de afectación de la CVRS, realizando estudios capaces de comparar la CdV de las enfermedades cutáneas con la de enfermedades sistémicas, como la diabetes o la hipertensión (11,20). Un ejemplo de esto fue a través de la comparación entre acné grave y enfermedades sistémicas. En este estudio los pacientes con acné mostraron un deterioro de la CVRS a nivel social, psicológico y emocional, que era tan intenso como el referido por pacientes con asma discapacitante crónica, diabetes, dolor de espalda o artritis.

2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

En los últimos años existe un interés creciente por el estudio de aspectos relativos a la repercusión sobre la CdV de diferentes enfermedades dermatológicas.

En este sentido, en los últimos años se han publicado en la literatura médica internacional diversos artículos referentes al impacto que genera la HS sobre la CdV de los pacientes afectados por esta enfermedad. Sin embargo, el número de estudios sobre este tema continúa siendo muy escaso y, además, según nuestro conocimiento, ninguno se ha realizado en nuestro país.

Considerando lo anteriormente expuesto, en el presente trabajo nos hemos planteado los siguientes objetivos.

2.1 OBJETIVOS

El objetivo principal de este trabajo fue estudiar la repercusión sobre la CdV que ocasiona la HS en una serie de pacientes españoles afectados por esta enfermedad.

Como objetivo secundario, nos planteamos conocer si existía una asociación entre el impacto sobre la CdV y la gravedad de la HS.

3. PACIENTES Y MÉTODO

3.1 PACIENTES

Se diseñó un estudio transversal que fue realizado entre febrero de 2014 y marzo de 2015. La población de estudio fueron los pacientes diagnosticados de HS, provenientes del departamento de Dermatología del Complejo Hospitalario Universitario Marqués de Valdecilla, en Santander, España.

Se incluyeron un total de 70 pacientes adultos con HS. El diagnóstico de la HS había sido realizado por dermatólogos en todos los casos. A todos los pacientes se les realizó una historia clínica completa y una descripción de las lesiones cutáneas características de la enfermedad. Los pacientes fueron clasificados según la gravedad de la enfermedad empleando la escala de 3 grados propuesta por Hurley et al. (2).

3.2 MÉTODO DE ESTUDIO

La calidad de vida se evaluó utilizando la versión validada en español del Índice de Calidad de Vida Dermatológica (DLQI). Como ha sido referido previamente, se trata de un cuestionario que consta de 10 preguntas que deben ser contestadas con respecto a la última semana. Este total de preguntas están relacionadas con la repercusión que la afectación cutánea origina en diversos aspectos, como la sintomatología y sentimientos, actividades de la vida diaria, actividades de ocio y tiempo libre, trabajo o estudios, relaciones personales y tratamiento. Las puntuaciones del DLQI pueden oscilar entre 0 y 30, donde puntuaciones más altas indican peor CdV. Concretamente, utilizamos el siguiente esquema según la puntuación para clasificar la repercusión sobre la CdV:

PUNTUACIÓN	REPERCUSIÓN
0-1	Sin efecto
2-5	Efecto leve
6-10	Efecto moderado
11-20	Efecto grande
21-30	Efecto extremadamente grande

Tabla 3. Repercusión sobre la CdV

Este estudio fue aprobado por el comité ético local y se obtuvieron consentimientos informados por escrito de todas las personas estudiadas.

Tabla 4. **CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA - DERMATOLOGIA (DLQI)**

¿Cuánto le han afectado sus problemas de piel en su vida DURANTE LOS ULTIMOS 7 DIAS? Señale, por favor, con una "X" un recuadro de cada pregunta.

1.	Durante los últimos 7 días, ¿ha sentido picor, dolor o escozor en la piel?	Mucho Bastante Un poco Nada	☐ ☐ ☐ ☐	
2.	Durante los últimos 7 días, ¿se ha sentido incómodo/a o cohibido/a debido a sus problemas de piel?	Mucho Bastante Un poco Nada	☐ ☐ ☐ ☐	
3.	Durante los últimos 7 días, ¿le han molestado sus problemas de piel para hacer la compra u ocuparse de la casa (o del jardín)?	Mucho Bastante Un poco Nada	☐ ☐ ☐ ☐	Sin relación ☐
4.	Durante los últimos 7 días, ¿han influido sus problemas de piel en la elección de la ropa que lleva?	Mucho Bastante Un poco Nada	☐ ☐ ☐ ☐	Sin relación ☐
5.	Durante los últimos 7 días, ¿han influido sus problemas de piel en cualquier actividad social o recreativa ?	Mucho Bastante Un poco Nada	☐ ☐ ☐ ☐	Sin relación ☐
6.	Durante los últimos 7 días, ¿ha tenido dificultades para hacer deporte debido a sus problemas de piel?	Mucho Bastante Un poco Nada	☐ ☐ ☐ ☐	Sin relación ☐
7.	Durante los últimos 7 días, ¿sus problemas de piel le han impedido totalmente trabajar o estudiar ?	Sí No	☐ ☐	Sin relación ☐
	Si la respuesta es "Sí": Durante los últimos 7 días, ¿le han molestado sus problemas de piel en su trabajo o en sus estudios ?	Mucho Bastante Un poco Nada	☐ ☐ ☐ ☐	
8.	Durante los últimos 7 días, ¿sus problemas de piel le han ocasionado dificultades con su pareja, amigos íntimos o familiares ?	Mucho Bastante Un poco Nada	☐ ☐ ☐ ☐	Sin relación ☐
9.	Durante los últimos 7 días, ¿le han molestado sus problemas de piel en su vida sexual ?	Mucho Bastante Un poco Nada	☐ ☐ ☐ ☐	Sin relación ☐
10.	Durante los últimos 7 días, ¿el tratamiento de su piel le ha ocasionado problemas, por ejemplo, ocupándole demasiado tiempo o ensuciando su domicilio?	Mucho Bastante Un poco Nada	☐ ☐ ☐ ☐	Sin relación ☐

Mucho= 3 Bastante = 2 Un poco = 1 Nada = 0 Valor máximo = 30

Valor mínimo = 0

4. RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS

La muestra definitiva fue de 70 pacientes con HS. La media de edad de los pacientes con HS fue de 42,2 (± 11) años. El 50% (n = 35) eran hombres y el otro 50% (n = 35) eran mujeres. La duración media de la HS registrada fue de 18,2 $\pm$ 11,5 años (Tabla 5).

De los pacientes incluidos, 17 (24%) presentaban estadio I de Hurley, 39 (54%) tenían estadio II de Hurley y 14 (21%) estadio III de Hurley.

Resultados	
Pacientes (n=70) ♂/♀	35/35
Edad media (DE)	42,2 (± 11)
Duración de la enfermedad (DE)	18,2 ($\pm 11,15$)
Número de pacientes estadio Hurley I	17 (24%)
Número de pacientes estadio Hurley II	39 (54%)
Número de pacientes estadio Hurley III	14 (21%)

Tabla 5. Sexo, edad, duración media y estadios de Hurley de los pacientes con HS

4.2 RESULTADOS DEL DLQI

La puntuación media del DLQI para todos los pacientes con HS fue de 9,3 $\pm$ 6,8, lo que indica que, de forma global, la HS tiene un efecto moderado sobre la CdV. Cuando calculamos el DLQI en cada uno de los 3 grupos, considerando la clasificación de Hurley, observamos que los pacientes con enfermedad más grave presentaban un DLQI mayor (6,87 $\pm$ 6,08; 9,77 $\pm$ 7,2 y 11 $\pm$ 5,8 para las clasificaciones de Hurley I, II y III, respectivamente) (Tabla 6).

Puntuación (media $\pm$ DE)	
DLQI Total (DE)	9,3 $\pm$ 6,8
DLQI según estadios de Hurley (DE)	
I	6,87 $\pm$ 6,08
II	9,77 $\pm$ 7,2
III	11 $\pm$ 5,8

Tabla 6. Puntuación del DLQI de pacientes con HS en HUMV

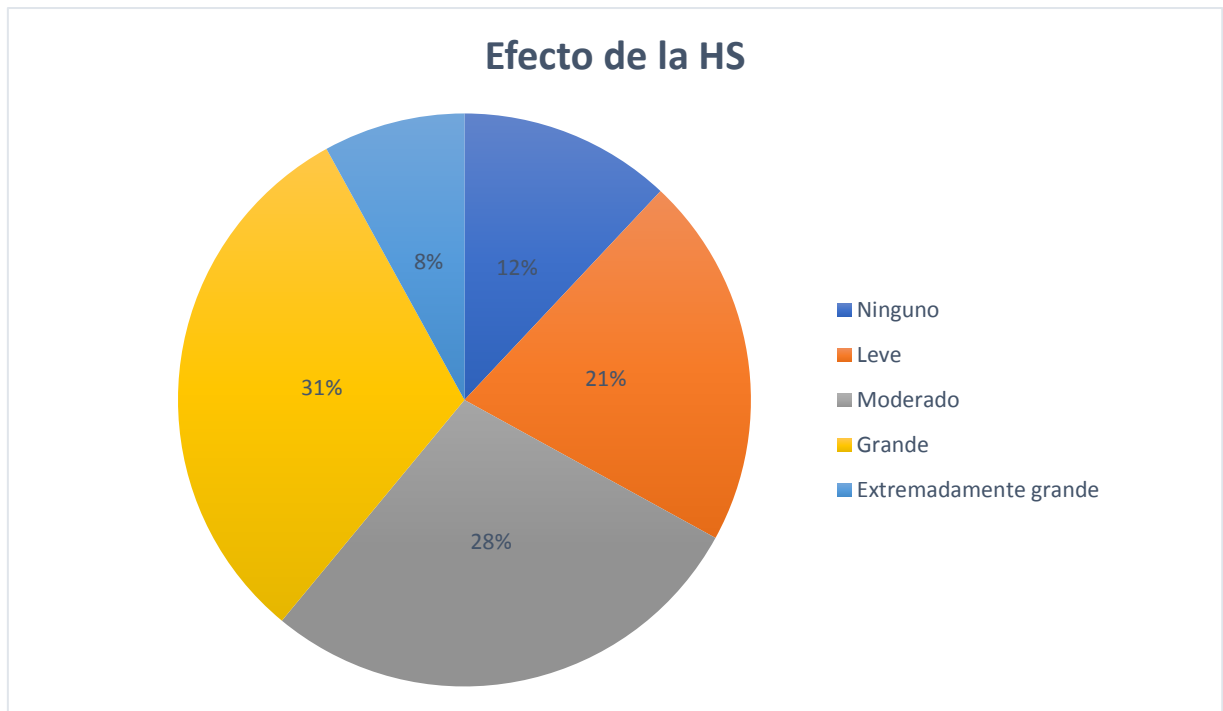


Figura 3. Efecto de la HS en la calidad de vida de los pacientes atendidos en HUMV

La HS no tuvo ningún efecto sobre la calidad de vida para 8 de ellos (12%). Para 15 pacientes (21%) tuvo un efecto pequeño; para 20 pacientes (28%) tuvo un efecto moderado; para 22 pacientes (31%) tuvo un gran efecto, y para los 5 pacientes adicionales (8%) tuvo un efecto extremadamente grande (Figura 3).

Por lo tanto, en el 67% ($n = 47$) de los pacientes, el impacto sobre la CdV de la HS fue significativo (efecto moderado, grande o extremadamente grande).

5. DISCUSIÓN

El impacto sobre la CdV de los pacientes con HS ha sido poco estudiado hasta el momento actual y, probablemente, haya sido subestimado. Considerando la escasez de estudios sobre el tema en general y, la ausencia de ellos en la población española, nuestro trabajo tuvo como objetivo principal abordar los efectos adversos que esta patología implica sobre la CdV en 70 pacientes del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, a través del cuestionario DLQI.

La encuesta realizada según los criterios clínicos de la clasificación de Hurley, reveló una media total del DLQI de $9,3 \pm 6,8$, indicando, por tanto, una repercusión moderada sobre la CdV en nuestra muestra. Además, los resultados indicaron que los pacientes con estadios más graves presentaban un impacto mayor sobre la CdV.

La media de edad en nuestra población se sitúa a principios de la cuarta década de la vida, muy similar a la de los estudios realizados anteriormente por Alavi et al. (21) y los de Matusiak et al. (22), siendo de 39 años (Tablas 7 y 8), coincidiendo con los niveles de mayor incidencia de esta enfermedad (2).

El estudio realizado en la población polaca (22) evaluó pacientes con una media de duración de la enfermedad de 10 años, a diferencia de nuestro estudio, que fue de 18 y del estudio canadiense en el que, al no ser posible la recogida de datos de 2 de sus pacientes, no conocemos su valor exacto.

Alavi et al (21) se basó en un estudio prospectivo donde incluyó 55 pacientes canadienses, de los cuales 38 eran mujeres y 17 varones. Se clasificaron de igual modo, según los criterios de gravedad por estadios de Hurley, llegando a conclusiones muy similares respecto a nuestro estudio. Así, la media del DLQI fue de $10 \pm 8,8$ para todos ellos. Esta puntuación fue un poco más alta que la nuestra, pero ambas se encuentran dentro del grupo con efecto moderado en la CdV del paciente (21,23) En segundo lugar, el estudio de otras variables como son: el estadio de Hurley, el número de lesiones y la calidad de vida obtenidos por el paciente, se correlacionaron significativamente con la puntuación del DLQI; mientras que el sexo, la edad, la duración del primer síntoma, el número de episodios, el tiempo transcurrido hasta el diagnóstico y la localización de las lesiones, no se correlacionaron con la valoración del cuestionario.

Un gran efecto sobre la CdV también fue observado en un trabajo danés por von der Werth y Jemec (24). Fueron más del doble de participantes que nuestro estudio, y la media ($8,9 \pm 8,3$) también se correlacionó con la intensidad de la enfermedad, expresada en este caso por lesiones al mes. Destaca el descubrimiento de una relación negativa entre la edad en el inicio de la enfermedad y las puntuaciones en el DLQI.

Resultados	
Pacientes (n=55) ♂/♀	17/35
Edad media	39 (Rango 21-69)
Duración de la enfermedad	No conocida
DLQI TOTAL (DE)	10 ± 8,8
DLQI estadio Hurley I (DE)	2,8 ± 2,4
DLQI estadio Hurley II (DE)	8,3 ± 7,9
DLQI estadio Hurley III (DE)	17,6 ± 8,0

Tabla 7. Resultados del estudio Alavi et al. (21)

Por otra parte, el estudio realizado por Matusiak et al. El DLQI alcanzó una media total de $12,67 \pm 7,7$, indicando esta vez un efecto grande sobre la CdV, a diferencia de los trabajos anteriormente citados con efecto moderado (21,22,24) (Tabla 8). Al igual que los estudios descritos, los pacientes más graves tuvieron puntuaciones significativamente más altas en el DLQI, mostrándose, asimismo, una correlación positiva entre las medias del cuestionario y la actividad de la enfermedad. Destaca que la región anogenital se evaluó con una media de $14,69 \pm 7,15$ (22). Hallazgos similares a esto fueron revelados en otro estudio realizado por Onderdijk et al. (9,25). Otros factores estudiados como el sexo de los pacientes, el lugar de residencia, el nivel de educación, la situación laboral, o la edad de inicio y la duración de la enfermedad, no revelaron relaciones significativas (a diferencia del estudio danés) (22,24).

Resultados	
Pacientes (n=54) ♂/♀	26/28
Edad media	$39,94 \pm 11,63$
Duración de la enfermedad (DE)	$10,16 \pm 7,64$
DLQI TOTAL (DE)	$12,67 \pm 7,7$
DLQI estadio Hurley I (DE)	$5,77 \pm 4,59$
DLQI estadio Hurley II (DE)	$13,1 \pm 6,41$
DLQI estadio Hurley III (DE)	$20,4 \pm 6,67$

Tabla 8. Resultados del estudio Matusiak et al. (22)

En la Figura 4, podemos comparar con nuestro estudio, el análisis del grado de impacto sobre la CdV en los pacientes polacos con HS, a través del índice GQ o Global Questionnaire:

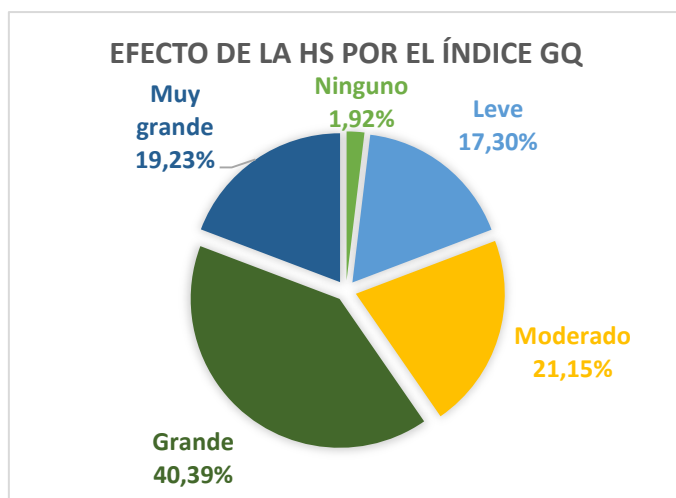


Figura 4 Resultados del DLQI (Matusiak et al.) (22)

En este análisis, por tanto, la HS no tuvo ningún efecto en un solo paciente (2%); para 9 pacientes tuvo un efecto pequeño (17%); para 11 pacientes tuvo un efecto moderado (21%); para 21 pacientes tuvo un efecto muy grande (40%); y para los 10 pacientes adicionales, tuvo un efecto extremadamente grande.

En consecuencia, se estimó que el impacto de la HS en la CdV tenía un efecto grande o extremadamente grande en casi el 60% de los pacientes examinados.

Otro aspecto adicional y no realizado por nuestro estudio, fue el de evaluar el estado general de la salud física y mental de los pacientes canadienses con HS, a través de la encuesta SF-36v2 (Short Form - 36v2) (21). En esta muestra se concluyó que el dolor corporal, la salud general, el funcionamiento social y el papel emocional, fueron los dominios más afectados significativamente (21). Por otra parte, el funcionamiento físico y los dominios de vitalidad fueron más graves en estadios III de Hurley (21). Von der Werth y Jemec, también destacaron que la puntuación media más alta de las 10 preguntas en el DLQI se registró para la pregunta 1, que mide el nivel de dolor, picazón o escozor de la enfermedad. (24)

Asimismo, son muchos los autores que resaltan la importancia del impacto que el dolor corporal tiene sobre los pacientes que padecen esta enfermedad, y se sugiere que los ensayos futuros deberían estar dirigidos a este subgrupo, añadiendo al menos, una puntuación analógica visual dentro de la evaluación (26).

En relación con el estudio del impacto psicosocial que esta patología conlleva, se observó que muchos pacientes subrayan los problemas relacionados con los contactos interpersonales, especialmente en relación con la apariencia y el olfato, diversas reacciones emocionales, así como sentimientos de falta de control. Se ha demostrado que la HS tiene una gran influencia emocional en los pacientes, promoviendo el aislamiento social (27).

El nivel de estigmatización fue estudiado por Matusiak et al. y otros autores. Analizaron que la localización de las lesiones es un factor importante en la reducción de la autoestima de los pacientes, siendo las áreas de exposición de la piel un factor determinante (9,28).

Según el trabajo de Vázquez et al. (9), el 42,9% de sus pacientes evaluados con HS, fueron diagnosticados de depresión (29). Asimismo, dos estudios posteriores, revelaron que el nivel de depresión medido fue significativamente correlacionado de nuevo, con la etapa clínica de la HS, la localización anogenital y la edad al inicio de la enfermedad (9,25,28). Estas limitaciones físicas y mentales, específicamente evidenciadas por el papel emocional, reafirman el impacto que tiene la HS en el empleo y el nivel de productividad laboral de los pacientes, consecuentemente reflejando, una mayor ausencia de trabajo que en la población general (21,22,24).

La comparación de las puntuaciones del DLQI de estos estudios (21) con otros trabajos que emplean este mismo método, ilustra que la HS tiene un mayor deterioro de la CdV que los encontrados en otras enfermedades de la piel (psoriasis, dermatitis atópica, acné vulgar, alopecia o urticaria crónica), todas ellas tradicionalmente consideradas causantes de discapacidad significativa (21,22,30). Esto también fue confirmado en un estudio en el que añadió la Neurofibromatosis tipo 1 en el grupo de enfermedades comparadas, teniendo la HS mayor impacto en la CdV (31).

El cuestionario DLQI ha sido igualmente empleado en enfermedades como el lupus cutáneo, obteniendo resultados semejantes (efecto moderado) aunque un poco más bajos que la HS (18).

Por último, se debe señalar que, aunque la HS, al igual que otras enfermedades crónicas de la piel, no es inminentemente grave (21), su efecto sobre la CdV del paciente, la sociedad y el sistema sanitario es comparable (si no mayor), a condiciones como la hipertensión o la diabetes (21,23).

6. CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que hemos llegado con la realización de nuestro estudio son las siguientes:

1. La HS genera una importante repercusión en la CdV de los pacientes. Concretamente, en alrededor del 70 % de nuestros pacientes el impacto sobre la CdV de la HS fue significativa (efecto moderado, grande o extremadamente grande).
2. En concordancia con trabajos previos sobre el tema, nuestro estudio demuestra que existe una correlación entre la gravedad de la HS y el impacto sobre la CdV.
3. Es fundamental y necesario concienciar a las autoridades sanitarias de la gran repercusión que sobre la CdV tiene la HS, con el objetivo de realizar una mejor atención global a los pacientes con esta enfermedad.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Zouboulis CC, Del Marmol V, Mrowietz U, Prens E P, Tzellos T, Jemec GBE. Hidradenitis Suppurativa/Acne Inversa: Criteria for Diagnosis, Severity Assessment, Classification and Disease Evaluation. *Dermatology* 2015; 231: 184–190.
2. Martorell A, García-Martínez FJ, Jiménez-Gallo D, Pascual JC, Pereyra-Rodríguez J, Salgado L, et al. An Update on Hidradenitis Suppurativa (Part I): Epidemiology, Clinical Aspects, and Definition of Disease Severity. *Actas Dermosifiliograf* 2015; 106: 703–715.
3. Jemec GBE. Hidradenitis Suppurativa. *N Engl J Med* 2012; 366: 158-164.
4. García-Martínez FJ, Pascual JC, López-Martín I, Pereyra-Rodríguez JJ, Martorell Calatayud A, Salgado-Boquete L, et al. Actualización en hidrosadenitis suppurativa en Atención Primaria. *Semergen* 2016; 43: 34-42.
5. Alikhan A, Lynch PJ, Eisen DB. Hidradenitis suppurativa: A comprehensive review. *J Am Acad Dermatol* 2009; 60: 539–561.
6. Herane MI, Alarcón R. Hidrosadenitis supurativa y procesos afines. Dialnet Sitio web: <http://www.masdermatología.com>
7. Urech García De La Vega M, Turrión Merino L, Pérez Gala S, Jaén Olasolo P. Tratamiento de la hidradenitis suppurativa con ustekinumab. *Piel* 2015; 30: 456–461.
8. Aguayo, J.M Casanova. Tratamiento de la hidradenitis suppurativa. Elsevier 2012, 27 (1), pp. 37-42.
9. Zouboulis CC, Desai N, Emtestam L, Hunger RE, Ioannides D, Juhász I, et al. European S1 guideline for the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015; 29: 619-644.
10. Gener G, Canoui-Poitaine F, Revuz JE, Faye O, Poli F, Gabison G, et al. Combination therapy with clindamycin and rifampicin for hidradenitis suppurativa: a series of 116 consecutive patients. *Dermatology*, 2009; 219: 148-154.
11. Jones-Caballero M, Peñas PF. Calidad de vida (I). Generalidades. *Actas Dermosifiliogr* 2002; 93:421-31.
12. Romeo JM, Ruiz P, Montes C, Vázquez J, Martínez Veiga JL. Evaluación y mejora de calidad de procesos asistenciales. Aplicación en el proceso de colecistectomía. 1ª ed. Madrid: Auto Sutura España; 1995.
13. Jones Caballero M, Peñas PF, Lázaro Ochaíta P, Lorenzo S. Calidad asistencial en Dermatología. Fe de errores. *Actas Dermosifiliogr* 1998; 89:552.

14. Dimenas ES, Dahlof CG, Jern SC, Wiklund IK. Defining quality of life in medicine. *Scand J Prim Health Care Suppl* 1990; 1:7-10.
15. World Health Organisation handbook of basic documents. Geneva: Palais des Nations; 1948. p. 3-20.
16. Slevin ML, Plant H, Lynch D, Drinkwater D, Gregory WM. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *BMJ* 1988; 57:109-12.
17. Shum KW, Lawton S, Williams HC, Docherty G, Jones J. The British Association of Dermatologists audit of atopic eczema management in secondary care. Phase 2: audit of service process. *Br J Dermatol* 2000; 142:274-8.
18. Batalla A, García-Doval I, Peón G, de la Torre C. (2013). Estudio de calidad de vida en pacientes con lupus eritematoso cutáneo. *Actas Dermosifiliogr* 2013; 104: 800-806.
19. Jones-Caballero M, Peñas PF. Calidad de vida en Dermatología (II). *Actas Dermosifiliogr* 2002; 93:481-489.
20. Mallon E, Newton JN, Klassen A, Stewart-Brown SL, Ryan TJ, Finlay AY. The quality of life in acne: a comparison with general medical conditions using generic questionnaires. *Br J Dermatol* 1999; 140:672-626.
21. Alavi A, Anooshirvani N, Kim WB, Coutts P, Sibbald RG. Quality-of-Life impairment in patients with hidradenitis suppurativa: A Canadian study. *Am J Clin Dermatol* 2016; 16: 61-65.
22. Matusiak L, Bieniek A, Szepietowski JC. Hidradenitis suppurativa markedly decreases quality of life and professional activity. *J Am Acad Dermatol* 2010; 62: 706–709.
23. Hong J, Koo B, Koo J. The psychosocial and occupational impact of chronic skin disease. *Dermatol Ther* 2008; 21:54–59.
24. von der Werth JM, Jemec GB. Morbidity in patients with hidradenitis suppurativa. *Br J Dermatol* 2001; 144:809–813.
25. Onderdijk AJ, Van Der Zee HH, Esmann S, Lophaven S, Dufour DN, Jemec GBE, Boer J. Depression in patients with hidradenitis suppurativa. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013; 27: 473–478.

26. Wolkenstein P. Quality of life in hidradenitis suppurativa. En: *Hidradenitis Suppurativa* 2006 1^o ed. p. 116–119.
27. Esmann S, Jemec GBE. Psychosocial impact of hidradenitis suppurativa: A qualitative study. *Acta Dermato-Venereol* 2011; 91: 328–332.
28. Matusiak Ł, Bieniek A, Szepietowski JC. Psychophysical aspects of hidradenitis suppurativa. *Acta Dermato-Venereol* 2010; 90: 264–268.
29. Vazquez BG, Alikhan A, Weaver AL, Wetter DA, Davis MD. Incidence of Hidradenitis Suppurativa and Associated Factors: A Population-Based Study of Olmsted County, Minnesota. *J Invest Dermatol* 2013; 133: 97–103.
30. Lewis V, Finlay AY. 10 Years' experience of the Dermatology Life Quality Index (DLQI). *J Invest Dermatol Sympos Proc* 2004; 9: 169–180.
31. Wolkenstein P, Loundou A, Barrau K, Auquier P, Revuz J. Quality of life impairment in hidradenitis suppurativa: A study of 61 cases. *J Am Acad Dermatol* 2007; 56: 621–623.