Uso de tratamientos biológicos en pacientes con hidrosadenitis supurativa

Gemma Martín-Ezquerra* (1), Emili Masferrer* (1), Marta Ferran (1), Manel Sánchez-Regaña (2), Helena Collgros (2), Xavi Bordas (3), Jaume Notario (3), Mercè Alsina (4), Immaculada Gil (5), Noelia Izquierdo (6), Glòria Aparicio (7), Jordi Mollet (7), Vicenç Garcia-Patos (7), Agustí Toll-Abelló (1), Ramon M Pujol-Vallverdú (1)

(1) Dermatología, Hospital del Mar, Barcelona. (2) Dermatología, Hospital Sagrat Cor, Barcelona. (3) Dermatología, Hospital de Bellvitge, Barcelona. (4) Dermatología, Hospital Clínic, Barcelona. (5) Dermatología, Hospital Sant Joan de Reus, Reus.

(6) Dermatología, Hospital de Son Espases, Palma de Mallorca (7) Dermatología, Hospital de la Vall d'hebron, Barcelona *Estos dos autores contribuyeron de igual forma en la elaboración del trabajo

Introducción

La hidrosadenitis supurativa (HS) es una enfermedad crónica caracterizada por la aparición de nódulos y abscesos cutáneos, dolorosos y recurrentes, que se localizan más frecuentemente en axilas, ingles, región perianal y perineal. Las lesiones evolucionan a cicatrices hipertróficas y fístulas, con un gran impacto en la calidad de vida del paciente. Existen múltiples tratamientos descritos para la HS. Los antibióticos por vía sistémica, en monoterapia o en combinación, son uno de los pilares del tratamiento. La opción quirúrgica, mediante el drenaje de las lesiones supurativas o bien con exéresis amplia de las zonas afectas puede ser beneficiosa. Se han descrito casos de respuesta a dapsona, ciproterona, finasteride, retinoides, e inmunosupresores sistémicos. Recientemente, se han publicado series de casos con mejoría usando fármacos biológicos.

Material y métodos

Se han incluido un total de 18 pacientes con el diagnóstico de HS que habían recibido al menos un tratamiento biológico en el curso de la evolución de la enfermedad. De forma retrospectiva se han valorado datos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio de todos los pacientes incluidos. Se ha incluido una valoración subjetiva, tanto por el médico como por el paciente, de la efectividad del tratamiento.

Resultados

En la tabla 1 se muestran las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes incluidos.

Tabla 1: Características clínicas y epidemiológicas de los 18 pacientes incluidos

Sexo	10 hombres y 8 mujeres		
Edad media (rango)	24 años (rango 18-43)		
Fumador	14 (77,7%)		
) Dbesidad	7/18 (38,8%)		
IMC medio (rango)	29,5 (rango 20,4-47,2)		
	3 (16,6%) psoriasis en placas		
	2 (11,1%) artritis reumatoide		
Patología concomitante	1 (0,6%) espondilitis anquilosante		
	1 (0,6%) enf. de Still		
	1 (0,6%) SAPHO		
Pakadia da Ulumbu, al inicia	II en 8/18 (44,4%)		
Estadío de Hurley al inicio	III en 10/18 (55,5%		

IMC: Índice de Masa Corporal

En la tabla 2, se muestran los tratamientos biológicos ensayados y su respuesta.

Tabla 2: Tratamientos biológicos ensayados, como primera, segunda y tercera línea.

Primer Biológico ensayado	N	Tiempo de mantenimiento del fármaco (media en meses)	Sin retirada	Respuesta completa	Mejoría Parcial	Ineficaz	Empeoramiento
Adalimumab	8/18 (44,4%)	9	5/8 (62%)	0/8 (0%)	6/8 (75%)	2/8 (25%)	0/8 (0%)
Infliximab	7/18 (38,8%)*	13	3/7 (42%)	3/6 (50%)	2/6 (33,3%)	0/6 (0%)	1/6 (16,6%)
Ustekinumab	2/18 (11,1%)	18	1/2 (50%)	1/2 (50%)	1/2 (50%)	0/2 (0%)	0/2 (0%)
Etarnecept	1/18 (5,55%)	8	0/1 (0%)	0/1 (0%)	0/1(0%)	1/8 (12,5%)	0/1 (0%)

Las características de los pacientes incluidos son concordantes con aquellas asociaciones que han sido descritas previamente en la bibliografía. Se trata de una enfermedad más frecuente en fumadores, los pacientes tienen IMC altos y se asocia a múltiples patologías reumatológicas.

Una característica importante de la enfermedad es que ocasiona dolor crónico; medido mediante EVA (escala visual analógica) fue de media de 7,3 antes del inicio del tratamiento biológico.

Todos los pacientes habían recibido previamente al inicio del tratamiento biológico otro tratamiento para la HS: antibióticos de amplio espectro en varias tandas, en monoterapia (Minociclina, Cefalexima, Clotrimozaxol) y en combinación (Cefalexima + Rifampicina, Rifampicina + Clindamicina), retinoides orales, Finasteride, Gluconato de Zinc, entre otros. En todos los casos se había requerido al menos un desbridamiento quirúrgico.

Tabla 3: Modificación del dolor y PCR durante el tratamiento biológico

		Antes del tratamiento biológico	Durante el tratamiento biológico		
	media EVA de Dolor PCR media	7,3 3,54	4 1.5		
١	PCR media	3,54	1,5		

Segundo Biológico ensayado	N	Respuesta completa	Mejoría Parcial	Ineficaz	Empeoramiento
Adalimumab	3/6 (50%)	0/3 (0%)	1/3 (33,3%)	2/3 (66,6%)	0/3 (0%)
Infliximab	1/6 (38,8%)	0/1(0%)	1/1 (100%)	0/1(0%)	0/1(0%)
Ustekinumab	1/6 (11,1%)	0/1(0%)	1/1 (100%)	0/1(0%)	0/1(0%)
Etarnecept	1/6 (11,1%)	0/1 (0%)	0/1(0%)	1/1 (100%)	0/1(0%)

Tercer Biológico ensayado	N	Respuesta completa	Mejoría Parcial	Ineficaz	Empeoramiento
Adalimumab	1/2 (%)	0/1 (0%)	1/1 (100%)	0/1 (0%)	0/1(0%)
Infliximab	1/2 (38,8%)	0/1 (0%)	1/1 (100%)	0/1 (0%)	0/1(0%)

*Un caso no fue valorado por presentar reacción infusional grave tras la primera infusión.

Las dosis utilizadas fueron siempre las mismas que las que se utilizan en las pautas de psoriasis.

En 9 casos, el fármaco de primera línea no fue sustituido, y se mantuvo en un periodo que varía de 14 semanas (en el caso del paciente que más recientemente ha iniciado el biológico) a 24 meses.

El promedio del dolor mediante EVA durante el tratamiento con el primer fármaco biológico fue de 4. La PCR durante el tratamiento fue de 1,5.

En 6 casos se modificó a un tratamiento biológico de segunda línea y se utilizó en 3 casos Adalimumab (en pacientes que provenían de infliximab en dos ocasiones y Etarnecept en un caso), un caso de Infliximab, un caso Ustekinumab y un caso etarnecept. En 3 casos la respuesta fue nula y en otros tres se describió una mejoría parcial. Sólo tenemos registrados dos casos que ensayaron una tercera línea, un caso con Adalimumab y otro con Infliximab, en los que se reportó una mejoría parcial.

Discusión y Conclusiones

Los casos reportados en esta serie demuestran que el uso de fármacos biológicos en nuestro medio en pacientes con HS se indica **en casos de enfermedad severa** (estadios altos de Hurley, presencia de múltiples lesiones, escala de dolor elevada, patología concomitante y mala respuesta a tratamientos clásicos).

La respuesta a los tratamientos es muy variable; reportamos una disminución de 3 puntos en la EVA del dolor, y una reducción de la PCR. La valoración de la respuesta por el médico responsable fue en la mayoría de caos de "mejoría parcial", aunque existe un caso en qué se describió empeoramiento.

El fármaco más utilizado como primer biológico fue Adalimumab, seguido de Infliximab.

Debido a la ausencia de guías terapéuticas para la HS, no existe acuerdo sobre qué fármaco utilizar, por lo que en nuestra serie se primó el fármaco más adecuado para la patología concomitante del paciente (psoriasis, enfermedad reumatológica), de forma parecida a su posología, ya que la dosificación que se utilizó fue la misma que se usa a comúnmente en dermatología o reumatología. Las referencias existentes apoyan el uso de dosis más elevadas para el control de la HS.

Es necesaria la realización de ensayos clínicos que incluyan tanto los tratamientos clásicos como los biológicos para conocer la efectividad de los mismos en el tratamiento de una patología tan compleja como la HS.



Hospital del Mar

