

**PREVALENCIA DE HIDRADENITIS SUPURATIVA EN  
COLOMBIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS: UN ESTUDIO DE BASE  
POBLACIONAL**

**Valentina Otero Cáceres**

**Universidad El Bosque  
Facultad de Medicina  
Pregrado en Medicina  
Bogotá  
2021**

**PREVALENCIA DE HIDRADENITIS SUPURATIVA EN  
COLOMBIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS: UN ESTUDIO DE BASE  
POBLACIONAL**

**Valentina Otero Cáceres**

**Directora: Lili Johanna Rueda**

**Trabajo de Grado para Optar por el Título de Médico Cirujano**

**Universidad El Bosque  
Facultad de Medicina  
Pregrado en Medicina  
Bogotá  
2021**



**La Universidad El Bosque no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia.**

## **Agradecimientos**

**En primer lugar, deseo expresar mi agradecimiento a la directora de esta tesis de pregrado, la Dra. Lili Rueda, por la dedicación y apoyo que me brindó durante este trabajo, por el respeto a mis sugerencias e ideas y por la dirección y el rigor que ha facilitado a las mismas. Agradezco la confianza que me ofreció desde que inicie este proyecto y por guiarme en este proceso de aprendizaje, donde no solo instruyo mi proceso de investigación sino también me formo en valores y me demostró que la dedicación y el esfuerzo traen verdaderos frutos.**

**Asimismo, agradezco a los doctores Edgar Ibáñez y Carl Machuca del Programa de Investigación en salud, quienes estuvieron orientándome en cada paso de mi proyecto, atendiendo cada una de mis consultas sobre metodología por la revisión cuidadosa que ha realizado de este texto y sus valiosas sugerencias en momentos de duda.**

**Quiero recalcar que un trabajo de investigación es también fruto del reconocimiento y del apoyo vital que nos ofrecen las personas que nos estiman, sin el cual no tendríamos la fuerza y energía que nos anima a crecer como personas y como profesionales.**

**PREVALENCIA DE HIDRADENITIS SUPURATIVA EN COLOMBIA EN LOS  
ÚLTIMOS 5 AÑOS: UN ESTUDIO DE BASE POBLACIONAL**

**1. Tabla de contenido**

1.	Tabla de contenido.....	1
2.	Índice de tablas y gráficos .....	3
3.	Resumen.....	4
4.	Abstract .....	5
5.	Introducción .....	6
6.	Planteamiento del problema.....	8
7.	Objetivos .....	10
8.	Justificación .....	11
9.	Consideraciones éticas .....	12
9.1.	Declaración conflicto de intereses .....	12
10.	Marco Teórico.....	13
10.1.	Historia de la evolución de la enfermedad.....	13
10.2.	Epidemiología.....	14
10.3.	Patogénesis.....	15
10.4.	Diagnóstico .....	16
10.5.	Tratamiento .....	17
11.	Estado del Arte.....	20
11.1.	Datos epidemiológicos de prevalencia e incidencia .....	20
11.1.1.	América del Norte .....	20
11.1.2.	Latinoamérica.....	21
11.1.3.	Europa .....	21
11.1.4.	Asia.....	22
11.1.5.	Oceanía.....	23
11.2.	Incidencia.....	23
11.3.	Determinantes de la enfermedad.....	23
11.3.1.	Edad y sexo .....	23
11.3.2.	Clasificación clínica .....	24
11.3.3.	Localización anatómica.....	25
11.3.4.	Comorbilidades .....	26

12.	Diseño Metodológico.....	29
12.1.	Criterios de inclusión .....	30
12.2.	Criterios de exclusión .....	30
12.3.	Variables .....	30
12.4.	Técnica de recolección de la información .....	31
12.4.1.	Fuente de información seleccionada para el análisis .....	31
12.4.1.1.	Bodega de datos - SISPRO.....	31
12.4.1.2.	DANE.....	31
12.4.2.	Análisis conceptual de la fuente de información .....	31
12.4.2.1.	Bodega de datos - SISPRO.....	31
12.4.2.2.	DANE.....	33
12.4.3.	Variables de la fuente a utilizar.....	34
12.4.3.1.	RIPS .....	34
12.4.3.2.	DANE.....	35
12.5.	Clasificaciones utilizadas en la fuente .....	36
12.6.	Cobertura geográfica.....	36
12.7.	Cobertura temporal .....	36
12.8.	Descripción del proceso de generación de la fuente.....	37
12.9.	Diseño de captación de la información.....	37
12.10.	Organización de la información.....	37
12.11.	Análisis estadístico .....	37
13.	Resultados.....	38
14.	Discusión .....	44
15.	Conclusiones.....	47
16.	Bibliografía .....	48

## 2. Índice de tablas y gráficos

Tabla 1. Tabla de prevalencia e incidencia de la hidradenitis supurativa .....	28
Tabla 2. Tabla de variables.....	30
Tabla 3. Caracterización de la población con hidradenitis supurativa en Colombia (2015-2019) .....	39
Tabla 4. Número de casos de hidradenitis supurativa por sexo y grupo de edad en Colombia en 2015-2019 .....	40
Gráfico 1. De prevalencia de hidradenitis supurativa x 100.000 habitantes según sexo entre el periodo 2015-2019.....	42
Gráfico 2. Prevalencia de hidradenitis supurativa por 100,000 habitantes por grupos de edad y año (2015-2019).....	43

### 3. Resumen

**Antecedentes:** La hidradenitis supurativa (HS) es una condición cutánea inflamatoria, crónica y recurrente que afecta a los folículos pilosos en áreas del cuerpo con glándulas apocrinas, predominantemente en las regiones axilar, inguinal, intermamaria y anogenital. <sup>1</sup>. Clínicamente, sus manifestaciones varían desde nódulos inflamatorios y abscesos hasta la formación de trayectos sinusales y cicatrización. <sup>1,2</sup>. La HS se considera fisiopatológicamente como un trastorno de las glándulas apocrinas, donde se produce un desequilibrio del sistema inmunológico. Motivo por el cual se ha relacionado estrechamente con enfermedades autoinmunes y otras comorbilidades.

**Objetivo:** El objetivo de esta revisión fue determinar la prevalencia anual de hidradenitis supurativa en Colombia en los últimos 5 años (2015-2019).

**Métodos:** Se realizó una búsqueda a nivel nacional del Sistema General de Seguridad Social y Salud de Colombia a través de la base de datos SISPRO <sup>34</sup>, determinando el número de casos de hidradenitis supurativa entre 2015-2019, a través de los Registros de Prestación del Servicio de Salud Individual (RIPS) <sup>35</sup>.

**Resultados:** La prevalencia general de Hidradenitis Supurativa en la población colombiana durante el período de estudio de cinco años fue de 7,6 por 100.000 habitantes. Mostrando una prevalencia mayor en mujeres especialmente entre los 20-39 años. Comparando con otros países la prevalencia en Colombia sigue siendo baja respecto a países norteamericanos y europeos.

**Conclusiones:** La hidradenitis supurativa es un trastorno dermatológico complejo con distribución mundial. Su edad de aparición, sexo, características clínicas y ubicación anatómica son globalmente similares con muy pocas excepciones. La identificación de factores de riesgo y comorbilidades asociadas ha permitido un mejor conocimiento de la enfermedad.

**Palabras clave:** Hidradenitis supurativa, epidemiología, prevalencia, incidencia, comorbilidades.



#### 4. Abstract

**Background:** Hidradenitis suppurativa (HS) is an inflammatory, chronic, and recurrent skin condition that affects hair follicles in areas of the body with apocrine glands, predominantly in the axillary, inguinal, intermammary, and anogenital regions <sup>1</sup>. Clinically, its manifestations vary from inflammatory nodules and abscesses to the formation of sinus tracts and scarring <sup>1,2</sup>. HS is considered pathophysiologically as a disorder of the apocrine glands, where an imbalance of the immune system occurs. The reason why it has been closely linked with autoimmune diseases and other comorbidities.

**Objective:** The aim of this review was to determine the annual prevalence of hidradenitis suppurativa in Colombia in the last 5 years (2015-2019).

**Methods:** A search was carried out at the national level of the General System of Social Security and Health of Colombia through the SISPRO <sup>34</sup> database, determining the number of cases of hidradenitis suppurativa between 2015-2019, through the Individual Health Service Provision Registries (RIPS) <sup>35</sup>.

**Results:** The general prevalence of Hidradenitis Suppurativa in the Colombian population during the five-year study period was 7.6 per 100,000 inhabitants. Showing a higher prevalence in women especially between 20-39 years. Comparing with other countries, the prevalence in Colombia is still low compared to North American and European countries.

**Conclusions:** Hidradenitis suppurativa is a complex dermatological disorder with a worldwide distribution. Their age of onset, sex, clinical characteristics, anatomical location are globally similar with very few exceptions. The identification of risk factors and comorbidities associated has allowed a better understanding of the disease.

**Keywords:** Hidradenitis suppurativa, epidemiology, prevalence, incidence, comorbidities.

## 5. Introducción

La hidradenitis supurativa (HS), es una condición cutánea inflamatoria, crónica y recurrente, que afecta los folículos pilosos en las zonas del cuerpo que presentan glándulas apocrinas, predominantemente en región axilar, inguinal, intermamaria y anogenital. Se manifiesta con mayor frecuencia después de la pubertad y se caracteriza por presentar lesiones inflamatorias, dolorosas, que varían desde pápulas, comedones dobles y nódulos subcutáneos que con el tiempo evolucionan a fístulas y abscesos, con posterior formación de trayectos sinusales y cicatrices <sup>1,2</sup>.

La HS es considerada fisiopatológicamente como un trastorno de las glándulas apocrinas, donde ocurre un desequilibrio del sistema inmune. Para el desarrollo de la enfermedad debe existir una predisposición genética, sumado a otros factores adquiridos como la obesidad, el cigarrillo, el calor, el ejercicio, el uso de ropa ajustada y el uso de desodorantes, los cuales desempeñan un rol importante en el desarrollo o agravamiento de esta condición <sup>1,3</sup>.

Para evaluar la severidad de la enfermedad y estratificar su progresión se han propuesto múltiples clasificaciones, sin embargo, la más utilizada hasta la fecha es la clasificación de Hurley propuesta desde 1989. Esta clasificación cuenta con 3 estadios de la enfermedad, el primero o estadio I: formación aislada o múltiple de abscesos, sin presencia de fístulas ni cicatrices, estadio II: formación de abscesos, fístulas y cicatrices, separadas entre sí, estadio III: formación de abscesos, fístulas y cicatrices interconectados, confluentes, distribuidos en toda el área afectada <sup>1,4</sup>.

Adicionalmente, se ha reportado asociación con ciertas enfermedades autoinmunes que son de importancia en el desarrollo y pronóstico de esta enfermedad. Dentro de las más comunes se encuentran: la enfermedad inflamatoria intestinal, el hipotiroidismo, el pioderma gangrenoso, la psoriasis, el síndrome metabólico, la dislipidemia, la diabetes, la artritis reumatoidea, la triada de oclusión folicular y en algunos casos incluso existe una relación con malignidades cutáneas <sup>1,3,5</sup>.

Con respecto a su epidemiología, las prevalencias reportadas hasta la fecha van desde 0,00033% hasta 4,1% lo cual a su vez dependerá de la población, diseño del estudio y país realizado <sup>3</sup>.

La comprensión de esta enfermedad, sus aspectos clínicos y epidemiológicos, se hacen aún más relevantes, dado que emergen novedosas opciones terapéuticas que incluyen terapias biológicas dentro del arsenal terapéutico en desarrollo para esta condición. El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia anual de Hidradenitis supurativa en Colombia en los últimos 5 años (2015-2019) y evaluar su tendencia

## 6. Planteamiento del problema

En Colombia, la Hidradenitis Supurativa es una patología dermatológica reconocida, pese a esto sigue siendo de difícil abordaje por parte de los médicos de atención primaria en salud. Esto sucede debido a que su detección, se ha visto comprometida con la confusión que genera por su similitud con otras patologías como forúnculos, forunculosis y abscesos, causando con frecuencia diagnósticos errados o malas interpretaciones del cuadro clínico, que son considerados como eventos agudos y tratados como tal de forma aislada. Muchos de estos pacientes describen en su experiencia como se vieron obligados a consultar repetidamente a servicios de urgencias o atención prioritaria de cuidado primario, donde fueron tratados durante sus exacerbaciones con tratamientos antibióticos que muchas veces fueron formulados en más de una ocasión, antes de ser remitidos para evaluación por un especialista en dermatología, lo que en reiteradas ocasiones causa un retraso en el diagnóstico, e incluso complicaciones asociadas detectadas al momento de la valoración. Este desconocimiento de la enfermedad causa un impacto en la calidad de vida de estos pacientes, ya que las lesiones en la mayoría de los casos son dolorosas o están asociadas con secreción y otros síntomas o complicaciones como cicatrices que pueden afectar la cotidianidad del paciente, generar ansiedad, angustia o temor. Esta situación además se ve influenciada por la falta de visibilidad y reconocimiento de esta patología, en parte explicada por la falta de datos epidemiológicos, en cuanto a incidencia y prevalencia de la misma. Lo que facilita que siga siendo subdiagnosticada.

Por otro lado, se han presentado importantes avances en el tratamiento de la hidradenitis supurativa, durante muchos años, su algoritmo terapéutico

incluyó antibióticos tópicos y orales, retinoides orales y recomendaciones de manejo con antiandrógenos en el caso de las mujeres, además de opciones como infiltraciones intralesionales con corticoides y opciones quirúrgicas, sin embargo dada la respuesta parcial a estas terapias y la recurrencia de la enfermedad, se amplió la investigación hacia el tratamiento con terapias biológicas, las cuales hoy en día después de su aprobación por los entes regulatorios, se encuentran dentro de los algoritmos terapéuticos. Teniendo en cuenta que las terapias biológicas son de alto costo y que, en Colombia, hay cobertura de estos medicamentos para pacientes que cumplan criterios de uso, el tema es de la mayor trascendencia, pues causa impacto sobre los recursos en salud, lo que hace indispensable conocer cuál es la prevalencia de la enfermedad en nuestra población.

*Pregunta de investigación*

¿Cuál es la prevalencia anual de hidradenitis supurativa en Colombia en los últimos 5 años (2015 a 2019)?

## 7. Objetivos

### *Objetivo general*

Determinar la prevalencia anual de hidradenitis supurativa en Colombia en los últimos 5 años (2015 a 2019)

### *Objetivos específicos*

- Determinar la tendencia de la prevalencia de la hidradenitis supurativa en Colombia en los últimos 5 años
- Caracterizar demográficamente a la población.
- Determinar la prevalencia por grupos de edad.

## 8. Justificación

La Hidradenitis Supurativa como bien se dijo es una patología subdiagnosticada. Su diagnóstico clínico no se vería ralentizado y ocasionaría un aumento de costos en el área de la salud si bien se hiciera hincapié en la misma.

Por otra parte, se puede evidenciar que los algoritmos de tratamiento han cambiado conforme al advenimiento de nuevas terapias. La terapia biológica es una potente herramienta terapéutica que en los últimos años ha evolucionado el manejo de enfermedades crónicas de origen no infeccioso, más que todo reumatológicas y autoinmunes. El desarrollo de anticuerpos monoclonales y proteínas recombinantes de fusión dirigidas contra moléculas implicadas en la patogénesis de enfermedades inflamatorias ha producido un cambio real en el tratamiento actual de estos padecimientos, incluidas enfermedades dermatológicas como la hidradenitis supurativa <sup>(25)</sup>. Estas terapias además de su gran efectividad han impactado a nuestro sistema de salud debido a que en Colombia se cuenta con grandes beneficios dentro del SGSSS y permite la cobertura de estas alternativas.

Para ello es de vital importancia y tiene impacto conocer la prevalencia de esta enfermedad en nuestra población, ya que es una medida de frecuencia que nos permite cuantificar el porcentaje de población afectada o número de casos en un determinado periodo de tiempo.

Establecer la prevalencia de la enfermedad y su tendencia permite y orienta la toma de decisiones tanto individuales como colectivas para el abordaje integral y oportuno de estos pacientes.

### **9. Consideraciones éticas**

Según la resolución 8430 de 1993 este estudio se clasifica como un estudio sin riesgo que de acuerdo con la resolución son “estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas fisiológicas psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio entre los que se consideran revisión de historias clínicas cuestionarios y otros en los que no se identifiquen y se traten aspectos sensitivos de su conducta”. Éste se trata de un estudio en el que, mediante revisión de una fuente secundaria, se determinará el número de casos de hidradenitis supurativa en los últimos 5 años, en esta revisión secundaria hay anonimización de los datos y por tanto no hay vulnerabilidad a la confidencialidad.

Este estudio no incumple ninguno de los principios de la bioética que implica revisión y análisis de fuente de información secundaria con anonimización de los datos.

#### *9.1. Declaración conflicto de intereses*

Los investigadores de este estudio declaramos no tener conflictos de intereses.



## 10. Marco Teórico

### 10.1. Historia de la evolución de la enfermedad

Años atrás el término “Hidradenitis supurativa” era simplemente especulación clínica. En 1833, el anatomista y fisiólogo checo Purkinje descubrió las glándulas sudoríparas en la piel humana. En 1839, el médico francés Velpeau informó un proceso inflamatorio peculiar caracterizado por la formación de abscesos superficiales en las axilas, debajo de los senos y en las áreas genitocrural y perianal <sup>(29,30)</sup>. A partir de entonces, en 1845, Robin, un anatomista francés, publicó un documento sobre la estructura y ubicación de las glándulas sudoríparas en la axila <sup>(27)</sup>. Durante este tiempo, el cirujano Verneuil no cesó con su búsqueda y en 1865 definió un nuevo término en francés para la enfermedad denominado así:” “Flegona de hidrosadénita”<sup>25</sup>.

Sin embargo, no fue hasta 1922 que el alemán anatomista Schiefferdecker clasificó y dividió las glándulas en dos categorías que llamó apocrinas y ecrinas <sup>(28)</sup>. Más de una década después, Kierland, informó observaciones histopatológicas e hizo hincapié en que el primer infiltrado en "hidradenitis supurativa "implicaría el lumen de las glándulas apocrinas y el tejido periglandular circundante <sup>(26)</sup>. Años después, Spiller demostró la estrecha relación de otras enfermedades dermatológicas con la oclusión folicular. En 1956, Pillsbury, Shelley y Kligman publicaron la primera escala para clasificar el acné. En una versión por mejorar esas mediciones, James y Tisserand en 1958 otorgaron una tetrada para el acné inverso dado por la gravedad de la patología.<sup>31</sup>

En 1977, Michaelson, Juhlin y Vahlquist <sup>32</sup>, contaron el número de lesiones en la cara, el pecho y la espalda. Le dieron una puntuación diferente a cada

tipo de lesión y a este lo multiplicaban por la gravedad, sistema que fue velozmente criticado. Después de múltiples ensayos todos resultaron en fracaso. En 1997, Doshi, Zaheer y Stiller <sup>33</sup> idearon un Sistema Global de Clasificación del Acné (GAGS). Este sistema divide la cara, el pecho y la espalda en seis áreas (frente, cada mejilla, nariz, mentón, pecho y espalda) y asigna un factor a cada área en función del tamaño.

Hasta que, a inicios de 2008, Hayashi et al., <sup>32</sup> utilizan fotografías estándar y clasificaron el acné según la cantidad de erupciones inflamatorias en la mitad de la cara como 0-5, "leve"; 6-20, "moderado"; 21-50, "severo"; y más de 50, "muy grave".

La historia finaliza cuando en el año 2017, se planteó el proyecto HerculeS que cuenta con el apoyo de más de 20 sociedades científicas y cuyo fin es mejorar la calidad de vida de los pacientes. Además, por los valores en aumento de la prevalencia de la HS en los últimos años se creó el 6 de junio como el día Mundial de la Hidradenitis Supurativa.

### *10.2. Epidemiología*

Con respecto a la epidemiología de la Hidradenitis Supurativa se ha estimado una prevalencia entre el 1% al 4% <sup>(38)</sup>, datos obtenidos mediante diversos estudios que analizan la epidemiología. Sin embargo, no se ha logrado establecer en países como Colombia ya que no cuenta con tanto reconocimiento. En relación con la distribución por sexos se ha observado que la HS es más frecuente en mujeres que en varones con una relación 3:1 y en cuanto a la distribución racial predomina en raza negra. <sup>(1)</sup>

### 10.3. Patogénesis

La patogénesis no se ha logrado esclarecer, pero tiene estrecha relación con procesos autoinmunes asociados a la ruptura y oclusión folicular causando hiperqueratosis. No obstante, es importante reconocer los eventos desencadenantes y predisponentes a la enfermedad. A continuación, se darán a conocer algunos de ellos.

En cuanto a los factores genéticos, los genes implicados se encuentran situados en los locus 1p21.1 a 1q25.3, ya que se han demostrado aberraciones en la señalización de la vía NOTCH que desarrolla un papel fundamental en la formación del folículo piloso y si no de da adecuadamente conlleva a la formación de quistes epidérmicos que concluirá en una hiperqueratosis <sup>(1)</sup>. Como todos los procesos que se describirán a continuación llevan a oclusión e hiperqueratosis dado por un aumento de las citoquinas proinflamatorias resultando en una reacción que atraerá histiocitos, neutrófilos, y linfocitos. Este es el caso de los pacientes con obesidad la cual produce irritación mecánica y maceración <sup>(1)</sup>, logrando así un aumento proliferativo dentro del folículo, causando una queratosis con obstrucción y posterior rotura de esa unidad pilosebácea.

Una de las actividades menos benefactoras para la salud del individuo y que más se presenta es el tabaquismo. De suma importancia al momento de identificar a los pacientes con HS, ya que podemos disminuir agudizaciones de la enfermedad. En este proceso, se liberan sustancias como la nicotina, los hidrocarburos poliaromáticos y la dioxina que producen una cascada donde los actores principales serán las citoquinas proinflamatorias como la interleucina (IL)-1, la IL-8 y el TNF-a, que atraen neutrófilos y activan las

células Th17. Por último, la nicotina disminuye la síntesis de péptidos antimicrobianos, como la b-2 defensina humana, que aumenta la susceptibilidad de invasión bacteriana en el folículo <sup>(1,39)</sup>

#### 10.4. Diagnóstico

El diagnóstico se realiza predominantemente por la presentación clínica en pacientes que manifiestan síntomas y signos típicos localizados en la región axilar, inguinal, púbica y glútea. <sup>(1)</sup>

Pero se deben tener en cuenta según el segundo simposio internacional de HS lo siguiente:

1) Lesiones típicas: en las etapas tempranas hay presencia de nódulos dolorosos y profundos, también conocidos como forúnculos ciegos, dado que no tienen punto de drenaje debido a su localización en la dermis profunda. Otras lesiones que se describen son: abscesos, cicatrices en puente, tractos fistulosos y comedones abiertos en puente (pseudocomedones) <sup>(1,9)</sup>

2) Topografía típica: la enfermedad debe ocurrir en una o más de las siguientes áreas: axila, pliegue intermamario y submamario, ingle, región perianal o glúteos. Las lesiones pueden ocurrir en cualquier parte del cuerpo, sin embargo, deben presentarse en las áreas de predilección para hacer el diagnóstico <sup>(1,9)</sup>

3) Cronicidad y recurrencia: las lesiones temporales inicialmente recurren en las áreas de predilección. Las lesiones iniciales progresan a lesiones crónicas y nuevas lesiones se adicionan al cuadro. El criterio diagnóstico se cumple si presenta 2 recurrencias en 6 meses <sup>(9,38)</sup>

Se deben cumplir los 3 criterios para establecer el diagnóstico de HS. <sup>(1,9)</sup>

#### 10.5. Tratamiento

Ya que la Hidradenitis Supurativa es un proceso inflamatorio crónico, se hace necesario adoptar medidas que eviten todo aquel factor predisponente que desencadene o agrave la condición como lo son el tabaquismo y la obesidad. Además, es esencial por parte de los especialistas en salud brindarles educación y soporte a estos pacientes y preguntar sobre el impacto de la enfermedad en la calidad de vida del paciente y si esto genera algún tipo de depresión.

Para poder dar un tratamiento antes debe estratificarse la enfermedad, esto depende de imágenes ecocardiográficas y se clasifica como estadio o Hurley I y se define como una única colección fluida y cambios dérmicos (presencia de nódulos pseudoquísticos hipo o anecoicos, engrosamiento de los folículos pilosos, alteraciones en el grosor dérmico) afectando un área corporal (por ejemplo: axila, ingle, mama, nalga) (uni o bilateral). Sin trayectos fistulosos. El estadio II se caracteriza por 2 a 4 colecciones fluidas o un trayecto fistuloso, con cambios dérmicos afectando una o 2 áreas corporales (uni o bilateral). El estadio III son cinco colecciones fluidas o 2 trayectos fistulosos, con cambios dérmicos o afectación de 3 áreas corporales (uni o bilateral). <sup>(1)</sup>

La primera línea de manejo consiste en:

- El uso de clindamicina tópica al 1% en pacientes con HS Hurley I o Hurley II leve, principalmente cuando no hay presencia de abscesos. <sup>(1,24)</sup> La dosis recomendada es cada 12 h durante 3 meses, pero se puede prolongar si clínicamente está indicado. <sup>(40)</sup>

- De igual manera, como primera línea está indicada la tetraciclina oral en estadios Hurley I o II leve a dosis de 500 mg cada 12 h durante 4 meses <sup>(1,24)</sup>. No debe ser administrada en mujeres embarazadas o niños menores de 9 años por el riesgo de decoloración permanente de los dientes <sup>(40)</sup>.
- Para lograr la remisión en pacientes con HS independientemente de su estadio, se busca la combinación de clindamicina VO 300 mg cada 12 horas más rifampicina VO 300 mg cada 12 h las dos durante 10 semanas, aunque la mayoría de los pacientes suspenden el tratamiento debido a efectos gastrointestinales. El efecto terapéutico se atribuye a las propiedades antiinflamatorias de los 2 medicamentos y su capacidad para destruir el biofilm en los folículos pilosos y en los trayectos fistulosos <sup>(1,24)</sup>.

Como segunda línea de manejo o monoterapia se usan los corticoides que a largo plazo y en altas dosis puede ser contraproducente para el paciente por sus efectos adversos. Sin embargo, es bien conocido que por su mecanismo de acción son potentes antiinflamatorios. Los más usados son prednisona y prednisolona a dosis de hasta 0,5-1mg/kg/día.

Sin embargo, para muchos autores el único tratamiento lo constituye el abordaje quirúrgico. No obstante, no existen hasta el momento ensayos clínicos que evalúen su efectividad <sup>(41)</sup> y un buen resultado quirúrgico no descarta la posterior aparición de lesiones en otras localizaciones. <sup>(20)</sup> Es importante de igual forma tener en cuenta las distintas técnicas quirúrgicas como lo son: incisión y drenaje (la más usada), deroofing («destechamiento») y marsupialización, extirpación localizada o extensa. <sup>(20)</sup>

En el seguimiento por la HS se han implementado terapias alternativas como lo son el uso de los biológicos. Esta terapia está indicada en aquellos pacientes que no responden o son intolerantes a los antibióticos orales <sup>(1,24)</sup>. A pesar de los esfuerzos por incluir el infliximab y el ustekinumab que son usados como segunda y tercera línea de manejo respectivamente, se continúa manteniendo como terapia ideal el adalimumab ya que por evidencia científica es la única aprobada por la FDA y la EMA. Para que se conozca un poco más acerca de este fármaco, es un anticuerpo monoclonal anti-TNF-específico para pacientes con HS moderada a grave. El esquema propuesto es 160 mg en la semana 0, 80 mg en la segunda semana y se continúa con 40 mg semanales <sup>(1,24)</sup>. Este tratamiento es bien tolerado; el efecto adverso más común es la reacción en el sitio de la inyección, sin embargo, puede haber un aumento del riesgo de infecciones, especialmente del tracto respiratorio superior, bronquitis e infecciones de tracto urinario <sup>(1)</sup>.

## 11. Estado del Arte

Con respecto a su epidemiología, las prevalencias reportadas hasta la fecha van desde 0,00033% hasta 4,1% lo cual a su vez dependerá de la población, diseño del estudio y país realizado <sup>(3)</sup>. La gran mayoría de los artículos publicados hasta la fecha se realizaron en Estados Unidos, países europeos o Corea, mientras Latinoamérica cuenta con reportes recientes epidemiológicos solo de Brasil y Argentina <sup>(4,5)</sup>. La comprensión de esta enfermedad, sus aspectos clínicos y epidemiológicos, se hacen aún más relevantes, dado que emergen novedosas opciones terapéuticas que incluyen terapias biológicas dentro del arsenal terapéutico en desarrollo para esta condición.

### *11.1. Datos epidemiológicos de prevalencia e incidencia*

#### *11.1.1. América del Norte*

El país con mayor número de estudios reportados en cuanto a prevalencia de la HS es Estados Unidos. Uno de ellos fue realizado por Shlyankevich et al. <sup>(5)</sup> publicado en el 2014, en el que se realizó un estudio en el hospital general de Massachusetts, que incluyó una población hospitalaria de 2.279.254, de éstos el total de pacientes con HS fueron 1776, obteniendo una prevalencia de 0,078%. <sup>(5)</sup>

Al mismo tiempo, en 2014, Shahi et al. <sup>(6)</sup> incluían 144.000 personas de Olmsted County, Minnesota de los cuales 178 pacientes entre los años 1968 y 2008 habían sido diagnosticados, encontrando una prevalencia de 0,13% en esta población <sup>(6)</sup>. Finalmente, Savage et al. <sup>(7)</sup> publicaron en el 2013 un



estudio en el cual incluyeron 34.187.919 pacientes, de la base de datos clínica de Burlington, Massachusetts. En esta encontraron un total de 50.261 pacientes con diagnóstico de HS, dando como prevalencia en esta población un 0,147%. <sup>(7)</sup>

### 11.1.2. *Latinoamérica*

En Argentina en el año 2019, Zimman et al. <sup>(8)</sup> publicaron un estudio que tomó como referencia el Hospital Italiano de Buenos Aires, donde se consultaron las historias clínicas de población afiliada entre el año 2012 y el 2017, encontrando un total de 66 pacientes confirmados con HS en dicho periodo, determinando una prevalencia para esta población de 0,02%. <sup>(8)</sup>

Otro país sudamericano con datos de prevalencia es Brasil, en donde se publicó un estudio en el año 2018, llevado a cabo por Ianhez et al. <sup>(4)</sup> este tuvo como objetivo principal evaluar la prevalencia de HS en los municipios brasileños con más de 300.000 habitantes. Se incluyó un total de 17.004 habitantes encontrando una prevalencia de 0,41% en dicho país. <sup>(4)</sup>

### 11.1.3. *Europa*

En Europa, encontramos un estudio realizado en Francia, en el año 2008, en el que un panel de expertos en dermatología, salud pública y epidemiología, diseñaron y aplicaron una encuesta para lograr determinar la prevalencia de los trastornos dermatológicos más comunes en la población francesa en un

periodo de 12 meses, encontrando que 67 pacientes (0,97%) padecen o padecieron de HS en este tiempo <sup>(9)</sup>.

Otro estudio, se llevó a cabo en Alemania por Kirsten et al. <sup>(10)</sup> entre 2010 y 2015. En este se incluyó una muestra de 2.3 millones de asegurados, lo cual equivale al 40% de la población asegurada del país, calculando una prevalencia de 0,04%, y una incidencia de 0,03% para el año 2015. <sup>(10)</sup>

Años después, en el año 2017 se publicó un estudio polaco, realizado por Matusiak et al. <sup>(12)</sup> en este tomaron los datos del fondo nacional de salud polaco y centros de referencia de HS, en la cual se incluye casi el 90% de la población del país, calculan una prevalencia estimada para HS de 0,001%. <sup>(12)</sup>

Otro de los países europeos en sumarse a este tipo de estudios es Italia, Bettoli et al. <sup>(13)</sup> publicaron para el año 2019, un análisis de las posibles variaciones entre dos registros italianos consecutivos de pacientes con HS entre los años 2009–2013 vs. 2015–2019 concluyendo que las estimaciones de frecuencia de la enfermedad oscilan entre 5:10.000 y 4:100 personas. <sup>(13)</sup>

Finalmente, en Irlanda se llevó a cabo un estudio transversal en 4 hospitales seleccionados, realizado en un periodo de 6 meses en el año 2015, en el cual se estimó la prevalencia de la enfermedad en 1,4%. <sup>(14)</sup>

#### *11.1.4. Asia*

Por otro lado, en Corea, Lee et al. <sup>(15)</sup> en el 2018, en el cual se realiza una revisión de la base de datos de seguros médicos nacionales del año 2007 al 2016, encontrando 28.516 pacientes con diagnóstico de HS, y teniendo en cuenta una población estimada de 50 millones, se determinó una prevalencia de 0,06% <sup>(15)</sup>.

#### *11.1.5. Oceanía*

En Australia, se realizó en el año 2018 un estudio transversal de base poblacional, en la cual mediante una encuesta se entrevistaron 17.050 residentes australianos mayores de 18 años, de los cuales 11.433 aceptaron responder el cuestionario de tamizaje para HS y donde se estimó que la prevalencia era de 0,67% para ese año <sup>(17)</sup>.

#### *11.2. Incidencia*

Dentro de los artículos incluidos, el estudio de Kirsten et al. <sup>(10)</sup> tiene en cuenta la incidencia, en el estudio publicado en el 2020, se estima una incidencia en población alemana de 0,03%. El resto de los estudios incluidos no calculan la incidencia <sup>(10)</sup>.

#### *11.3. Determinantes de la enfermedad*

##### *11.3.1. Edad y sexo*

En la mayoría de los estudios se observa que la HS puede llegar a ser dos veces más prevalente en mujeres que en hombres, a excepción de Corea donde se han recolectado datos demográficos que muestran una proporción mayor en hombres, que oscila entre el 61,3% al 71,7%, mientras que en mujeres va del 28,3% al 38,7%. Esto claramente contrasta con los estudios reportados en América, Europa e inclusive Oceanía <sup>(15,16)</sup>.

Por otro lado, los estudios describen amplios rangos de edad de presentación de HS que abarcan desde la adolescencia hasta la adultez. Generalmente, la prevalencia de la enfermedad aumenta después de la pubertad, según la madurez de las glándulas apocrinas, por lo que la HS es más prevalente en los adolescentes y los adultos, que en los niños y pacientes de edad avanzada <sup>(4)</sup>.

La edad más frecuentemente encontrada a nivel mundial oscila entre los 15 y los 40 años, con mayor prevalencia en la tercera y cuarta década de la vida inclusive en la región oriental, donde la edad de consulta más frecuentemente reportada fue de 23.9 años y la edad de inicio de la enfermedad fue de 26.7 +/- 12.7 años <sup>(11)</sup>.

En relación con la edad de presentación según el sexo, Shahi et al. <sup>(6)</sup> reportan un mayor número de casos en la población masculina entre los 30 y 39 años y en la población femenina entre los 20 y 29 años <sup>(6)</sup>.

### *11.3.2. Clasificación clínica*

No todos los estudios incluidos en esta revisión tienen en cuenta la clasificación clínica de los pacientes. Sin embargo, dentro de los estudios que lo reportan encontramos el de Zimman, llevado a cabo en Argentina, en este se determinan las características clínicas de los pacientes, teniendo el mayor porcentaje de pacientes en Hurley I: 42,4%, seguido de Hurley II 36,4% y Hurley III en menor proporción con 21,2% del total de los casos<sup>(8)</sup>. Porcentajes similares se presenta en la población coreana donde la mayor cantidad de pacientes se encontró en estadio Hurley I (64,6%),<sup>(16)</sup> lo cual sugiere que tanto la población coreana, como la argentina, pueden presentar una clínica mucho menos agresiva o que consultan oportunamente en estadios más tempranos.<sup>(17)</sup>

Mientras en Grecia se encuentra un mayor porcentaje de pacientes en estadio Hurley II 44,7%, seguido de Hurley III con 29% y de último, Hurley I con 26,3%.<sup>(11)</sup> Así mismo sucede en Italia, donde se evidencia que la mayoría de los pacientes se encontraban en el estadio Hurley II con un 45.9%.<sup>(13)</sup>

### 11.3.3. *Localización anatómica*

La localización anatómica es consistente en los diferentes países siendo las más frecuentes las regiones inguinal, axilar, y perianal. En el estudio de Zimman et al.<sup>(8)</sup> los porcentajes fueron: región axilar en un 56,1%, región vulvar/ perianal 39,4%, y la zona inguinal en un 34.9%.<sup>(8)</sup> En la población griega los porcentajes fueron: la región inguinal 61%, la axila 55,3% y los glúteos 19,7%<sup>(11)</sup>. En contraste, con la población coreana, en la cual las áreas

más frecuentemente afectadas fueron los glúteos en un 48.4%, seguido de las axilas 35.8% y la región inguinal 22.1%.<sup>(16)</sup>

En el estudio realizado en Australia, distribuyen la afectación anatómica por sexos, de esta manera reportan en la población femenina, una afectación de la región inguinal en un 56,9%, axilar 44,8%, inframamaria 25,9%, genital 20,7%, perianal 19% y pliegues (estómago / periumbilical) 17,2%. Similar a la población masculina que presentó una afectación de la región inguinal en un 43,3%, perianal 36,7%, axilar 30%, pliegues abdominales / periumbilical 26,7%, zona genital e inframamaria 6,7%.<sup>(17)</sup> Siendo la región inguinal la más frecuentemente afectada en ambos sexos.

#### 11.3.4. *Comorbilidades*

Dentro de la fisiopatología de la HS se encuentran descritos factores de riesgo tales como la obesidad, el tabaquismo, el estrés, los factores hormonales y la carga genética que contribuyen al desarrollo o agravamiento de la enfermedad. Por otro lado, se han evidenciado comorbilidades asociadas tales como síndrome metabólico, aterosclerosis, dislipidemias, enfermedades tiroideas, e inclusive enfermedades psiquiátricas como la ansiedad o la depresión<sup>(1,8,15)</sup>.

Por ejemplo, en el estudio argentino se concluye que el 59,1% de los pacientes eran fumadores, casi la mitad de los pacientes presentaban obesidad o sobrepeso (47%), un tercio de los pacientes eran dislipidémicos (34,8%),

6,1% presentó diabetes además de la HS, 18,2% presentó algún tipo de trastorno psiquiátrico, 10,6% enfermedad tiroidea, 19,7% hipertensión arterial, 15,2% anemia y 27,3% acné. <sup>(8)</sup>

Asimismo, en Grecia se encontró que hasta un 72,4% de los pacientes con HS eran fumadores, 7,2% eran exfumadores, sumado a esto 75% estaban en sobrepeso u obesidad, y de estos 28,9% eran moderadamente obesos (IMC >30-<35). <sup>(11)</sup> En el estudio coreano se encontró una menor proporción de pacientes fumadores siendo esta de 38,3%, pacientes con sobrepeso 30,3%, con obesidad 12,4%, acné 12,6%, diabetes 6,4%, hipertensión arterial 5,7% entre otros. <sup>(16)</sup>

Shlyankevich et al. <sup>(5)</sup> reportan la asociación con comorbilidades entre los pacientes con HS, entre estos incluyen: obesidad (OR 2.09), hipertensión (OR 1.84), dislipidemia (OR 4.06), enfermedad tiroidea (OR 2.18), enfermedad psiquiátrica (OR 3.95), artropatía (OR 9.41) y síndrome de ovario poliquístico (OR 13.7) <sup>(5)</sup>.

Adicionalmente, en el estudio de Lee et al. <sup>(15)</sup> se determinó el OR de espondilitis anquilosante entre los pacientes con HS (OR 1.47), artritis reumatoidea (OR 1.3), diabetes tipo I (OR 1.99), colitis ulcerativa (OR 1.3), acné conglobata (OR 5.07), quistes pilonidales (OR 4.9), psoriasis (OR 4.45), pioderma gangrenoso (OR 3.2), alopecia areata (1.35) y vitiligo (1.2). Entre las enfermedades metabólicas se observó un aumento del riesgo para diabetes tipo 2 (OR 1.82), hipertensión arterial (OR 1.2) y dislipidemia (OR 1.36). <sup>(15)</sup>

**Tabla 1. Tabla de prevalencia e incidencia de la hidradenitis supurativa**

<b>Autor</b>	<b>País</b>	<b>Base poblacional /hospitalaria</b>	<b>N</b>	<b>Prevalencia</b>	<b>Incidencia</b>
Shlyankevich 2014 <sup>5</sup>	United states	Hospitalario	2,279,254	0,078%	-
Shahi 2014 <sup>6</sup>	United states	Poblacional	144,000	0,13% 127.8 por 100,000	-
Savage 2013 <sup>7</sup>	United states	Poblacional	34,187,919	0,147%	-
Zimman 2019 <sup>8</sup>	Argentina	Hospitalaria	160.000	0,02%	-
Ianhez 2017 <sup>4</sup>	Brazil	Poblacional	17.004	0,41%	-
Revuz 2008 <sup>9</sup>	France	Poblacional	10.000	0,97%	-
Kirsten 2020 <sup>10</sup>	Germany	Poblacional	2.3 millones	0,04%	0.03%
Matusiak 2017 <sup>12</sup>	Poland	Poblacional	35 millones	0.001%	-
Delany 2017 <sup>14</sup>	Ireland	Hospitalaria	15.547	1,4%	-
Lee 2018 <sup>15</sup>	Korea	Poblacional	50 millones	0,06%	-
Calao 2018 <sup>17</sup>	Australia	Poblacional	17.050	0,67%	-



## 12. Diseño Metodológico

Realizamos un estudio de corte transversal utilizando datos a nivel nacional del Sistema General de Seguridad Social y Salud de Colombia a través de la base de datos SISPRO (Sistema Integrado de Información de la Protección Social).

Esta base de datos contiene toda la información de salud para los servicios médicos de internación y ambulatoria de la población asegurada colombiana, que se estima en 95,76% (Ministerio de Salud; disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/>; consultado el 30 de mayo de 2020).<sup>(34)</sup>

Se consultó la base de datos determinando el número de casos de hidradenitis supurativa entre 2015 y 2019, utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10), se incluyó el código L732 correspondiente a esta patología. Los casos se definieron como mujeres y hombres diagnosticados con hidradenitis supurativa entre 2015 y 2019 mediante los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS)<sup>(35)</sup>. Para estimar la prevalencia, el denominador fue la población total colombiana por cada año de interés reportado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), entidad responsable de la planeación, levantamiento, procesamiento, análisis y difusión de las estadísticas oficiales de Colombia. Para definir la población, se utilizaron los datos del censo general realizado en 2005 y sus proyecciones demográficas (DANE; disponible en: [www.dane.gov.co](http://www.dane.gov.co/); consultado en febrero de 2020).

Calculamos la prevalencia anual de 2015 a 2019. La prevalencia anual de hidradenitis supurativa se calculó como el número de casos en un año

determinado dividido por la población total durante el año de interés. Para establecer la prevalencia anual de hidradenitis supurativa en población femenina se calculó como el número de casos de mujeres en un año determinado dividido por la población total de mujeres durante el año de interés y, asimismo, se determinó para la población masculina. La prevalencia general se estimó como el número total de casos de hidradenitis supurativa dividido por la población colombiana total durante el período de 5 años. Estimamos intervalos de confianza del 95%. Para todos los análisis, usamos la base de datos CUBO que alberga la información de SISPRO a través de Microsoft Excel.

*12.1. Criterios de inclusión*

- Sujetos con diagnóstico de hidradenitis supurativa correspondiente al código L732 del sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades décima versión (CIE 10)

*12.2. Criterios de exclusión*

- No aplican

*12.3. Variables*

**Tabla 2. Tabla de variables**

<b>Variable</b>	<b>Definición variable</b>	<b>Naturaleza variable</b>	<b>Categoría variable</b>
Edad	Número de años cumplidos.	Cuantitativa-razón	14, 15, 16...

Sexo	Característica fenotípica que distingue a los hombres de las mujeres.	Cualitativa-nominal	Femenino o masculino
------	---	---------------------	----------------------

*12.4. Técnica de recolección de la información*

*12.4.1. Fuente de información seleccionada para el análisis*

*12.4.1.1. Bodega de datos - SISPRO*

*12.4.1.2. DANE*

*12.4.2. Análisis conceptual de la fuente de información*

*12.4.2.1. Bodega de datos - SISPRO*

Los RIPS son los Registros Individuales Prestación de Servicios de Salud, así establecidos en la resolución 3374 del 2000. Son el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) requiere para los procesos de dirección, regulación y control como soporte de la venta de servicios.

Los datos de los RIPS sirven para formular políticas de salud, conocer el perfil de morbi-mortalidad, controlar el gasto en salud, evaluar coberturas de servicios, ajustar la unidad por capitación, realizar la programación de oferta de servicios de salud, asignar recursos financieros humanos y técnicos, validar el pago de servicios de salud.<sup>35</sup> Los RIPS deben ser reportados por los profesionales independientes, las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), los grupos de práctica profesional, los entes territoriales y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) .

El Registro Individual de Servicios de Salud está conformado por cuatro clases de datos, que aplican dependiendo del servicio de salud registrado, ya

sean datos de identificación, datos del servicio, datos del motivo de la atención y datos del valor. Las entidades administradoras al recibir el detalle de las facturas en medio magnético, podrá conformar y luego poblar una base de datos sobre los servicios de salud prestados a sus afiliados, asegurados o clientes, conocer el costo de los servicios según distintos conceptos, y podrá revisar en forma más confiable las cuentas individuales que le han sido facturadas, para poderlas pagar.<sup>35</sup>

Las entidades de dirección y control como las direcciones locales y departamentales de salud, el Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, podrán contar con los datos unitarios y agregados sobre los servicios prestados en el Sistema, y por fuera de él, y podrán: Conocer el estado de salud o enfermedad de la población en un área territorial, en una entidad administradora, en un determinado período de tiempo, las diferencias por edad y sexo, y otras características, monitorear la cobertura de acciones de promoción y prevención por riesgos y grupos etáreos, llevar a cabo las actividades de vigilancia en salud pública, realizar el control sobre los servicios de salud prestados con cargo a los recursos de oferta.<sup>35</sup>

Todos estos datos reposan dentro de la bodega de datos de SISPRO o también conocido como Sistema Integral de la Información de la Protección Social. Que se convierte en un gran sistema que provee información al alcance de todos, disponiendo servicios de datos que pueden ser consultados por la población en general e instituciones del sector. Estos servicios de información incluyen consultas en bases de datos que integran información de diversas fuentes, que se ven plasmadas en reportes, en tablas dinámicas o por medio

de la construcción de mapas temáticos con información ya sea a nivel municipal, departamental, en las EPS e IPS. Es un sistema basado en una bodega de datos concernientes a indicadores y reportes en salud de los colombianos. Está enmarcado dentro de la premisa: la información es un bien público, en donde el beneficio a la sociedad es mucho mayor al costo de obtener esta información.<sup>34</sup>

Para quienes trabajan en el sector salud, ya sea como prestadores del servicio o profesionales de la salud, este sistema es de vital importancia para conocer a la población colombiana. Puesto que con SISPRO se puede acceder a la información por departamentos o municipios.<sup>34,36</sup>

En SISPRO se encuentra información de:

- Prestadores de servicios: Profesionales de salud, empresas sociales del estado e IPS<sup>34,36</sup>
- Financiamiento: Recursos para actividades y entidades del sector salud.<sup>34,36</sup>
- Salud ambiental: Saneamiento básico, calidad del agua y fábricas certificadas por Invima<sup>34,36</sup>
- Ciudadano: Consulta de datos básicos en salud, pensiones, subsidios, entre otras para los ciudadanos.<sup>34,36</sup>
- Gestión del conocimiento: Prestaciones en salud, vacunación, aseguramiento y fichas departamentales y municipales.<sup>34,36</sup>

#### 12.4.2.2. DANE

Es la entidad responsable de la planeación, levantamiento, procesamiento, análisis y difusión de las estadísticas oficiales de Colombia. Este divide la información en cuanto a población, ubicación geográfica y bienestar

socioeconómico según las viviendas. Para el presente estudio nos enfocaremos en la población. Hay que tener en cuenta que para tener los datos de la población en Colombia el DANE obtiene los datos a través de un censo periódico y este a su vez permite hacer estimaciones demográficas y proyecciones de población.

El censo permite entregar unos resultados fundamentales para contar con la información actualizada de la realidad demográfica del país, útil para evaluar los alcances de las políticas de desarrollo para áreas pequeñas y subgrupos de la población. El último censo de población y vivienda fue realizado en 2018, consistió en contar y caracterizar las personas residentes en Colombia, así como las viviendas y los hogares del territorio nacional teniendo en cuenta las variables sexo, edad y proporción de personas. A través del censo, el país obtiene datos de primera mano sobre el número de habitantes, su distribución en el territorio y sus condiciones de vida.

En este estudio se utilizarán los datos obtenidos de censo y proyecciones demográficas del DANE, con el fin de obtener número de habitantes en Colombia durante los periodos anuales seleccionados, filtrando de acuerdo con la necesidad por sexo o lugar de procedencia.

#### *12.4.3. Variables de la fuente a utilizar*

##### *12.4.3.1. RIPS*

Una de las funciones de los RIPS es conocer el perfil de morbilidad y mortalidad. En una hospitalización se generan Registros Individuales de

Prestación de Servicios de procedimientos, interconsultas, consulta externa, medicamentos y otros servicios que se registran en los respectivos RIPS. En este caso nos centraremos de las variables de los RIPS en la consulta externa. Entonces para el ingreso a la institución hay unos valores permitidos para consulta externa/programada y es la variable número 2. Si la Vía de ingreso = 2, el usuario debe aparecer en AC (archivo de consulta), con consultas generales o especializadas. Cuando el paciente es ingresado consulta externa siempre se le debe asignar un diagnóstico de causa externa, a diferencia si es ingresado por urgencias u hospitalización se le dará un diagnóstico principal de egreso. Es importante, validar siempre que el diagnóstico esté en la tabla de CIE, -10.<sup>34</sup>

#### 12.4.3.2. DANE

En cuanto al DANE, se utilizarán las proyecciones nacionales de población comprendidas entre los años 2015 a 2019, específicamente la población total, población femenina y población masculina. En 2015, la población nacional fue de 48.203.405, siendo las mujeres 24.403.726 y los hombres 23.799.679. En 2016, 48.747.708, siendo la población femenina 24.678.673 y en hombres 24.039.065. En 2017, fue de 49.291.609, mujeres 24.953.862 y hombres 24.337.747. En 2018, 49.834.240, siendo la población femenina de 25.228.444 y masculina de 24.605.796. En 2019, la población fue de 50.374.478, las mujeres de 25.501.149 y los hombres 24.873.329. Ahora, teniendo en cuenta las proyecciones de población total, femenina y masculina por ciudades.<sup>45</sup>

### *12.5. Clasificaciones utilizadas en la fuente*

En Colombia todos los diagnósticos que se ingresan en los RIPS se encuentran codificados mediante el CIE-10.<sup>34</sup> El único código que corresponde a Hidradenitis Supurativa dentro de esta clasificación es L732.

### *12.6. Cobertura geográfica*

El indicador base para el seguimiento de la dinámica del aseguramiento en salud es la agregación del total de afiliados al sistema. La recopilación de información del número de personas pertenecientes a los regímenes contributivo, subsidiado y especiales y de excepción, contenida en los registros administrativos para los años anteriores a 2009 y la consulta de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) en las vigencias posteriores para los niveles municipal, departamental y nacional muestra el comportamiento histórico de la afiliación al SGSSS.<sup>37</sup>

El número de afiliados al SGSSS en los tres regímenes de afiliación a nivel nacional se ha incrementado a lo largo de los últimos 23 años. Ahora, en este estudio se tendrán en cuenta los datos desde 2015- 2019. En el año 2015, la cobertura fue del 97,58%, en 2016 del 95,66%, en 2017 94,88% y del 94,66% en el año 2018. En 2019 no se registran aún datos <sup>37</sup>.

### *12.7. Cobertura temporal*

Los RIPS fueron establecidos mediante la resolución 3374 de 2000, su reglamentación e implementación tomó varios años, pero se estima que desde el 2012 existe una adherencia completa a estos registros.



*12.8. Descripción del proceso de generación de la fuente*

El profesional de la salud es quien registra los datos solicitados en los Registros Individuales de Prestación en Salud durante o al finalizar la consulta individual de cada paciente.

*12.9. Diseño de captación de la información*

De acuerdo con la resolución 3374 de 2000, el reporte de Registros Individuales de Atenciones en Salud se debe hacer de manera mensual.<sup>35</sup>

*12.10. Organización de la información*

Todos los datos serán descargados mediante tablas dinámicas en una hoja de cálculo en Microsoft Excel, que corresponde a la base de datos CUBO que alberga la información de SISPRO.

*12.11. Análisis estadístico*

Este proyecto tiene como propósito la creación de un producto de generación de nuevo conocimiento, que se acuerdo con la tipología definida por Colciencias correspondería a un artículo A1 o A2: artículo original en revista indexada dentro del cuartil 1 (bases de datos ISI-CSI o SCOPUS).

### 13. Resultados

Durante los últimos 5 años, comprendidos en el período 2015-2019, 18.725 pacientes en la población colombiana fueron diagnosticados con hidradenitis supurativa. De los cuales 12.821 (68,47%) corresponden a la población femenina y 5.904 (31,53%) casos a la población masculina. El mayor número de casos se presentó entre los 25 a 29 años, mientras se presentaron tan solo 680 (3,63%) en menores de 15 años y 1566 (8,36%) en mayores de 60 años (Tabla 1). En cuanto al grupo etario y sexo, la mayor frecuencia de los pacientes registrados con hidradenitis supurativa fueron entre los 20-39 años tanto para hombres como para mujeres (Tabla 2). La prevalencia general de Hidradenitis Supurativa en la población colombiana durante el período de estudio de cinco años fue de 7,6 por 100.000 habitantes. La prevalencia anual más alta fue en 2019, la cual alcanzó, 15,2 por 100.000 habitantes, y la más baja, 5,4 por 100.000 habitantes en 2015, mostrando una tendencia creciente de la prevalencia de hidradenitis supurativa en los últimos 5 años (Gráfico 1). Las prevalencias anuales más altas se observaron entre los grupos de edad que comprenden de los 20 a los 29 años, las cuales oscilaron entre 0,74 por 100.000 habitantes en el 2015 hasta llegar a 2,2 por 100.000 habitantes en el 2019 (Tabla 3). Para todos los grupos de edad se observó una tendencia creciente en la prevalencia durante los últimos cinco años, siendo 2019 el año de mayor prevalencia (Gráfico 2).

**Tabla 3. Caracterización de la población con hidradenitis supurativa en Colombia (2015-2019)**

	N	%
Sexo		
Mujeres	12.821	68,47%
Hombres	5.904	31,53%
Grupos de edad (años)		
< 15 años	680	3,63%
De 15 a 19 años	1.866	9,97%
De 20 a 24 años	2.469	13,19%
De 25 a 29 años	2.678	14,30%
De 30 a 34 años	2.307	12,32%
De 35 a 39 años	2.142	11,44%
De 40 a 44 años	1.650	8,81%
De 45 a 49 años	1.298	6,93%
De 50 a 54 años	1.109	5,92%
De 55 a 59 años	957	5,11%
≥ 60 años	1.566	8,36%
No Reportado	3	0,02%
Regímenes		
Contributivo	14.585	68,06%
Subsidiado	5.913	27,59%
Otros regímenes	931	4,34%

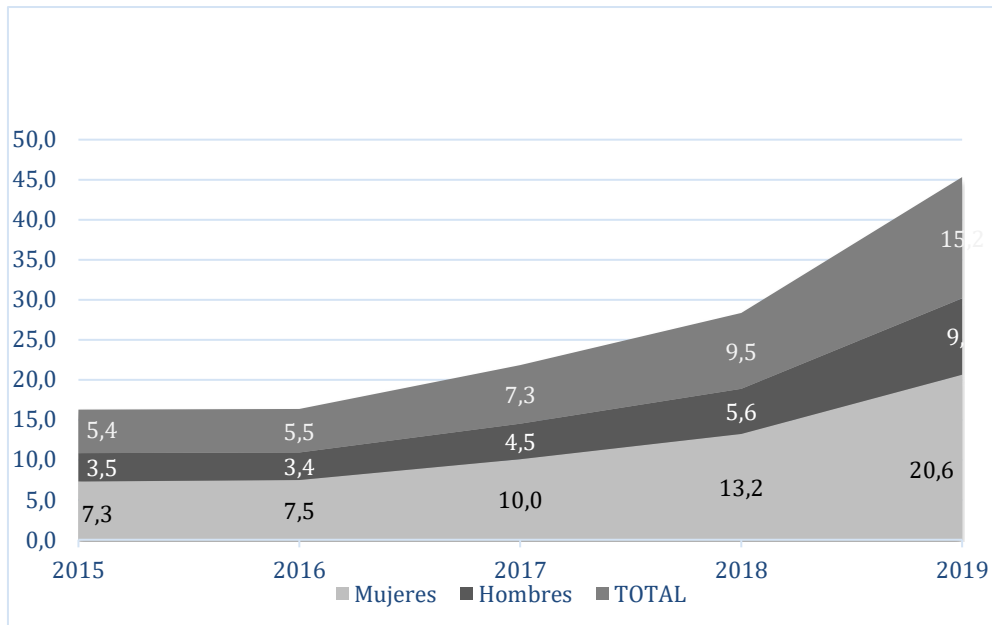
**Tabla 4. Número de casos de hidradenitis supurativa por sexo y grupo de edad en Colombia en 2015-2019**

Grupos de edad (años)	Mujeres		Hombres		Total	
	n	%	n	%	n	%
< 15 años	426	2,28%	254	1,36%	680	3,63%
De 15 a 19 años	1404	7,50%	462	2,47%	1866	9,97%
De 20 a 24 años	1773	9,47%	696	3,72%	2469	13,19%
De 25 a 29 años	1888	10,08%	790	4,22%	2678	14,30%
De 30 a 34 años	1563	8,35%	744	3,97%	2307	12,32%
De 35 a 39 años	1468	7,84%	674	3,60%	2142	11,44%
De 40 a 44 años	1136	6,07%	514	2,74%	1650	8,81%
De 45 a 49 años	892	4,76%	406	2,17%	1298	6,93%
De 50 a 54 años	770	4,11%	339	1,81%	1109	5,92%
De 55 a 59 años	638	3,41%	319	1,70%	957	5,11%
≥ 60 años	861	4,60%	705	3,77%	1566	8,36%
No Reportado	2	0,01%	1	0,01%	3	0,02%
N población total (%)	12821	68,47%	5904	31,53%	18725	100,00%

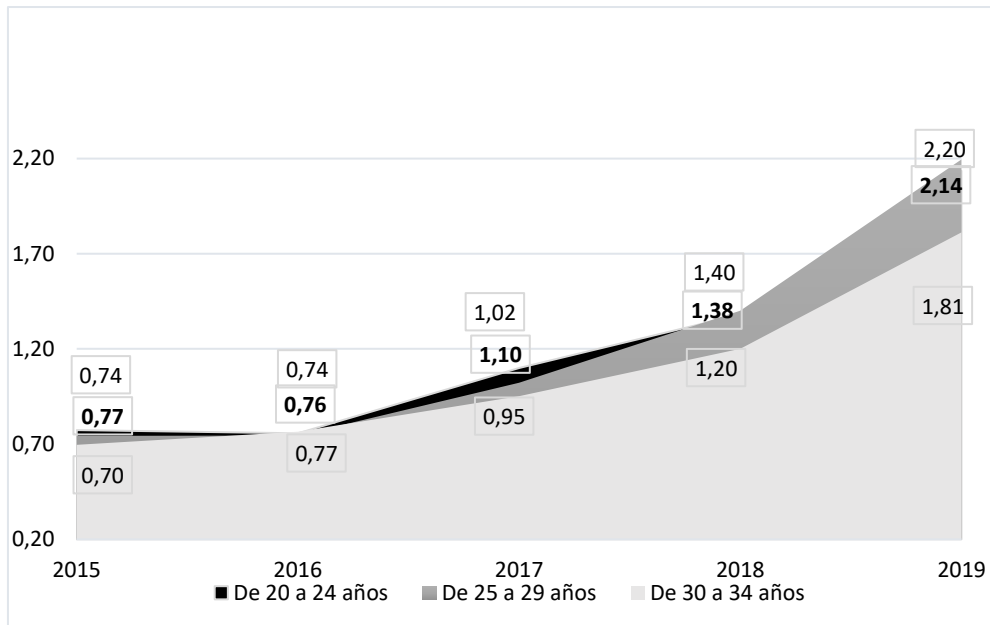
**Tabla 3. Prevalencia de hidradenitis supurativa por 100,000 habitantes  
por grupos de edad y año (2015-2019)**

EDAD	AÑOS				
	2015	2016	2017	2018	2019
< 15 años	0,32	0,33	0,43	0,59	1,09
De 15 a 19 años	0,72	0,66	0,93	1,19	1,81
De 20 a 24 años	0,77	0,76	1,10	1,38	2,14
De 25 a 29 años	0,74	0,74	1,02	1,40	2,20
De 30 a 34 años	0,70	0,77	0,95	1,20	1,81
De 35 a 39 años	0,60	0,61	0,79	1,12	1,70
De 40 a 44 años	0,46	0,48	0,52	0,77	1,17
De 45 a 49 años	0,36	0,34	0,49	0,60	0,88
De 50 a 54 años	0,32	0,32	0,48	0,48	0,82
De 55 a 59 años	0,21	0,23	0,35	0,41	0,64
≥ 60 años	0,31	0,28	0,37	0,52	1,20

**Gráfico 1. De prevalencia de hidradenitis supurativa x 100.000 habitantes según sexo entre el periodo 2015-2019**



**Gráfico 2. Prevalencia de hidradenitis supurativa por 100,000 habitantes por grupos de edad y año (2015-2019)**



#### 14. Discusión

La mayoría de los estudios se observa que la HS puede llegar a ser dos veces más prevalente en mujeres que en hombres <sup>15,16</sup>, esto es consistente con los hallazgos de nuestro estudio en donde el 68.47% de las pacientes afectadas son mujeres presentándose una razón mujer-hombre de 2.17:1.

La prevalencia máxima por grupo de edad se observó consistentemente para cada año del período de estudio en aquellos entre 25 y 29 años; informamos prevalencias de 2015 a 2019 de 0.74, 0.74, 1.02, 1.40 y 2.20 por 100.000 habitantes, respectivamente para este grupo de edad. Siendo la prevalencia de 2.20 por 100.000 habitantes la más alta reportada en el 2019 y seguido por el grupo de edad entre 20 a 24 años durante el mismo año, la cual fue de 2.14 por 100.000 habitantes, seguida en orden descendente, por el grupo de edad entre 15 a 19 años de 1.81 por 100.000 habitantes en el mismo año y 1.81 por 100.000 habitantes en el grupo de 30 a 34 años en 2019. Estos hallazgos nos permiten concluir que el rango de edad de mayor afectación se encuentra entre los 20 y los 34 años, siendo los pacientes entre los 25 y los 29 años los más afectados. Datos similares a los citados en la literatura que han reportado un mayor número de casos entre la tercera y cuarta década de la vida, siendo la edad más prevalente entre los 15-40 años con una media de 23.9 años<sup>11</sup>. Aunque hay que recordar que la prevalencia disminuye considerablemente para los grupos de edad de aquellos mayores de 60 años, es importante recordar que estos pacientes también pueden verse afectados en estas edades y es importante no descuidar el diagnóstico en edades más tardías.



En este estudio, determinamos la prevalencia poblacional nacional de la hidradenitis supurativa en Colombia, la cual fue de 7.6 casos por cada 100.000 habitantes. Estudios realizados en EE. UU. muestran una prevalencia que oscila entre el 1% al 4%, como lo revela Jemec et al.<sup>18</sup>. Otros estudios norteamericanos, como el de Cosmatos et al.<sup>20</sup>, realizado en 2007, determinó una prevalencia general del 0.053%<sup>20</sup>. Mientras en 2014, Shlyankevich et al. obtuvo una prevalencia de 0.078%.<sup>5</sup> En Europa se han llevado a cabo múltiples estudios de prevalencias arrojando distintas cifras, atribuible tal vez a las diferencias poblacionales. Un estudio francés publicado en 2008 por Revuz et al.<sup>9</sup> estimó una prevalencia de HS del 0.97%<sup>9</sup>. En el año 2015, en Irlanda se estableció la prevalencia en un 1.4%<sup>14</sup>. Dos años después, se publicó un estudio polaco, realizado por Matusiak et al.<sup>12</sup>, calculando una prevalencia de 0.001%<sup>12</sup> mucho menor a las observadas en los estudios anteriores. Se analiza que la mayoría de los estudios publicados se han realizado en población norteamericana o europea. Sin embargo, en Brasil se analiza un estudio publicado por Ianhez et al.<sup>4</sup> donde se encuentra una prevalencia de 0.41% en dicho país<sup>4</sup>. Mientras en Argentina, Zimman et al.<sup>8</sup> determinó una prevalencia de 0.02%<sup>8</sup>.

Además, se determinó la prevalencia para cada año del periodo comprendido entre 2015 - 2019, la cual fue de 5.4, 5.5, 7.3, 9.5 y 15.2 por 100.000 habitantes, respectivamente, lo que expone la tendencia creciente de la prevalencia de hidradenitis supurativa, la cual ha aumentado 3 veces su valor en los últimos 5 años.

Esto se puede evidenciar debido a la implementación de terapias alternativas para esta condición como lo son el uso de biológicos. La industria farmacéutica ha propiciado su uso, de manera tal que, tras años de esfuerzo, en septiembre de 2015 la Food Drug Administration (FDA) logró su aprobación. Pero fue tres años después, en 2018, donde inició su uso en Colombia. Eso nos confirma el porqué del crecimiento de la prevalencia en ese periodo de tiempo, ya que junto al rol desempeñado por la industria se desarrolla también un mayor entrenamiento para diagnosticar a los pacientes en estadios tempranos, con el fin de tratarlos rápidamente. Es de esa manera como podemos observar el aumento del número de casos por diagnóstico que se ha ido desarrollando en los últimos años.

## **15. Conclusiones**

La hidradenitis supurativa es una enfermedad inflamatoria crónica, que afecta la calidad de vida de los pacientes que lo padecen. Su prevalencia ha ido en tendencia al aumento, viéndose afectadas en su mayoría mujeres entre la tercera y cuarta década de la vida. Condiciones como el tabaquismo y la obesidad predisponen y agravan este cuadro clínico. Conocer la clínica de esta condición representa un paso fundamental para evitar el retraso en el diagnóstico y poder brindar un manejo oportuno.

## 16. Bibliografía

1. Cabrera-Salom C, Sandoval L, Bulla F. Hidradenitis supurativa. *Piel* 2018;34(7):408-416.
2. Calao M, Wilson JL, Spelman L, Billot L, Rubel D, Watts AD, et al. Hidradenitis Suppurativa (HS) prevalence, demographics and management pathways in Australia: A population-based cross-sectional study. *PLoS One* 2018 Jul 24;13(7): e0200683.
3. Miller IM, McAndrew RJ, Hamzavi I. Prevalence, Risk Factors, and Comorbidities of Hidradenitis Suppurativa. *Dermatol Clin* 2016 Jan;34(1):7-16.
4. Ianhez M, Schmitt JV, Miot HA. Prevalence of hidradenitis suppurativa in Brazil: a population survey. *Int J Dermatol* 2018 May;57(5):618-620.
5. Shlyankevich J, Chen AJ, Kim GE, Kimball AB. Hidradenitis suppurativa is a systemic disease with substantial comorbidity burden: a chart-verified case-control analysis. *J Am Acad Dermatol* 2014 Dec;71(6):1144-1150.
6. Shahi V, Alikhan A, Vazquez BG, Weaver AL, Davis MD. Prevalence of hidradenitis suppurativa: a population-based study in Olmsted County, Minnesota. *Dermatology* 2014;229(2):154-158.
7. Savage KT, Flood KS, Porter ML, Parker R, Simon M, Kimball AB. 184 Prevalence of hidradenitis suppurativa stratified by age and sex. *Journal of investigative dermatology* 2019 May;139(5): S32.
8. Zimman S, Comparatore MV, Vulcano AF, Absi ML, Mazzuocolo LD. Hidradenitis suppurativa: una aproximación a su prevalencia, características clínicas, comorbilidades y tiempo al diagnóstico, en un hospital universitario

- de Buenos Aires, Argentina. *Actas dermo-sifiliográficas* 2019;110(4):297-302.
9. Revuz JE, Canoui-Poitrine F, Wolkenstein P, Viallette C, Gabison G, Pouget F, et al. Prevalence and factors associated with hidradenitis suppurativa: results from two case-control studies. *J Am Acad Dermatol* 2008 Oct;59(4):596-601.
  10. Kirsten N, Petersen J, Hagenström K, Augustin M. Epidemiology of hidradenitis suppurativa in Germany - an observational cohort study based on a multisource approach. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020 Jan;34(1):174-179.
  11. Katoulis AC, Liakou AI, Rotsiamis N, Bonovas S, Bozi E, Rallis E, et al. Descriptive Epidemiology of Hidradenitis Suppurativa in Greece: A Study of 152 Cases. *Skin Appendage Disord* 2017 Oct;3(4):197-201.
  12. Matusiak Ł, Kaszuba A, Krasowska D, Placek W, Szepietowski J. Epidemiology of hidradenitis suppurativa in Poland in relation to international data. *Przegląd dermatologiczny* 2017;4(4):377-384.
  13. Bettoli V, Cazzaniga S, Scuderi V, Zedde P, Di Landro A, Naldi L, et al. Hidradenitis suppurativa epidemiology: from the first Italian registry in 2009 to the most recent epidemiology updates - Italian Registry Hidradenitis Suppurativa project 2. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2019 Oct;33 Suppl 6:4-6.
  14. Delany E, Gormley G, Hughes R, McCarthy S, Kirthi S, Markham T, et al. A cross-sectional epidemiological study of hidradenitis suppurativa in an Irish population (SHIP). *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2018 Mar;32(3):467-473.

15. Lee JH, Kwon HS, Jung HM, Kim GM, Bae JM. Prevalence and comorbidities associated with hidradenitis suppurativa in Korea: a nationwide population-based study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2018 Oct;32(10):1784-1790
16. Yang JH, Moon J, Kye YC, Kim KJ, Kim MN, Ro YS, et al. Demographic and clinical features of hidradenitis suppurativa in Korea. *J Dermatol* 2018 Dec;45(12):1389-1395.
17. Calao M, Wilson JL, Spelman L, Billot L, Rubel D, Watts AD, et al. Hidradenitis Suppurativa (HS) prevalence, demographics and management pathways in Australia: A population-based cross-sectional study. *PLoS One* 2018 Jul 24;13(7): e0200683.
18. Pascual JC, Martorell A, Salgado L, Jiménez-Gallo D, García-Martínez FJ, Vilarrasa E, et al. Actualización en hidradenitis suppurativa (I): epidemiología, aspectos clínicos y definición de severidad de la enfermedad. *Actas Dermo-Sifiliográficas* 2015;106(106):703-715.
19. Wang S, Wang S, Sibbald R, Alhusayen R, Bashash M, Alavi A. Hidradenitis Suppurativa: A Frequently Missed Diagnosis, Part 1: A Review of Pathogenesis, Associations, and Clinical Features. *Advances in Skin & Wound Care* 2015 Jul;28(7):325-332.
20. Cosmatos I, Matcho A, Weinstein R, Montgomery MO, Stang P. Analysis of patient claims data to determine the prevalence of hidradenitis suppurativa in the United States. *J Am Acad Dermatol.* 2013; 68:412---9.
21. 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 - Medicina de Familia 2015;43(1):34-4
22. Gregor B. E. Jemec, DMedSci, Peter Wendelboe, C Århus, Denmark. Topical clindamycin versus systemic tetracycline in the treatment of hidradenitis suppurativa. 1998.
23. Mahmoud, Bassel H., MD, PhD, Tierney E, MD, Hexsel CL, MD, Pui J, MD, Ozog DM, MD, Hamzavi IH, MD. Prospective controlled clinical and histopathologic study of hidradenitis suppurativa treated with the long-pulsed neodymium: yttrium-aluminium-garnet laser. Journal of the American Academy of Dermatology 2009;62(4):637-645
24. Gulliver W, Zouboulis C, Prens E, Jemec G, Tzellos T. Evidence-based approach to the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa, based on the European guidelines for hidradenitis suppurativa. Rev Endocr Metab Disord 2016 Sep;17(3):343-351.
25. Forero Illera Elías. Terapia Biológica. Su realidad científica y social. Rev.Colomb. Reumatol. [Internet]. Enero de 2007 [consultado el 22 de febrero de 2020]; 14 (1): 7-7. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-81232007000100001&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-81232007000100001&lng=en)
26. Sellheyer K, Krahl D. "Hidradenitis suppurativa" is acne inversa! An appeal to (finally) abandon a misnomer. International journal of dermatology 2005 Jul;44(7):535-540.
27. Robin C. Note sur une espèce particulière de glandes de la peau de l'homme. 3 ° Série, Zoologie et Biologie Animale. Ann Sci Nat Paris 1845; 4: 380–381.

28. Schiefferdecker P. Die Hautdrüsen des Menschen und der Säugetiere, ihre biologische und rassenanatomische Bedeutung, sowie die Muscularis sexualis. Stuttgart: E. Schweizerbart, 1922.
29. Parks RW, Parks TG. Pathogenesis, clinical features and management of hidradenitis suppurativa. *Ann R Coll Surg Engl* 1997; 79: 83–89.
30. Velpeau A. Dictionnaire de Médecine, un Répertoire Général des Sciences Médicales sous la Rapport Théorique et Practique. Aiselle, Vol. 2, 2nd edn. Paris: Bechet Jeune, 1833; 91–109.
31. Witkowski JA, Parish LC. The assessment of acne: An evaluation of grading and lesion counting in the measurement of acne. *Clinics in Dermatology* 2004;22(5):394-397
32. Adityan B, Kumari R, Thappa DM. Scoring systems in acne vulgaris. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology* 2009 Dec 31,75(3):323-326.
33. Doshi A, Zaheer A, Stiller MJ. A comparison of current acne grading systems and proposal of a novel system. *International Journal of Dermatology* 1997 Jun;36(6):416-418.
34. Ministerio de Salud. SISPRO[Internet]. Sistema Integral de Información de la Protección Social. 2020. [citado 2020 mayo 30]. Disponible en: <https://www.sispro.gov.co/Pages/Home.aspx>
35. RIPS [Internet]. Colombia. 2015 enero - [citado 2020 mayo 30]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/OT/FAQ-RIPS.pdf>



36. Nonsoque Chiquiza J. El gasto en salud de Colombia es 7,2% del PIB, según informe de la Ocd [Internet]. La República. 2019 [cited 2019 Aug 20]. Available from: <https://www.larepublica.co/globoeconomia/el-gasto-en-salud-de-colombia-es-72-del-pib-segun-informe-de-la-ocde-2881922>
37. Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones. Boletín del Aseguramiento en Salud. 2017 octubre.
38. Jemec GBE, MD, Kimball, Alexa B., MD, MPH. Hidradenitis suppurativa: Epidemiology and scope of the problem. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2015;73(5): S4-S7.
39. 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. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2015 Apr;29(4):619-644.
40. Prens, Errol, MD, PhD, Deckers I, MD. Pathophysiology of hidradenitis suppurativa: An update. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2015;73(5): S8-S11.
41. Alikhan A, Lynch PJ, MD, Eisen DB, MD. Hidradenitis suppurativa: A comprehensive review. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2009;60(4):539-561.

