

**UNIVERSIDAD DE OVIEDO**  
FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y CIRUGÍA



GRADO EN MEDICINA

# PERFIL DEL PACIENTE QUIRÚRGICO CON HIDRADENITIS SUPURATIVA

---

PROFILE OF THE SURGICAL PATIENT WITH  
HIDRADENITIS SUPPURATIVA

Autora: María Fierro Alonso  
Tutor: Ángel Pérez Arias

Fecha: Junio 2022

**Don Ángel Pérez Arias (Tutor)**, Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Oviedo, Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora en el Hospital Universitario Central de Asturias y Profesor Asociado en Ciencias de la Salud del Departamento de Cirugía y Especialidades de la Universidad de Oviedo.

CERTIFICA que el Trabajo Fin de Grado presentado por:

María Fierro Alonso

y titulado:

“Perfil del Paciente Quirúrgico con Hidradenitis Supurativa”

Reúne a su juicio las condiciones necesarias para ser admitido como Trabajo Fin de Grado de Medicina en la Universidad de Oviedo.

Y para que conste donde convenga, firma la presente:

Oviedo, mayo de 2022

*María Fierro Alonso*

## **AGRADECIMIENTOS**

Este trabajo no podría haberse realizado de no ser por la ayuda de varias personas, mereciendo un reconocimiento por ello.

En primer lugar, me gustaría dar las gracias a la persona que me ha guiado durante todo el proceso de elaboración del trabajo, a mi tutor Ángel Pérez Arias. Gracias por los buenos consejos, la ayuda, la empatía y los buenos gestos que han facilitado en gran medida este proyecto.

Agradezco también a los trabajadores y personal del servicio de Cirugía Plástica del HUCA, por su ayuda y disponibilidad para el acceso a las historias clínicas a través de sus ordenadores, facilitando la recolección de datos.

Agradezco el apoyo recibido por parte de la Unidad de Consultoría Estadística de los Servicios Científico-Técnicos de la Universidad de Oviedo, y en particular a Tania Iglesias Cabo, por su colaboración en la obtención de resultados estadísticos.

Por último, gracias a mi familia, mi apoyo incondicional para todo proyecto que me proponga en la vida.

## **ÍNDICE**

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN .....	1
IMPORTANCIA DEL PROBLEMA Y ESTADO ACTUAL .....	1
DEFINICIÓN.....	2
EPIDEMIOLOGÍA.....	2
ETIOPATOGENIA Y FACTORES DESENCADENANTES .....	2
COMORBILIDADES .....	3
CLASIFICACIÓN Y ESCALAS DE SEVERIDAD .....	3
CLÍNICA, MANIFESTACIONES E IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA .....	4
DIAGNÓSTICO .....	4
TRATAMIENTO.....	5
PRONÓSTICO, COMPLICACIONES Y SECUELAS POSTQUIRÚRGICAS.....	7
OBJETIVOS.....	8
OBJETIVO PRINCIPAL.....	8
OBJETIVOS SECUNDARIOS .....	8
MATERIAL Y MÉTODOS.....	8
TIPO DE ESTUDIO .....	8
ÁMBITO DE ESTUDIO .....	8
POBLACIÓN DIANA.....	8
POBLACIÓN ACCESIBLE.....	9
MUESTRA DE ESTUDIO .....	9
VARIABLES .....	9
SELECCIÓN DE PACIENTES.....	9
TÉCNICA Y MÉTODO DE TRABAJO (ADJUDICACIÓN DE LA MUESTRA) .....	10
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	10
SESGOS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO .....	11
ASPECTOS ÉTICOS.....	11
DECLARACIÓN DE TRASPARENCIA Y CONFLICTO DE INTERÉS .....	12
RESULTADOS.....	12
ANÁLISIS DESCRIPTIVO (ANÁLISIS UNIVARIANTE) .....	12
RELACIONES ENTRE VARIABLES (ANÁLISIS BIVARIANTE).....	16
ESTUDIO MULTIVARIABLE (MODELO LOGIT) .....	18
DISCUSIÓN.....	19
CONCLUSIONES .....	25
BIBLIOGRAFIA.....	26

## **ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS**

- AINES: Antiinflamatorios no esteroideos
- BDI: Beck Depression Inventory
- CMA: Cirugía Mayor Ambulatoria
- DM: Diabetes Mellitus
- ECV: Enfermedad Cardio Vascular
- EII: Enfermedad Inflamatoria Intestinal
- EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- EuroQol (EQ-5D): Euro Quality of Life in 5 Dimensions
- FRCV: Factores de Riesgo Cardio Vascular
- FSFI-6: Female Sexual Function Index 6
- HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale
- HS: Hidrosadenitis Suppurativa
- HS-PGA: Hidradenitis Suppurative - Physician Global Assessment
- HSQoL-24: Hidradenitis Suppurative Quality of Life 24
- HTA: Hipertensión Arterial
- HUCA: Hospital Universitario Central de Asturias
- IHS4: International Hidradenitis Suppurativa 4
- IIEF-5: International Index Erectile Function 5
- MDI: Major Depression Inventory
- PAPASH: Artritis Piógena, Pioderma Gangrenoso, Acné e HS
- PASH: Pioderma Gangrenoso, Acné e HS
- PASS: Pioderma Gangrenoso, Acné Conglobata, HS y Espondiloartropatía Axial
- PsAPASH: Artritis Psoriásica, Pioderma Gangrenoso, Acné e HS
- SAPHO: Sinovitis, Acné, Pustulosis Hiperostosis y Osteítis
- SF-36: Short Form Health Survey 36
- SOP: Síndrome de Ovario Poliquístico

## **RESUMEN**

**Introducción y objetivo:** La Hidradenitis Supurativa es una afección cutánea crónica inflamatoria y recurrente de las glándulas apocrinas. Su complejidad demanda un abordaje multidisciplinar individualizado. El objetivo del presente trabajo es describir las características de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía Plástica del HUCA con HS durante el periodo 2014-2021.

**Material y método:** Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional, a través de la revisión de 107 historias clínicas correspondientes al periodo de 2014 a 2021.

**Resultados:** La edad media oscila en torno a los 41 años, con predominancia femenina (57%). De los 107 pacientes a estudio, el 47% precisó hospitalización, con estancia media menor a una semana (88%). Sin antecedentes familiares en el 96%, objetivando hábito tabáquico en el 85% y síndrome metabólico (78,5%), seguido de comorbilidades psiquiátricas, reumatológicas y digestivas. El 85% precisa seguimiento por 2 o más servicios, junto a terapia coadyuvante con corticoides, antibióticos y AINES (53%). Transcurren una media de 10 años y 3 cirugías desde su diagnóstico, mediante exéresis en bloque y cierre directo (87%), seguida de colgajo e injerto, de localización axilar (51%), inguinal o perineo-escrotal y duración media de 46 minutos. El 30% sufre dehiscencia e infección de la herida quirúrgica como complicación, no presentando secuelas un 50%, siendo cicatriz inestética la más frecuente (34%).

**Conclusiones:** El perfil del paciente con HS precisa un abordaje multidisciplinar debido a su carácter crónico recurrente, comorbilidades, hábito tabáquico asociado, complicaciones y secuelas postquirúrgicas.

**Palabras clave:** HS, comorbilidades, tabaco, tratamiento, complicaciones, cirugía.

## **ABSTRACT**

**Introduction and objective:** Hidradenitis suppurativa/acne inversa (HS) is a recurrent chronic inflammatory skin disease on apocrine glands. The complexity of HS calls for a multidisciplinary diagnosis and treatment approach. This study aimed to describe the clinical characteristics of surgical treatment patients in the Plastic Surgery Service of HUCA with Hidradenitis suppurativa during the period 2014-2021.

**Methods:** A descriptive, retrospective and observational study carried out through the review of clinical histories.

**Results:** The average age of the sample is around 41 years old, most of them feminine (57%). Of the 107 patients considered, 47% need to be inpatient, less than one week in 85%. 96% had a negative family history, 88% were smokers and had metabolic Syndrome (78,5%), following by psychiatric, rheumatologic, and digestive comorbidities. 85% need to be examine by more than 2 departments, and use corticosteroids, antibiotics and NSAID (53%) as treatment. The median duration of HS was 10 years. 3 surgeries were needed, most by radical excision and primary closure (87%), followed by skin graft or flaps, localized in axillar (51%), inguinal or perineal regions with a median duration of 46 minutes. 30% suffered dehiscence and infection as surgical complication, and 50% long term physical damages, mostly anesthetic scar (34%).

**Conclusions:** A multidisciplinary approach for patients with HS is needed due to its chronic and recurrent profile, comorbidities and smoke habits associated, postsurgical complications and long-term physical damages.

**Key words:** HS, comorbidities, tobacco, treatment, surgery, complications

## **INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN**

La hidrosadenitis supurativa es una patología grave de las glándulas apocrinas, de alta prevalencia en la población, que genera un alto consumo de recursos por el amplio abordaje terapéutico que demanda, además de una baja calidad de vida en el paciente.

### **IMPORTANCIA DEL PROBLEMA Y ESTADO ACTUAL**

Se calcula que afecta en torno al 1-4% de la población mundial, con datos dispersos según diversas publicaciones, estimando en España una prevalencia del 1%<sup>1</sup>.

Los pacientes con HS revelan que se trata de la patología dermatológica con mayor impacto en la calidad de vida, por delante de la psoriasis<sup>2</sup> y semejantes a otras de mayor entidad como diabetes, ECV, EPOC o algunas neoplasias<sup>3</sup>. Sin embargo, el 85% de la población española desconoce lo que es la hidrosadenitis supurativa<sup>4</sup>.

La complejidad de la patología ocasiona graves ineficiencias para el sistema sanitario generando una media de 8,5 visitas a urgencias, 9 años transcurridos y 14,6 médicos visitados hasta la obtención de un diagnóstico; habiendo sido sometido el paciente a una media de 6 cirugías hasta su estado actual<sup>5</sup>. El 87,4% de los pacientes refieren que la HS afecta a su vida diaria, haciéndolo de forma grave en el 31,3% y ocasionando una pérdida de 35 jornadas laborales al año. A pesar de este importante impacto económico, el 72,4% de pacientes se manifiestan poco o nada satisfechos con la atención sanitaria recibida.

Los datos actuales muestran las consecuencias de un inadecuado proceso asistencial, y la necesaria concienciación sobre la HS a nivel sanitario, social e institucional.



## **DEFINICIÓN**

La hidrosadenitis suppurativa, también conocida como Acné Inverso, es una enfermedad cutánea grave del folículo piloso y glándulas apocrinas, de carácter inflamatorio, crónico, progresivo, recurrente y debilitante que cursa con lesiones nodulares abscesificadas y/o fistulizadas, en localizaciones características (zonas de intertrigo, axilar, inguinal, perineo-escrotal y perianal), asociadas a dolor intenso, supuración y emisión de un desagradable olor, junto a dificultades para la movilidad.

## **EPIDEMIOLOGÍA**

El perfil de HS es el de un paciente entre 18 y 55 años, más frecuentemente mujer, aunque las formas más graves aparecen en varones, que cuenta con una historia de múltiples visitas al médico de Atención Primaria y al servicio de Urgencias, así como un consumo frecuente de analgésicos y antibióticos<sup>6</sup>.

## **ETIOPATOGENIA Y FACTORES DESENCADENANTES**

A falta de datos concluyentes, se ha evidenciado un desequilibrio entre las citocinas, con elevados niveles de IL-1b, TNF-alfa y una activación del inflamosoma<sup>7</sup>. Se observan antecedentes familiares en un tercio de los afectados, destacando NCSTN y PSTPIP1, asociándose a peor pronóstico<sup>8</sup>. Los factores inmunológicos adquieren un papel importante con la sobreexpresión de linfocitos Th1 y Th17, junto a proteínas inflamatorias de tipo TNF- $\alpha$ , IL-1  $\beta$ , IL-17, IL-23 o IL-12<sup>3</sup>. También son importantes los factores ambientales relacionados con el estilo de vida, que actúan como predisponentes y/o desencadenantes. Destaca el hábito tabáquico, la obesidad, la ropa ajustada, los desodorantes y la depilación (asociados a mayor exacerbación, fruto del roce y la maceración en las zonas de intertrigo), así como una dieta rica en grasas y diversos fármacos como el litio o los anticonceptivos.

Los últimos estudios muestran una posible relación con factores hormonales, basada en la exacerbación premenstrual, el predominio en el sexo femenino, los cambios observados durante el embarazo y las mejorías observadas en la menopausia.

### COMORBILIDADES

Son muchas las patologías asociadas a la HS, compartiendo en su mayoría el carácter inflamatorio. Un ejemplo es el Síndrome metabólico, cuya etiopatogenia se basa en la resistencia a la insulina y se asocia a hipertensión arterial, glucosa elevada y diabetes mellitus, obesidad, sobrepeso y dislipemia o síndrome de ovario poliquístico<sup>9</sup>.

Las dos patologías inflamatorias crónicas asociadas con mayor frecuencia a la HS son la artritis HLA B27 negativa y la EII, especialmente observada en la Enfermedad de Crohn, donde su prevalencia es entre 8 a 18 veces mayor en pacientes con HS<sup>10</sup>. También se asocia con neoplasias, psoriasis y entidades relacionadas con la disfunción del sistema inmune innato, como las enfermedades autoinflamatorias, dando lugar a diversos síndromes: SAPHO, PASH, PASS, PAPASH o PsAPASH<sup>3</sup>. Otras entidades relacionadas con la HS son las patologías del ámbito de la salud mental (ansiedad y depresión), muchas veces a consecuencia de la evolución de la enfermedad.

### CLASIFICACIÓN Y ESCALAS DE SEVERIDAD

Existen varios sistemas de clasificación para evaluar la gravedad de afectación. La más utilizada, práctica y sencilla es la Clasificación de Hurley, otras son la IHS4 (International HS4), Sartorius Score o el HS-PGA<sup>11</sup>.

**Tabla 1:** Escala de Hurley

ESTADIOS	NÓDULOS Y ABSCESOS	TRACTOS FISTULOSOS Y CICATRICES
I	Único o múltiples	No
II	Recurrentes y separados	Escasa afectación
III	Múltiples e interconectados	Múltiples con afectación de área completa

**Tabla 2:** Escala IHS4 (International HS4)

1 x Nº NÓDULOS + 2 x Nº ABSCESOS + 4 x Nº FÍSTULAS DRENADAS	
Leve	≤3
Moderada	4-10
Severa	≥11

### CLÍNICA, MANIFESTACIONES E IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

El cuadro clínico incluye dolor (como síntoma más común), prurito, sudoración y mal olor, afectando negativamente a la calidad de vida del paciente<sup>12</sup>. Provoca, además, trastornos psiquiátricos asociados como depresión, ansiedad, dificultad para conciliar el sueño y disfunción sexual. También, la movilidad puede verse reducida debido a las lesiones y a las cicatrices derivadas de la cirugía<sup>13</sup>.

Para evaluar el impacto en la calidad de los pacientes se utilizan diversas escalas. La más utilizada es la DLQI. Otras son la HSQoL-24, el cuestionario en 5 dimensiones de EuroQol (EQ-5D) o el SF-36, que evalúan el funcionamiento psicosocial. Existen otras centradas en trastornos psiquiátricos secundarios como HADS, BDI o MDI. Para la medición de la disfunción sexual secundaria se utiliza el FSFI-6 y el IIEF-5<sup>14</sup>.

### DIAGNÓSTICO

Es fundamentalmente clínico a través del establecimiento de 3 criterios mayores (tipo de lesiones, localización característica y recurrencia) junto a 3 menores (antecedentes familiares, ausencia de fiebre y de adenopatías)

Entre los posibles diagnósticos diferenciales encontramos: erisipela, celulitis, foliculitis, acné quístico, afecciones cutáneas propias de la Enfermedad de Crohn o de artritis seronegativas, neoplasias o actinomicosis.

## **TRATAMIENTO**

Debe ser médico-quirúrgico, multidisciplinar, integral y de seguimiento crónico.

### **Problemas de abordaje**

Por un lado, la adherencia al tratamiento en la HS no es buena, debido a las comorbilidades que presenta y a su etiopatogenia desconocida. A su vez, esta complejidad genera la necesidad de un abordaje multidisciplinar integral por parte de las distintas especialidades médicas<sup>15</sup>, debiendo contemplar entre otros el ámbito de la salud mental por la depresión y ansiedad asociados, pudiendo derivar en hábitos perjudiciales con aumento de factores de riesgo y comorbilidad asociada, como el hábito tabáquico y la obesidad. En la actualidad, el circuito entre las distintas especialidades médicas no es lo suficientemente fluido, por lo que se está comenzando a implementar el uso de unidades especializadas<sup>16</sup>. Por otra parte, debe tener un enfoque crónico. El momento en el que el paciente acude al servicio de urgencias, como consecuencia del brote de la enfermedad, suele dar lugar a un fallo importante en el abordaje, al limitarse al cuidado del síntoma puntual, sin una derivación y seguimiento adecuados de la enfermedad.

Hoy en día, no existe una cura para la HS. El objetivo principal de su tratamiento se debe centrar en el alivio sintomático, contando con una amplia gama de tratamientos a distintos niveles (farmacológico y quirúrgico) que serán elegidos en función del paciente y sus comorbilidades, así como el grado de afectación y extensión de la enfermedad<sup>17</sup>.

### **Líneas de tratamiento**

Prevención y estilo de vida: Es fundamental la educación temprana del paciente: insistir en el total abandono del hábito tabáquico y el seguimiento de una dieta sana junto a un

estilo de vida activo, con el fin de evitar la aparición de factores proinflamatorios asociados como el síndrome metabólico<sup>18</sup>. Otras medidas preventivas serían evitar el uso de ropas demasiado ajustadas que puedan aumentar el proceso de maceración, así como la utilización de depilación láser evitando otras más agresivas como la cera.

**Tabla 3: Abordaje farmacológico<sup>3,19,20</sup>**

GRUPO FARMACOLÓGICO	INDICACIONES
<b>Antibióticos Tópicos</b> (Clindamicina tópica)	Lesiones leves como 1º escalón. Lesiones más graves en combinación.
<b>Antibióticos Sistémicos</b> (Tetraciclinas, Rifampicina + Clindamicina orales)	Lesiones más graves como 1º escalón. 2º línea tras fracaso tópico.
<b>Corticoides</b> (Triamcinolona intralesional, Prednisona oral, Dexametasona en pulsos)	Brotos agudos por rápida acción.
<b>Retinoides</b> (Acitretino, Isotetrinoína)	Lesiones pequeñas “tipo foliculitis”.
<b>Tratamiento Hormonal</b> (Anticonceptivos orales, Acetato de Ciproterona)	Mujeres con trastornos hormonales asociados como SOP.
<b>Inmunosupresores</b> (Ciclosporina, Anakinra)	2ª línea en combinación con anteriores
<b>Biológicos inmunosupresores</b> (TNF- $\alpha$ : Adalimumab, Etanercept)	Lesiones moderadas-graves. Si enfermedad autoinmune asociada.
<b>Láser Nd-YAG</b>	2º nivel tras fracaso anterior.

Abordaje quirúrgico: La elección de la técnica es determinada por el tiempo evolutivo y cronicidad de la enfermedad, la localización y extensión de las lesiones, las comorbilidades del paciente y las previas líneas de tratamiento utilizadas<sup>21</sup>.

Entre las diferentes técnicas quirúrgicas utilizadas se encuentran la incisión y drenaje, el “derroffing” o destechamiento, la exéresis localizada y la exéresis amplia, siendo esta última reconocida como único procedimiento curativo para HS avanzadas (Hurley III), con sus técnicas asociadas enfocadas al cierre de la lesión quirúrgica<sup>22,23</sup>:

**Tabla 4:** Tipos de cierre quirúrgico tras realización de exéresis en bloque.

<b>CIERRE DEL DEFECTO</b>	<b>VENTAJAS</b>	<b>DESVENTAJAS</b>
SUTURA PRIMARIA	Sencillo	Sólo si leves rodeados por piel laxa.
POR 2º INTENCIÓN	Cicatrización limpia. Pequeñas dimensiones. No necesidad de colgajo o injerto. Rango de movimiento aceptable.	Tiempo de curación prolongado. Cambio de vendaje doloroso. Necesidad de cuidado meticuloso. Riesgo de contracturas asociadas.
INJERTOS DE PIEL	Útil en defectos extensos. Buenos resultados estéticos. Buenos resultados funcionales.	Tiempo de curación prolongado. Morbilidad de la pieza donante. Diferencias notables de coloración. Riesgo de contracturas asociadas. Marcas de cicatrización extensas.
COLGAJOS	Mejor calidad de cierre. Prevención de contracturas. Prevención de mala cicatrización.	Carácter agresivo e invasivo. Mayor riesgo de complicaciones.

### **PRONÓSTICO, COMPLICACIONES Y SECUELAS POSTQUIRÚRGICAS**

Debido al carácter crónico y recurrente de la enfermedad, la evolución natural cursa con brotes de repetición. No existe cura y el tratamiento es únicamente sintomático. Además, el hecho de someterse a intervenciones quirúrgicas puede generar complicaciones (observadas en el periodo inmediato postquirúrgico o menor a un año) así como secuelas (surgen un año después de la cirugía). De entre las complicaciones destacan: dehiscencia, hemorragia, hematoma, infección, pérdida del injerto o colgajo, entre otras<sup>24</sup>. En cuanto a las secuelas destacan: cicatriz inestética, brida retráctil, sinequia, repercusiones en vida sexual o limitación de la movilidad.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO PRINCIPAL**

Describir las características de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía Plástica del HUCA por hidrosadenitis supurativa durante el periodo de junio 2014 a diciembre de 2021.

### **OBJETIVOS SECUNDARIOS**

- Evaluar sus complicaciones y secuelas postquirúrgicas.
- Observar si existen asociaciones entre las diferentes variables.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Previo al inicio del estudio, se realiza una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos biomédicas (PubMed, Science, Scopus, Cochrane) con los descriptores en inglés: acne inversa, hidradenitis suppurativa, patient, epidemiology, comorbidity, surgery therapy, treatment. risk factors, severity.

### **TIPO DE ESTUDIO**

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de 107 pacientes, sin límite de edad, sometidos a tratamiento quirúrgico en el HUCA.

### **ÁMBITO DE ESTUDIO**

Revisión de historias clínicas de pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico por HS de junio 2014 a septiembre de 2021. En Asturias, el Servicio de Cirugía Plástica del HUCA es el centro de referencia en el abordaje quirúrgico de pacientes con HS, especialmente de aquellos que requieren técnicas especiales de cobertura cutánea.

### **POBLACIÓN DIANA**

Pacientes de la Comunidad Autónoma Asturiana que precisen someterse a tratamiento quirúrgico por hidrosadenitis supurativa.

## **POBLACIÓN ACCESIBLE**

Pacientes derivados al HUCA desde las diferentes áreas sanitarias y que precisan tratamiento quirúrgico de HS.

## **MUESTRA DE ESTUDIO**

Pacientes intervenidos quirúrgicamente por hidrosadenitis supurativa durante el período de junio de 2014 septiembre de 2021. De las 173 altas por este tipo de intervención quirúrgica dadas por el Servicio se excluyen aquellos que no se ajusten a los criterios de inclusión/exclusión, quedando una muestra de 107 pacientes.

## **VARIABLES**

Las variables nombradas a continuación, se explican con detalle en el anexo II.

- Variables sociodemográficas: Sexo; Edad.
- Variables Clínico-Epidemiológicas: Antecedentes familiares; Síndrome Metabólico o FRCV asociados; Otras Comorbilidades asociadas (reumatológicas, psiquiátricas, digestivas...); Hábitos Tóxicos.
- Variables Clínico-Patológicas: Tiempo de evolución de la enfermedad desde su diagnóstico inicial; Número de lesiones localizadas en su evolución; Número de servicios o interconsultas implicados en su abordaje; Tratamientos coadyuvantes
- Variables Quirúrgicas: Régimen de Ingreso; Número de Estancias; Número de Intervenciones Quirúrgicas; Localización de la Lesión; Lateralidad; Técnica empleada; Tiempo quirúrgico; Complicaciones; Secuelas Postquirúrgicas.

## **SELECCIÓN DE PACIENTES**

### **Criterios de exclusión**

Pacientes diagnosticados de HS, no intervenidos quirúrgicamente en el servicio de cirugía Plástica del HUCA entre las fechas a estudio. Se excluyen por tanto los intervenidos por cirugía general, dermatología y urología.



### **Criterios de inclusión**

Pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico por HS que han sido intervenidos en el servicio de Cirugía Plástica del HUCA en las fechas a estudio, bien con ingreso hospitalario o en régimen ambulatorio.

### **TÉCNICA Y MÉTODO DE TRABAJO (ADJUDICACIÓN DE LA MUESTRA)**

En primer lugar, la Unidad de Codificación del HUCA seleccionó los números de historia clínica de todos aquellos pacientes quirúrgicos ingresados por Hidrosadenitis Supurativa en el periodo de estudio. Posteriormente, a través de la aplicación PowerChart® dentro del programa Cerner Millennium 2011 Cerner Corporation®, se realizó una búsqueda a través de estos números de historia con el objetivo de observar los informes de alta y excluir aquellos que no cumplieren los criterios de selección.

En un segundo momento, se completaron los datos de la Historia Clínica, extraídos de informes y notas de seguimiento, de la Receta Electrónica, y de los informes de su médico de Atención Primaria desde la aplicación HUP (Historia Unificada de Primaria). En todo momento, se guardaron los criterios de confidencialidad, no accediendo la alumna a la historia clínica del paciente y limitándose a la copia de los datos suministrados por el investigador principal en la hoja Excel.

### **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se realizó un análisis descriptivo con distribuciones de frecuencias relativas y absolutas para variables cualitativas, y medidas de posición y dispersión para cuantitativas.

Las relaciones entre variables se estudiaron con el test Chi cuadrado de Pearson o con el test de Fisher en función de que se verificase o no la hipótesis sobre frecuencias esperadas. Para las correlaciones o relaciones lineales entre pares de variables

numéricas se calculó el coeficiente y test de correlación de Spearman, una vez constatada la ausencia de normalidad. El nivel de significación empleado fue 0.05.

Se estudian las diferencias de variables cuantitativas entre dos grupos a través del test de Student para muestras independientes, previa comprobación de la hipótesis de normalidad. Cuando los grupos a comparar fueron 3 o más, se emplea el test Anova o el test de Kruskal-Wallis, según se cumplan o no las hipótesis de normalidad y/o homocedasticidad. El análisis estadístico se efectuó mediante el programa R (R Development Core Team), versión 3.6.3.

### **SESGOS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Al tratarse de un estudio puramente descriptivo y retrospectivo, basado en los datos obtenidos a través de los números de historia, es posible que se haya producido algún sesgo de información en el proceso de recogida de datos por posibles pérdidas o registros erróneos.

### **ASPECTOS ÉTICOS**

El estudio se somete a su aprobación por el Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias (se adjunta como “Anexo I” formulario de solicitud)

En todo momento se preservó la confidencialidad de la información de acuerdo con:

- Código de Deontología médica. Guía de Ética Médica.
- Guía de Recomendaciones éticas para las practicas clínicas de la Comisión de Bioética del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

- Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

### **DECLARACIÓN DE TRASPARENCIA Y CONFLICTO DE INTERÉS**

Los autores de este trabajo declaran la originalidad del mismo y no tener ningún tipo de conflicto de interés, no recibiendo ningún tipo de compensación económica.

### **RESULTADOS**

Se realiza una revisión de 107 pacientes afectos de HS con una edad media de  $41,63 \pm 12,10$  y con valores extremos de 18 y 69. Predomina el sexo femenino, con 61 mujeres (57,01%) y 46 hombres (42,99%).

### **ANÁLISIS DESCRIPTIVO (ANÁLISIS UNIVARIANTE)**

Los datos se encuentran recogidos en el Anexo II.

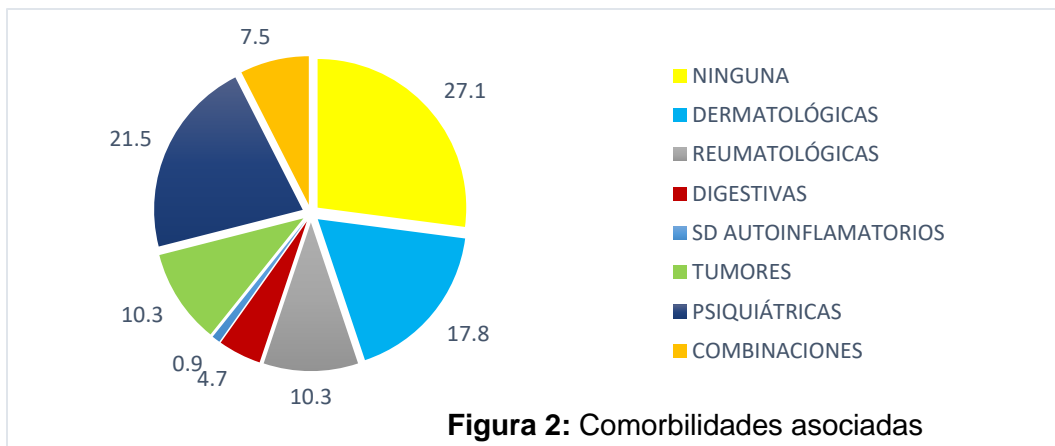
**Régimen de ingreso:** 56 pacientes precisaron hospitalización (52,34%) mientras que 51 (47,66%) han sido intervenidos en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA).

**Estancia media:** Se obtiene una media de  $2,47 \pm 4,78$  días. En 95 pacientes (88,8%) la estancia es inferior a una semana frente a los 12 pacientes que la superan (11,2%).

**Antecedentes familiares:** Ausentes en el 96,26% de la muestra respecto al 3,74% de pacientes con familiares afectos.

**Síndrome Metabólico:** En los datos analizados, destaca la presencia de obesidad y dislipemia (39,3%), seguido de combinaciones de varios factores (31,78%), presencia de Diabetes Mellitus tipos 1 y 2 (3,74%), Hipertensión Arterial asociada (2,8%) y síndrome de Ovario Poliquístico (0,93%). A destacar la ausencia de éstos en el 21,5%. Estos datos se encuentran presentados de forma visual en el Anexo III-

**Otras comorbilidades:** Destaca la ausencia de comorbilidades en el 27,1%, seguido de patologías psiquiátricas acompañantes en un 21,5%, de afectaciones dermatológicas en el 17,76%, reumatológicas y tumores con 10,28% cada una, combinaciones de las mencionadas en el 7,48%, afecciones digestivas en un 4,67% y síndromes autoinflamatorios con el 0,93% en último lugar.



**Hábitos tóxicos:** Los resultados obtenidos muestran un mayor número de pacientes con hábito tabáquico (47,66%), seguido la combinación de tabaco y alcohol (34,58%), y en último término, consumo de alcohol aislado (0,93%). Un 16,82% no los presenta.

**Tiempo de evolución de la enfermedad desde su diagnóstico:** Los datos analizados reflejan una media de  $9,88 \pm 4,90$  años. Presentando a su vez, una mediana de 9 años con valores extremos de 2 y 25 años

**Número de lesiones a lo largo de la evolución desde su diagnóstico:** Tras el análisis se obtiene una media de  $4,43 \pm 3,07$  lesiones, una mediana de 4, con valores extremos de 1 y 13 lesiones totales encontradas

**Número de servicios implicados en el seguimiento:** El análisis de los datos muestra que la mayoría de los pacientes son seguidos por dos servicios (incluyendo siempre Atención Primaria como primera interconsulta) (38,32%), seguido del abordaje por 3 servicios (30,38%), de atención primaria únicamente (14,02%), del seguimiento por 4 servicios (13,08%) y en último lugar con 5 servicios implicados (3,74%).

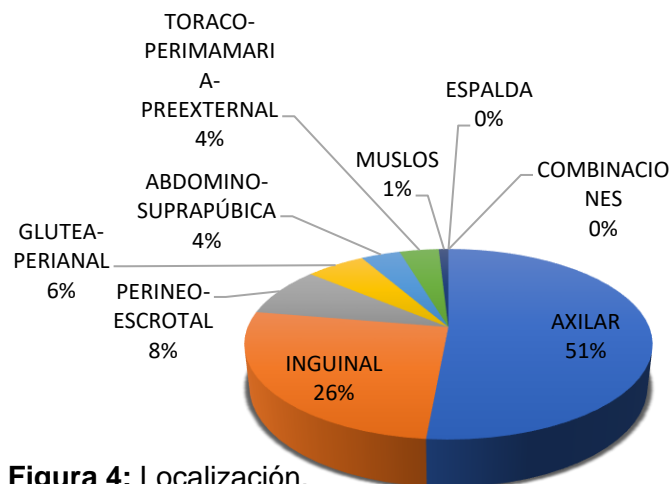
**Tratamientos coadyuvantes:** Destaca la utilización de corticoides como único tratamiento (53,27%), seguido de la combinación de 3 tratamientos distintos (26,17%), la utilización de 4 tratamiento asociados (18,69%) y, por último, la combinación de 5 de ellos (1,87%). No se encuentran datos de la utilización de anticuerpos monoclonales, retinoides o tratamientos hormonales de manera aislada. Tampoco se han encontrado datos de la utilización del primer nivel del tratamiento constituido por AINES y antibióticos (incluido dentro de todos los demás mencionados) de manera aislada. Los datos quedan reflejados en el Anexo III.

**Número de intervenciones quirúrgicas:** Se obtiene una media de  $2,80 \pm 2,48$  cirugías, mediana de 2 y valores extremos de 1-12 intervenciones totales.

**Localización de la lesión quirúrgica actual:** Los datos presentan afectación preferente de la zona axilar (51,4%), seguida de la inguinal (27,17%), perineo – escrotal (8,41%), glútea – perianal (5,61%), zona abdomino – suprapúbica y el área tóraco – perimamaria – preexternal (3,74% en ambos), y en último lugar los muslos (0,9%).

## Perfil del Paciente Quirúrgico con Hidradenitis Suppurativa

En cuanto a su relación con el sexo, se observa que la zona más afectada es la axilar seguida de la inguinal en ambos casos, predominando en tercer lugar en el sexo femenino la zona perimamaria, frente a la zona perineo-escrotal en varones.



**Figura 4:** Localización.

**Lateralidad:** Se observa una mayor frecuencia de lesiones bilaterales (38,32%), seguida muy de cerca por la afectación izquierda (36,45%) y derecha (25,23%).

**Técnica quirúrgica:** Predomina de forma mayoritaria la exéresis en bloque y cierre directo (86,92%), seguido de exéresis en bloque y colgajo (8,41%), menos utilizado la exéresis en bloque e injerto (2,8%) y en último lugar, la utilización de exéresis con cierre por segunda intención o cicatrización dirigida (1,87%).

**Tiempo quirúrgico:** Las cirugías aplicadas tuvieron una duración media de  $46,27 \pm 36,14$  minutos por intervención, con una mediana de 34 minutos y valores extremos de 12 y 193 minutos. De las diferentes técnicas quirúrgicas, la de mayor duración es la exéresis con injerto (106,33 minutos) y la utilización de colgajo (58,27 minutos) frente al cierre por segunda intención y cierre directo con medias de 48,08 y 41,67 minutos respectivamente.

**Complicaciones postquirúrgicas:** Destaca dehiscencia de la herida quirúrgica asociada a infección (29,91%), dehiscencia con pérdida cutánea (16,82%), infección

aislada (14,02%) y la combinación de varias complicaciones postquirúrgicas (12,15%), situándose en último lugar la asociación de dehiscencia y hemorragia (2,8%). Un 24,3% de los pacientes no tuvieron ninguna complicación postquirúrgica asociada. Se observa una distribución más homogénea de las complicaciones en el sexo femenino, coincidiendo ambos en las dos más frecuentes.

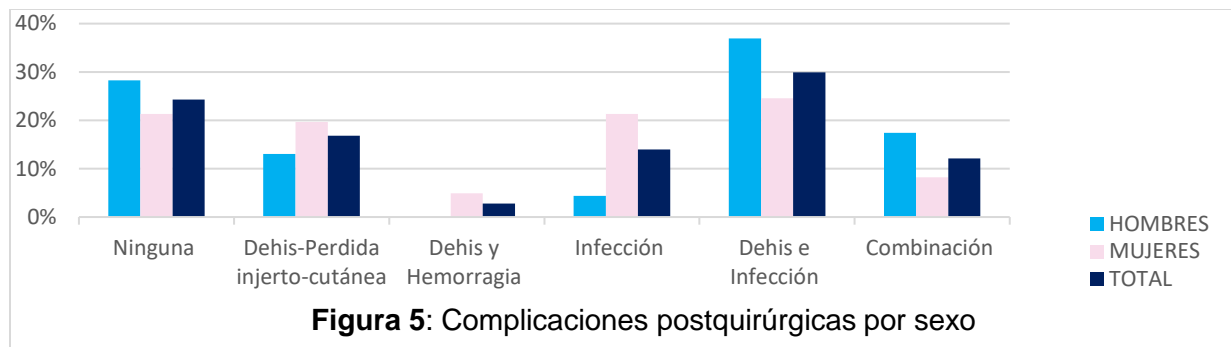


Figura 5: Complicaciones postquirúrgicas por sexo

**Secuelas postquirúrgicas:** El 49,5% (53 pacientes) no ha presentado secuelas. El 34,6% (37 pacientes) presenta cicatriz inestética, seguido de la asociación de cicatriz inestética y sinequia (6,54%), de la asociación de cicatriz inestética y brida retráctil (5,61%). Y en quinto lugar la brida retráctil de forma aislada (1,87%), situándose con el mismo porcentaje las repercusiones en la vida sexual. Estos datos quedan reflejados en el Anexo III.

### RELACIONES ENTRE VARIABLES (ANÁLISIS BIVARIANTE)

Los datos se encuentran recogidos en el Anexo II.

Al comparar la variable “**sexo**” con “localización de la lesión”, se obtiene que existe asociación estadísticamente significativa ( $p\text{-valor}=0,025$ ), predominando lesión axilar en ambos sexos, seguida de inguinal. En tercer lugar, hay discrepancia entre sexos, presentando el masculino mayor número de lesiones a nivel escroto – perineal, estando ausente en el femenino, presentando este último mayor localización toraco-

perimamaria. También se encuentra asociación significativa al comparar dicha variable con “complicaciones postquirúrgicas” ( $p$ -valor=0,03). Se observa una distribución más homogénea en el sexo femenino. Por otra parte, ambos coinciden en que la más frecuente ha sido la asociación de dehiscencia e infección, seguida de la ausencia de complicaciones a estudio, junto a infección aislada en el sexo femenino. En tercer lugar, existe una discrepancia, presentando el masculino mayor número de combinaciones de varias complicaciones, frente a mayor número de dehiscencias con pérdida de injerto / cutánea en el femenino.

En la búsqueda de asociaciones entre las variables “**complicaciones postquirúrgicas**” y “comorbilidades”, no se encuentra asociación ( $p$ -valor>0,5) al estudiarla de manera “agrupada” (en referencia a si genera o no complicaciones). Sin embargo, es posible establecer asociación ( $p$ -valor=0,016) si la variable “complicaciones postquirúrgicas” no se encuentra agrupada (esto es, presentando cada tipo de complicación a estudio). Los resultados muestran mayor asociación entre las comorbilidades de tipo digestivo y la combinación de dehiscencia y hemorragia. De la misma forma, al comparar dicha variable con “hábitos tóxicos”, se objetiva asociación significativa, destacando un mayor número de casos con combinaciones asociadas, tanto de complicaciones como de hábitos tóxicos. Es decir, según los resultados, a mayor cantidad de hábitos tóxicos, mayor número de complicaciones postquirúrgicas.

Respecto al establecimiento de posibles asociaciones entre la variable “**técnica quirúrgica**” y “secuelas postquirúrgicas” se obtiene que sí existe asociación significativa, observada de manera importante entre brida retráctil y exéresis en bloque y cierre por 2<sup>a</sup> intención, así como exéresis en bloque y colgajo ( $p$ -valor=0,003).



También es posible encontrar asociación respecto a “número de estancias / semana”, más representativa entre pacientes intervenidos con la técnica de exéresis en bloque e injerto y una estancia intrahospitalaria mayor a una semana ( $p\text{-valor}<0,001$ ).

Con el objetivo de establecer relación entre las variables **“tiempo de evolución”** y “número de intervenciones quirúrgicas” se obtiene asociación estadísticamente significativa ( $p\text{-valor}=0,002$ ). Es decir, según la muestra analizada, a mayor tiempo de evolución de la enfermedad, mayor número de intervenciones quirúrgicas llevadas a cabo. De la misma forma, al compararla con “complicaciones postquirúrgicas agrupada” se obtienen diferencias significativas ( $p\text{-valor}<0,01$ ). Lo cual traduce que un mayor número de años transcurridos con HS asocia más complicaciones postquirúrgicas.

Se decide buscar posibles relaciones entre **“complicaciones quirúrgicas (agrupada)”** y “número de intervenciones quirúrgicas”, encontrando asociación significativa (con  $p\text{-valor}<0,01$ ), mostrando que a mayor número de intervenciones quirúrgicas, mayor número de complicaciones postquirúrgicas.

Por último, con el fin de establecer posibles asociaciones entre la variable **“técnica quirúrgica (agrupada)”** y “tiempo quirúrgico” se obtienen relaciones significativas (con  $p\text{-valor}=0,035$ ), mostrando mayor tiempo quirúrgico en técnicas quirúrgicas con utilización de colgajo e injerto que las llevadas a cabo por cierre directo y cierre por segunda intención.

### **ESTUDIO MULTIVARIABLE (MODELO LOGIT)**

Se construyen modelos de regresión logística binaria para predecir la aparición de complicaciones post quirúrgicas. Como se observa en el Anexo II, primero se construyen modelos bivariantes, uno para cada posible variable asociada, y

posteriormente se construye un modelo multivariante incluyendo las variables anteriores de forma simultánea.

A raíz de los odds ratio y significaciones obtenidos, podríamos concluir que el número de intervenciones influye sobre las complicaciones: a mayor número, mayor probabilidad de complicaciones (OR=7,22,  $p<0,001$ ), mientras que si la lesión es inguinal en lugar de axilar, se aprecia una menor probabilidad de que aparezcan complicaciones (OR=0,20,  $p=0,042$ ).

Para el resto de las variables consideradas no se aprecia relación significativa con las complicaciones. Todos estos datos quedan reflejados en el Anexo II.

## **DISCUSIÓN**

Se realiza una revisión de 107 historias clínicas de pacientes intervenidos quirúrgicamente por HS en el servicio de Cirugía Plástica del HUCA durante el periodo 2014-2021.

De los 107 pacientes, el 57,01% eran mujeres frente a un 42,99% de hombres con una media de edad de 42 años. Estos datos concuerdan con los publicados en la literatura actual, como lo observado en el estudio transversal basado en población australiana de Miriam Calao<sup>25</sup>, donde dos tercios son mujeres y la media de edad se encuentra en  $39\pm 14$  años.

La ausencia de **antecedentes familiares** en los resultados obtenidos en la muestra discrepa respecto a la literatura actual, donde su presencia destaca hasta en un tercio de los pacientes, según el metaanálisis de Huidi Tchero<sup>2</sup> o en los estudios en población de origen chino<sup>26</sup> y anglosajón<sup>27</sup>.

En cuanto a los **factores de riesgo cardiovascular y síndrome metabólico**, en los resultados obtenidos predomina la obesidad. Datos que apoyan la información contrastada en la literatura, como estudios realizados en población estadounidense<sup>17</sup>, australiana<sup>25</sup>, danesa<sup>28</sup>, taiwanesa<sup>29</sup>, sueca<sup>30</sup> e israelí<sup>31</sup>. Todos ellos destacan la importante relación entre **valores elevados de IMC, obesidad y dislipemia** con la intensidad de la HS<sup>14</sup>.

A pesar de lo encontrado en la literatura, en nuestros datos la incidencia de **Diabetes Mellitus** es relativamente baja. Hecho que contrasta con lo reflejado en el estudio transversal de Amit Garg<sup>32</sup>. Lo mismo ocurre con el **Síndrome de Ovario Poliquístico**, presentando baja frecuencia en la muestra analizada en contraposición a los datos de la literatura publicada, como el estudio de casos y controles de Kevin Phan<sup>33</sup>, manifestando la posibilidad de beneficiarse de terapia anti androgénica en aquellos pacientes con HS que presenten SOP asociado.

Otras patologías y **comorbilidades** asociadas según estudios publicados (artropatías seronegativas, EII, comorbilidad psiquiátrica, etc)<sup>14</sup>, no muestran una representatividad importante en la muestra analizada, estando predominantemente ausentes.

Si nos centramos en las **comorbilidades psiquiátricas**, nuestros resultados no coinciden con los estudios realizados en población australiana<sup>25</sup>, canadiense<sup>34</sup> y americana<sup>35</sup>. Estos, objetivan una representación mucho mayor de la depresión y ansiedad como comorbilidades psiquiátricas más comunes.

Lo mismo ocurre con las **comorbilidades digestivas**, y concretamente con la incidencia de la Enfermedad de Crohn, objetivando resultados bastante pobres en la

muestra analizada en contraposición con datos publicados en la literatura, como el estudio transversal presentado por Amit Garg<sup>36</sup>, el cual destaca una importante relación entre los mismos, y la necesidad de una rápida derivación al servicio especializado en gastroenterología ante la presencia de síntomas gastrointestinales.

Una asociación directa importante a destacar es la establecida con la tasa de complicaciones postquirúrgicas, coincidente con lo observado en estudios actuales como el de Qing Zhao Ruan<sup>24</sup>, destacando las posibles comorbilidades del paciente como importantes factores de riesgo para futuras complicaciones postquirúrgicas.

La presencia de **hábitos tóxicos** destaca de manera fundamental, presentando el tabaco una clara relación con la patología<sup>16</sup> y con el aumento de la tasa de complicaciones postquirúrgicas. Resultados que concuerdan con la literatura consultada, como el estudio presentado por Zrinka Bukvić Mokos<sup>37</sup>, Sartorius<sup>30</sup> o el de König<sup>38</sup>, relacionando el hábito tabáquico con mayor severidad, mayor número de lesiones asociadas y menor respuesta al tratamiento.

En cuanto al **tiempo de evolución de la enfermedad**, en los datos aportados por la muestra se obtiene una media de 9,88 años muy parecida a lo observado a en la literatura publicada como el estudio transversal realizado en población australiana<sup>25</sup>, presentando una media de 10 años de evolución. Existe una relación directa con el número de intervenciones quirúrgicas y complicaciones asociadas, lo que sugiere que a mayor número de años con HS, mayor número de intervenciones quirúrgicas a las que será sometido el paciente y mayor tasa de complicaciones postquirúrgicas presentará.

Respecto a los **servicios implicados o interconsulta**: los resultados obtenidos se ajustan en la necesidad de seguimiento por más de un servicio, presentando una media de dos o tres a lo largo de su evolución. Datos muy similares a la bibliografía ya publicada, como la observada en el estudio retrospectivo llevado a cabo por Assia Timila Touhouche<sup>39</sup>.

Respecto a los **tratamientos coadyuvantes** utilizados, la literatura muestra mayor protagonismo al uso de antibióticos por delante de los retinoides, hormonales y anticuerpos monoclonales, como lo observado en el estudio transversal en población australiana<sup>25</sup>. Datos muy similares a los obtenidos en la muestra analizada, añadiendo además la utilización de corticoides, como ocurre en el estudio en población española<sup>16</sup>.

Respecto a la **localización** de la lesión, nuestro estudio muestra un predominio de la zona axilar seguida de la inguinal. Resultados que concuerdan con la literatura consultada, como el estudio descriptivo transversal de P Garbayo-Salmons<sup>16</sup> o el llevado a cabo en población australiana<sup>25</sup>. Al compararlas en función del sexo, se obtiene una asociación significativa coincidente en ambos sexos con las localizaciones descritas, asociando además la zona perimamaria en el sexo femenino, seguida de la perineo-escrotal en el masculino.

La media de **intervenciones quirúrgicas** es de 2,8 con mediana de 2, asociándose de manera directa con el tiempo de evolución de la enfermedad, así como con las complicaciones postquirúrgicas.

En cuanto a la **técnica quirúrgica** utilizada mayoritaria, se encuentra la exéresis en bloque con cierre directo. En la literatura se observan datos parecidos en estudios como el de John J Kohorst<sup>40</sup>, en contraposición a la utilización predominante de exéresis y colgajo objetivada en otros.

Respecto al **tiempo quirúrgico** empleado, se obtiene una media de 46,27 minutos con una asociación directa con la técnica quirúrgica utilizada, mostrando mayor duración con las técnicas de exéresis en bloque con colgajo e injerto frente a la utilización de cierre directo o por segunda intención, datos similares a la literatura consultada como lo observado en dos estudios realizados en población americana<sup>24,41</sup>.

En cuanto a las **complicaciones postquirúrgicas**, se objetiva un predominio de dehiscencia asociada a infección seguida de la ausencia de éstas, datos similares a la literatura comparada en estudios en población española<sup>16</sup> y americana<sup>41</sup>. Destaca una asociación con el sexo, presentando mayor homogeneidad en su distribución el femenino, objetivando en ambos sexos una mayor tasa de dehiscencia asociada a infección. A pesar de no haber encontrado asociación significativa en nuestro estudio respecto al tipo de técnica utilizada, en la literatura destaca la utilización de injertos y colgajos con mayores tasas de complicaciones como lo observado en el estudio de Qing Zhao Ruan<sup>24</sup>.

En lo referente a las **secuelas postquirúrgicas**, encontramos resultados satisfactorios a largo plazo tras la intervención, predominando la ausencia de las mismas seguida de cicatriz inestética, resultados muy similares a la literatura consultada, destacando un incremento en la calidad de vida de los pacientes intervenidos mediante escalas y cuestionarios validados<sup>40,41</sup>. Destacar la baja frecuencia observada en las

repercusiones en la vida sexual causadas por la enfermedad visualizada en nuestra muestra que, no se corresponde con los datos contrastados en otras fuentes bibliográficas publicadas<sup>14</sup>.

Como puntos fuertes destacan: la rigurosidad en la recogida de los datos a analizar en la muestra, así como el amplio abanico de variables contempladas en búsqueda de asociaciones relevantes que permitan una visión general de la gravedad que supone la patología, todo ello apoyado en una extensa documentación consultada previamente.

Como puntos débiles del estudio destaca el tamaño muestral limitado, lo que ha implicado que en ocasiones no haya sido suficientemente representativa la muestra utilizada, dificultando la demostración de asociaciones entre variables a estudio. Otra debilidad se encuentra en la dificultad de obtención de algunos de los datos necesarios para el estudio en la fuente consultada a través de la historia clínica del paciente.

En los últimos años, la investigación acerca de su patogenia y posibles nuevas líneas de tratamiento, tanto de tipo farmacológico como quirúrgico, se está incrementando, con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes. La información obtenida puede servir como estudio preliminar para ser utilizado en futuras investigaciones como apertura a posibles líneas de investigación y abordaje terapéutico multidisciplinar médico-quirúrgico.

## **CONCLUSIONES**

1. El perfil clínico del paciente intervenido quirúrgicamente por HS se corresponde con una mujer de 41 años, sin antecedentes familiares, con hábito tabáquico y síndrome metabólico asociado, presentando en menor medida enfermedad inflamatoria intestinal, artropatía seronegativa y patología psiquiátrica asociadas.
2. Se presenta con una media de 10 años transcurridos desde su diagnóstico, la necesidad de asistencia por dos o más servicios, tratamiento coadyuvante con antibióticos, AINES y corticoides y habiendo sido sometido a una media de 3 intervenciones quirúrgicas a lo largo de la evolución. Todo ello pone de relieve la complejidad de la patología y la necesidad de un abordaje multidisciplinar.
3. La intervención quirúrgica más habitual es la exéresis en bloque con cierre directo sobre una lesión de localización axilar o inguinal, presentando dehiscencia e infección asociadas como complicaciones, no apareciendo secuelas o en último extremo, cicatriz inestética.
4. Las complicaciones postquirúrgicas se asocian significativamente a la presencia de hábitos tóxicos, comorbilidades, años transcurridos desde el diagnóstico y número de cirugías llevadas a cabo en el paciente.



## **BIBLIOGRAFIA**

1. Calleja Hernández M, Cantarero Prieto D, Carrasco Rodríguez J, Carreras Viñas M, Ceñal González-Fierro M, Díaz Díaz R, et al. Proyecto HerculeS: Iniciativa Estratégica de Salud para la Definición del Estándar Óptimo de Cuidados para los Pacientes con Hidradenitis Suppurativa. Madrid: Draft Editores, S.L; 2017.
2. Tchero H, Herlin C, Bekara F, Fluieraru S, Teot L. Hidradenitis Suppurativa: A Systematic Review and Meta-analysis of Therapeutic Interventions. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2019 May-Jun;85(3):248-257.
3. Cuenca Barrales C, Molina Leyva A, Arias Santiago S. Guía para pacientes con hidradenitis suppurativa. AEDV. 2020.
4. ASENDHI: Asociación de Enfermos de Hidrosadenitis [sede web]. Madrid: ASENDHI; 2018 [actualizada año 2022]. Disponible en: <https://asendhi.org/>
5. Barómetro de la hidradenitis suppurativa. Encuesta sobre la problemática de los pacientes con Hidradenitis Suppurativa en España. ASENDHI. 2015.
6. 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;3:197–201.
7. Napolitano M, Megna M, Timoshchuk EA, Patruno C, Balato N, Fabbrocini G, Monfrecola G. Hidradenitis suppurativa: from pathogenesis to diagnosis and treatment. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2017 Apr 19;10:105-115.
8. Scala E, Cacciapuoti S, Garzorz-Stark N, Megna M, Marasca C, Seiringer P, et al. Hidradenitis Suppurativa: Where We Are and Where We Are Going. Cells. 2021 Aug 15;10(8):2094.

9. Zouboulis C, Desai N, Emtestam L, Hunger R, Loannides D, Juhász I, et al. (2015), European S1 guideline for the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015, 26: 619-644.
10. Cartron A, Driscoll MS. Comorbidities of hidradenitis suppurativa: A review of the literature. *Int J Womens Dermatol*. 2019 Jul 2;5(5):330-334.
11. Patel K, Liu L, Ahn B, Silfvast-Kaiser AS, Paek SY. Hidradenitis suppurativa for the nondermatology clinician. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2020 Jul 27;33(4):586-591.
12. Lee EY, Alhusayen R, Lansang P, Shear N, Yeung J. What is hidradenitis suppurativa? *Can Fam Physician*. 2017 Feb;63(2):114-120.
13. Willems D, Hiligsmann M, van der Zee HH, Sayed CJ, Evers SMAA. Identifying Unmet Care Needs and Important Treatment Attributes in the Management of Hidradenitis Suppurativa: A Qualitative Interview Study. *Patient*. 2021 Aug 9;1-12.
14. Montero-Vilchez T, Diaz-Calvillo P, Rodriguez-Pozo JA, Cuenca-Barrales C, Martinez-Lopez A, Arias-Santiago S, et al. The Burden of Hidradenitis Suppurativa Signs and Symptoms in Quality of Life: Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jun 22;18(13):6709.
15. Țarcă E, Cojocar E, Caba B, Luca AC, Roșu ST, Țarcă V, et al. Multidisciplinary Management of Adolescents with Hidradenitis Suppurativa - Series of Cases and Literature Review. *J Multidiscip Healthc*. 2021 Aug 16;14:2205-2216.
16. Garbayo-Salmons P, Romani J, Ferrer de la Fuente C, Pallisera Lloveras A, López-LLunell C, Prat Escayola J. Hidradenitis Suppurative: Our Experience with

- a Surgical Case Management Team. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*. 2020 Jun;111(5):408-412.
17. Gulliver W, Zouboulis C, Prens E, Jemec GB, Tzellos T. Evidence-based approach to the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa, based on the European guidelines for hidradenitis suppurativa. *Rev Endocrine Metabolic Disorders*. 2016 Sep;17(3):343-351.
18. Scuderi N, Monfrecola A, Dessy LA, Fabbrocini G, Megna M, Monfrecola G. Medical and Surgical Treatment of Hidradenitis Suppurativa: A Review. *Skin Appendage Disord*. 2017 May;3(2):95-110.
19. Katzman JH, Tahmasbi M, Ghayouri M, Nanjappa S, Li MC, Greene J. Management of Severe Hidradenitis Suppurativa. *Cureus*. 2021 Feb 22;13(2):e13483..
20. Pedraz J, Daudén E. Manejo práctico de la hidrosadenitis suppurativa. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2008;99(2):101-110.
21. Alonso-García S, Sáez-Zafra A, De-Reyes-Lartategui S, Jiménez-Ríos J. Surgical treatment of Verneuil disease or severe hidradenitis. *Actual Med*. 2014;99(791):37-39.
22. Manfredini M, Garbarino F, Bigi L, Pellacani G, Magnoni C. Hidradenitis Suppurativa: Surgical and Postsurgical Management. *Skin Appendage Disord*. 2020 Jul;6(4):195-201.
23. Chawla S, Toale C, Morris M, Tobin AM, Kavanagh D. Surgical Management of Hidradenitis Suppurativa: A Narrative Review. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2022 Jan;15(1):35-41.

24. Ruan QZ, Chen AD, Singhal D, Lee BT, Fukudome EY. Surgical management of hidradenitis suppurativa: procedural trends and risk factors. *J Surg Res.* 2018 Sep;229:200-207.
25. Calao M, Wilson JL, Spelman L, Billot L, Rubel D, Watts AD, et al. Suppurativa (HS) prevalence, demographics and management pathways in Australia: A population based cross-sectional study. *PLoS ONE*; 2018. 13(7): e0200683.
26. Ingram JR. The Genetics of Hidradenitis Suppurativa. *Dermatol Clin.* 2016 Jan;34(1):23-8.
27. Fitzsimmons JS, Fitzsimmons EM, Gilbert G. Familial hidradenitis suppurativa: evidence in favour of single gene transmission. *J Med Genet.* 1984 Aug;21(4):281-5.
28. Miller IM, Ellervik C, Vinding GR, Zarchi K, Ibler KS, Knudsen KM, Jemec GB. Association of metabolic syndrome and hidradenitis suppurativa. *JAMA Dermatol.* 2014 Dec;150(12):1273-80.
29. Hung CT, Chiang CP, Chung CH, Tsao CH, Chien WC, Wang WM. Increased risk of cardiovascular comorbidities in hidradenitis suppurativa: A nationwide, population-based, cohort study in Taiwan. *J Dermatol.* 2019 Oct;46(10):867-873.
30. Sartorius K, Emtestam L, Jemec G, Lapins J. Objective scoring of hidradenitis suppurativa reflecting the role of tobacco smoking and obesity. *Br J Dermatology.* 2009 Oct;161(4):831-9.
31. Shalom G, Freud T, Harman-Boehm I, Polishchuk I, Cohen AD. Hidradenitis suppurativa and metabolic syndrome: a comparative cross-sectional study of 3207 patients. *Br J Dermatol.* 2015 Aug;173(2):464-70.

32. Garg A, Birabaharan M, Strunk A. Prevalence of type 2 diabetes mellitus among patients with hidradenitis suppurativa in the United States. *J Am Acad Dermatol.* 2018 Jul;79(1):71-76.
33. Phan K, Charlton O, Smith SD. Hidradenitis suppurativa and polycystic ovarian syndrome: Systematic review and meta-analysis. *Australas J Dermatol.* 2020 Feb;61(1):e28-e33.
34. Machado MO, Stergiopoulos V, Maes M, Kurdyak PA, Lin PY, Wang LJ, et al. Depression and Anxiety in Adults With Hidradenitis Suppurativa: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Dermatol.* 2019 Aug 1;155(8):939-945.
35. Patel KR, Lee HH, Rastogi S, Vakharia PP, Hua T, Chhiba K, et al. Association between hidradenitis suppurativa, depression, anxiety, and suicidality: A systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol.* 2020 Sep;83(3):737-744.
36. Garg A, Hundal J, Strunk A. Overall and Subgroup Prevalence of Crohn Disease Among Patients with Hidradenitis Suppurativa: A Population-Based Analysis in the United States. *JAMA Dermatol.* 2018 Jul 1;154(7):814-818.
37. Bukvić Mokos Z, Miše J, Balić A, Marinović B. Understanding the Relationship Between Smoking and Hidradenitis Suppurativa. *Acta Dermatovenerol Croat.* 2020 Jul;28(1):9-13.
38. König A, Lehmann C, Rompel R, Happle R: Cigarette Smoking as a Triggering Factor of Hidradenitis suppurativa. *Dermatology* 1999;198:261-264.



39. Timila Touhouche A, Chaput B, Marie Rouquet R, Montastier E, Caron P, Gall Y, et al. Integrated multidisciplinary approach to hidradenitis suppurativa in clinical practice, *Int J Womens Dermatol*. 2020 Feb 22;6(3):164-168.
40. Kohorst JJ, Baum CL, Otley CC, Roenigk RK, Pemberton JH, Dozois EJ, et al. Patient Satisfaction and Quality of Life Following Surgery for Hidradenitis Suppurativa. *Dermatol Surg*. 2017 Jan;43(1):125-133.
41. Wu Y, Ngaage LM, Ge S, Rada EM, Silverman RP, Rasko YM. Reconstruction for axillary hidradenitis suppurativa using one-stage local tissue rearrangement: A retrospective analysis of 53 cases. *Int Wound J*. 2020;17(3):701-707.

## ANEXOS

### **Anexo I: Solicitud al Comité de Ética de Investigación con Medicamentos del Principado de Asturias.**



**Dr. Pablo Isidro Marrón Secretario Técnico del Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias ( CEImPA).**

Don Ángel Pérez Arias, Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Oviedo, Facultativo Especialista de Área del Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora del HUCA, Profesor Asociado de Ciencias de la Salud de la Facultad de Medicina (Departamento de Cirugía y Especialidades), como tutor del Trabajo Fin de Grado titulado:

**“ Perfil del paciente quirúrgico con hidradenitis supurativa ”.**

El trabajo será realizado por la alumna:

- María Fierro Alonso.

Solicitan su aprobación en base a las siguientes circunstancias:

1. Se trata de un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo que evalúa el perfil de los pacientes intervenidos quirúrgicamente por el Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora del HUCA.
2. El estudio, se realiza de acuerdo a las normativas éticas y legales aplicables tanto local, nacional e internacionalmente aceptadas.
3. Dada la naturaleza del estudio, no es necesaria una cobertura de seguro adicional a la requerida para la práctica clínica habitual.
4. El estudio no tiene promotor privado, ni cuenta con financiación externa no existiendo por lo tanto conflicto de interés.

5. La participación por el personal investigador es voluntaria, no obligada por intereses especiales, motivada por una contribución colaborativa espontánea para adquirir datos de interés común para la sociedad.
6. El estudio es una recopilación de datos, no interfiriendo con las actividades diarias del Centro en términos de su gestión clínica y terapéutica de los pacientes.
7. Se trata de un trabajo fin de grado realizado por una alumna de sexto curso de la Facultad de Medicina de Oviedo.
8. El estudio no conlleva gastos para la Institución y, tampoco remuneración para los investigadores.
9. Dada la naturaleza del estudio, siendo necesario también consultar determinados datos de la historia clínica de los pacientes, solicitamos la exención de la necesidad de disponer del consentimiento para su consulta en base a:

- Artículo 6 y 16.3 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

*“El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, se rige por lo dispuesto en la legislación vigente en materia de protección de datos personales, y en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y demás normas de aplicación en cada caso. El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que, como regla general, quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos”.*

- Decreto 51/2019, de 21 de junio, por el que se regulan la historia clínica y otra documentación clínica. Capítulo III. Usos, accesos y cesión de datos de la historia clínica. Artículo 13- 16. BOPA nº 130 de 8 del VII de 2019.
- Artículo 19.2. Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica.

*“La historia clínica se redacta y conserva para la asistencia del paciente. Es conforme a la Deontología Médica el uso del contenido de la historia clínica para su análisis científico, estadístico y con fines docentes y de investigación, siempre que se respete rigurosamente la confidencialidad de los pacientes y las restantes disposiciones de este Código que le puedan afectar”.*

La alumna al no disponer de autorización de acceso a las historias clínicas, se compromete a guardar la confidencialidad de los datos en ellas contenidos:

- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Artículo 5. BOE nº 294 de 6 de diciembre de 2018
- “Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de



Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud”.

- No obstante aclarar que, el acceso a las historias clínicas las realiza el investigador principal con su clave, limitándose la alumna a transcribir los datos que se le van dictando. Los pacientes a incluir en el estudio han sido intervenidos quirúrgicamente por el Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora del HUCA y, son seguidos de manera habitual en consultas externas. Durante el acceso a las historias clínica de cada uno de ellos, no resulta posible separar los datos clínicos de los personales, por ello la recogida de datos se realiza de forma conjunta tutor/alumna. En cualquier caso, se adjuntan los siguientes documentos:

Por todo lo anteriormente expuesto, se solicita del Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias, la correspondiente autorización quedando a su disposición para aclarar cuantos asuntos consideren oportunos.

Lo que se comunica a los efectos oportunos.

En espera de sus noticias, reciba un cordial saludo.

Oviedo a 11 de abril de 2022

Fdo: Ángel Pérez Arias

**Anexo II:** Variables analizadas en la muestra, datos obtenidos para variables cuantitativas, cualitativas y asociaciones mediante análisis bivariante y multivariante.

<b>Sociodemográficas</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>
Sexo	Cualitativa dicotómica. Referida al sexo fenotípico. Recogida en las categorías: hombre / mujer.
Edad	Cuantitativa discreta. Medida en años completos.
<b>Clínico-epidemiológicas</b>	
Antecedentes Familiares	Cualitativa dicotómica (sí o no). Se recoge si en la familia del paciente a estudio existen casos de HS.
Síndrome Metabólico Asociado	Cualitativa politómica. Se recogen en distintas categorías las patologías que lo engloban: obesidad y dislipemia, hipertensión arterial, diabetes mellitus 1 o 2, Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP), combinaciones o ninguna.
Otras Comorbilidades	Cualitativa politómica. Se recogen en distintas categorías patologías de carácter dermatológico (psoriasis, acné y dermatitis seborreica), reumatológico referidas a artritis seronegativas (espondilitis anquilopoyética (EA), psoriásica y asociada a enfermedad inflamatoria intestinal), digestivas en referencia a enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa), de carácter autoinflamatorio y autoinmune (PASH / PAPASH / PsAPASH, PASS, SAPHO), psiquiátricas (ansiedad y depresión), combinaciones o ninguna de las mencionadas.
Hábitos Tóxicos	Cualitativa nominal politómica. Se recogen en 5 posibles categorías que incluyen: ningún hábito tóxico, consumo de tabaco (independientemente de cantidad de paquetes / año acumulados), consumo de alcohol (independientemente de UBE consumidos), consumo de otros tóxicos (drogas de abuso) o combinaciones.
<b>Clínico-patológicas</b>	
Tiempo de Evolución	Cuantitativa discreta. Medida en años completos desde el debut diagnóstico según la historia clínica del paciente.
Nº Lesiones	Cuantitativa discreta. Medida del número exacto de lesiones en función de las localizaciones en las que han ido apareciendo a lo largo de la evolución de la enfermedad.

Nº servicios / interconsultas	<p>Cuantitativa discreta. Medida del número exacto de las especialidades involucradas en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente. Los posibles servicios de interconsulta implicados derivados desde atención primaria (AP) incluyen: dermatología, urgencias, salud mental y/o medicina interna.</p> <p>*Atención primaria se encuentra incluido en todas las posibles opciones de interconsulta al tratarse del primer servicio de atención sanitaria (independientemente de la patología).</p>
Tratamientos coadyuvantes	<p>Cualitativa nominal politómica. Se recogen 7 posibles categorías que incluyen las líneas terapéuticas a estudio. El tratamiento con antiinflamatorios (AINES) junto a antibióticos se incluye como 1º nivel en todas las opciones por ser básico en el abordaje sintomático de 1ª línea de la HS. Las categorías incluyen: el mencionado de forma aislada, el mismo (en un segundo nivel) asociado a: corticoides, tratamiento biológico (anticuerpos monoclonales), retinoides (acitretina, isotretionina) o tratamiento hormonal (anticonceptivos orales, espironolactona, metformina, finasteride). Por último, se incluyen las opciones de combinaciones de los tratamientos mencionados, barajando la posibilidad de asociación de 3 de ellos, 4 o bien 5 a la vez.</p>
<b>Quirúrgicas</b>	
Régimen de Ingreso	<p>Cualitativa nominal dicotómica. Se recogen dos posibles categorías que incluyen: CMA y hospitalización.</p>
Nº Estancias (noches)	<p>Cuantitativa discreta. Se recoge el número de noches en el hospital con criterio de ingreso hospitalario. Entendiendo, por tanto, el régimen CMA como 0 noches.</p>
Nº intervenciones	<p>Cuantitativa discreta. Medida del número de intervenciones quirúrgicas necesitadas para el abordaje de las lesiones surgidas desde el diagnóstico de HS a lo largo de su evolución.</p>
Localización lesión	<p>Cualitativa nominal politómica. Se recogen 7 posibles categorías que incluyen las diferentes localizaciones de la lesión a intervenir quirúrgicamente: zona axilar, inguinal, perineo-escrotal, glútea-perianal, abdomino-suprapúbica, toraco-perimamaria (intertrigo), localización en muslos, en espalda o combinaciones.</p>
Lateralidad	<p>Cualitativa nominal politómica. Se recogen 3 posibles categorías incluyendo derecha, izquierda o bilateral.</p>
Técnica Quirúrgica	<p>Cualitativa nominal politómica. Se recogen 4 posibles categorías que incluyen las diferentes técnicas utilizadas en el abordaje quirúrgico: exéresis en bloque y cierre directo, exéresis en bloque y cierre por segunda intención, exéresis en bloque con injerto o con utilización de colgajo.</p>
Tiempo	<p>Cuantitativa discreta. Medida del número exacto de minutos utilizados en la intervención quirúrgica del paciente con HS.</p>

Complicaciones	Cualitativa nominal politómica. Se recogen 5 posibles categorías que engloban las complicaciones entendidas como consecuencia directa del abordaje quirúrgico, observadas en el periodo inmediato postquirúrgico o menor a un tiempo estimado de un año. Incluyen: dehiscencia o pérdida de injerto/cutánea, la asociación de dehiscencia y hemorragia o hematoma, infección, la asociación de dehiscencia e infección, la combinación de todas ellas o ninguna de las presentadas.
Secuelas	Cualitativa nominal politómica. Se recogen 6 posibles categorías que engloban las secuelas entendidas como consecuencia directa del abordaje quirúrgico a estudio, observadas en un periodo de tiempo estimado mayor a un año tras la cirugía. Se incluyen: cicatriz inestética, brida retráctil, sinequia, repercusiones en vida sexual, asociación de cicatriz inestética y brida retráctil, combinación de cicatriz inestética y sinequia o ninguna secuela.

Variables	n	Media	$\sigma$	p0	p25	p50	p75	p100
Edad	107	41,63	12,10	18	32	43	50	69
Número de Estancias	107	2,47	4,78	0	0	1	3	34
Tiempo Evolución HS	107	9,88	4,90	2	6	9	13	25
Número lesiones Evolución	107	4,43	3,07	1	2	4	6	13
Número de Cirugías	107	2,80	2,48	1	1	2	4	12
Tiempo Quirúrgico	107	46,27	36,14	12	23	34	53	193

Variable	Frecuencia	%	
<b>Sexo</b>	Hombre	46	43,0
	Mujer	61	57,0
<b>Régimen Ingreso</b>	CMA	51	47,7
	Hospitalización	56	52,3
<b>Antecedentes Familiares</b>	No	103	96,3
	Sí	4	3,7
<b>Síndrome Metabólico / FRCV asociados</b>	Ninguno	23	21,5
	Obesidad / Dislipemia	42	39,3
	HTA	3	2,8
	DM 1-2	4	3,7
	SOP	1	0,9
	Combinaciones	34	31,8
<b>Otras Comorbilidades</b>	Ninguna	29	27,1
	Dermatológicas	19	17,8
	Reumatológicas	11	10,3
	Digestivas	5	4,7
	Sd Autoinflamatorios	1	0,9
	Tumores	11	10,3
	Psiquiátricas	23	21,5
	Combinaciones	8	7,5
<b>Hábitos Tóxicos</b>	Ninguno	18	16,8
	Tabaco	51	47,7
	Alcohol	1	0,9
	Combinaciones	37	34,6
<b>Número Servicios Implicados</b>	1	15	14
	2	41	38,3
	3	33	30,8
	4	14	13,1
	5	4	3,7
<b>Tratamientos Coadyuvantes</b> <i>*Todos incluyen Antibióticos y AINES asociados puesto que se trata del 1º nivel de tratamiento</i>	AINES + Antibióticos	0	0
	Corticoides*	57	53,3
	Biológicos	0	0
	Retinoides	0	0
	Tratamiento hormonal	0	0

	Combinaciones de 3 ttos*	28	26,2
	Combinaciones de 4 ttos*	20	18,7
	Combinaciones de 5 ttos*	2	1,9
<b>Localización Lesión Quirúrgica Actual</b>	Axilar	55	51,4
	Inguinal	28	26,2
	Perineo-Escrotal	9	8,4
	Glútea-Perianal	6	5,6
	Suprapúbica-Abdominal	4	3,7
	Toraco-Perimamaria	4	3,7
	Muslos	1	0,9
<b>Lateralidad</b>	Derecha	27	25,2
	Izquierda	39	36,4
	Bilateral	41	38,3
<b>Técnica Quirúrgica</b>	Exéresis en bloque y cierre directo	93	86,9
	Exéresis en bloque y cierre por 2ª intención	2	1,9
	Exéresis en bloque e injerto	3	2,8
	Exéresis en bloque y colgajo	9	8,4
<b>Complicaciones Postquirúrgicas</b>	Ninguna	26	24,3
	Dehiscencia o Pérdida Injerto	18	16,8
	Dehiscencia + Hemorragia	3	2,8
	Infección	15	14,0
	Dehiscencia + Infección	32	29,9
	Combinación	13	12,1
<b>Secuelas Postquirúrgicas</b>	Ninguna	53	49,5
	Cicatriz inestética	37	34,6
	Brida retráctil	2	1,9
	Repercusiones Vida Sexual	2	1,9
	Cicatriz inestética + Brida retráctil	6	5,6
	Cicatriz inestética + Sinequia	7	6,5
<b>Número de Estancias</b>	< 1 semana	95	88,8

ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES		p-valor
Edad	Sexo	0,067
	Complicaciones Postquirúrgicas	0,216
	Localización Lesión Actual (agrupada)	0,11
Sexo	Localización Lesión Actual	<b>0,025</b>
	Localización Lesión Actual (agrupada)	0,077
	Complicaciones Postquirúrgicas	<b>0,03</b>
	Complicaciones Postquirúrgicas (agrupada)	0,547
Complicaciones Postquirúrgicas	Comorbilidades	<b>0,016</b>
	Hábitos Tóxicos	<b>0.001</b>
	Edad	0.216
	Sexo	<b>0.03</b>
	Técnica Quirúrgica	0.485
Técnica Quirúrgica	Complicaciones Postquirúrgicas	0,485
	Complicaciones Postquirúrgicas (agrupada)	0.848
	Secuelas Postquirúrgicas	<b>0.003</b>
	Nº Estancias / semana	<b>&lt;0.001</b>
Tiempo de Evolución	Nº Servicios Implicados (agrupada)	0.051
	Complicaciones Postquirúrgicas (agrupada)	<b>&lt;0.001</b>
	Secuelas postquirúrgicas (agrupada)	0.018
	Nº Intervenciones Quirúrgicas	<b>0.002</b>
Complicaciones Postquirúrgicas (agrupada)	Tiempo de Evolución	<b>&lt;0.001</b>
	Nº Intervenciones Quirúrgicas	<b>&lt;0.001</b>
	Edad	0.195
	Nº Estancias / semana	0.726
	Comorbilidades	0.411
	Hábitos Tóxicos	<b>0.015</b>
	Técnica Quirúrgica	0.848
	Sexo	0.547
Localización Lesión Actual (agrupada)	0.473	
Técnica Quirúrgica (agrupada)	Tiempo Quirúrgico	<b>0,035</b>
	Tiempo de Evolución	0.239

COMPLICACIONES	NO		Sí		OR univariante		OR multivariante		
	Frec	%	Frec	%	OR (IC <sub>95%</sub> )	p-valor	OR (IC <sub>95%</sub> )	p-valor	
Tiempo evolución	26	-	81	-	<b>1,12 (1,01-1,26)</b>	<b>0,044</b>	1,10 (0,96-1,27)	0,179	
Nº Intervenciones Qx	26	-	81	-	<b>4,10 (2,09-10,67)</b>	<b>0,001</b>	<b>7,22 (2,81-27,73)</b>	<b>0,001</b>	
Edad	26	-	81	-	0,98 (0,94-1,01)	0,195	0,95 (0,89-1,00)	0,059	
Nº estancias/sem	<1 sem	24	25,26	71	74,74	-	-	-	-
	≥1 sem	2	16,67	10	83,33	1,69 (0,41-11,50)	0,517	1,78 (0,25-16,14)	0,570
Comorbilidades	Ninguna	11	37,93	18	62,07	-	-	-	-
	Si	15	19,23	63	80,77	2,57 (0,99-6,58)	0,049	0,84 (0,23-3,91)	0,781
Hábitos Tóxicos	Ninguno	5	27,78	13	72,22	-	-	-	-
	Sí	21	23,6	68	76,4	1,25 (0,37-3,74)	0,706	1,99 (0,42-10,05)	0,386
Sexo	Hombre	13	28,26	33	71,74	-	-	-	-
	Mujer	13	21,31	48	78,69	1,45 (0,60-3,56)	0,408	2,22 (0,65-7,83)	0,203
Localización lesión actual	Axilar	11	20,00	44	80,00	-	-	-	-
	Inguinal	9	32,14	19	67,86	0,53 (0,19-1,50)	0,225	<b>0,20 (0,04-0,88)</b>	<b>0,042</b>
	Otras	6	25,00	18	75,00	0,75 (0,25-2,46)	0,620	0,80 (0,20-3,40)	0,761



**Anexo III:** Gráficos que muestran los datos obtenidos en relación con el síndrome metabólico asociado, los tratamientos coadyuvantes a la cirugía y las secuelas postquirúrgicas observadas.

