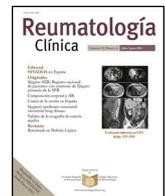




Sociedad Española
de Reumatología -
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Original

Prevalencia de hidrosadenitis supurativa en pacientes con espondiloartritis axial



Laura Farran Ortega^{a,*}, Rosa Fornons-Servent^b, Joan Miquel Nolla^c y Xavier Juanola Roura^c

^a Servicio de Reumatología, Hospital de Palamós, Palamós, Girona, España

^b Servicio de Dermatología, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^c Servicio de Reumatología, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 26 de junio de 2024

Aceptado el 12 de diciembre de 2024

On-line el 27 de enero de 2025

Palabras clave:

Espondiloartritis axial

Espondiloartritis

Hidrosadenitis supurativa

Prevalencia

R E S U M E N

Objetivos: Determinar la prevalencia de hidrosadenitis supurativa (HS) en pacientes con espondiloartritis axial (EspAax) y describir las características clínicas, analíticas y radiográficas de los pacientes con HS.

Pacientes y métodos: Estudio transversal y unicéntrico de una cohorte de 265 pacientes con EspAax en seguimiento en una consulta monográfica de un hospital de tercer nivel. Se realizó un cribado de HS mediante cuestionario con posterior confirmación diagnóstica por Dermatología. Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas y radiográficas. Los pacientes fueron clasificados según diagnóstico de HS y se realizó un análisis descriptivo y comparativo de ambos grupos.

Resultados: Un total de 148 de los 265 pacientes (55,8%) fueron incluidos en el estudio. De los 9 pacientes (6,1%) con cribado positivo, en 4 (2,7%) se confirmó el diagnóstico de HS. Tres pacientes fueron diagnosticados durante este estudio y la demora diagnóstica media fue de 14,25 años. Todos los pacientes presentaban una HS leve (estadio Hurley I). Al comparar ambos grupos, se observó, en el grupo de HS, un mayor porcentaje de fumadores (75% vs. 18%; $p=0,005$), mayor actividad medida por BASDAI ($5,6 \pm 2,3$ vs. $3,2 \pm 2,1$; $p=0,026$), menor daño estructural medido por BASRI axial ($1,5 \pm 1,3$ vs. $5,5 \pm 3,5$; $p<0,018$) y menor tiempo de evolución de la EspAax ($14,7 \pm 2,6$ vs. $27,8 \pm 13,5$ años; $p=0,001$). No se encontraron diferencias en el resto de las variables estudiadas.

Conclusión: Este estudio indica que la prevalencia de HS en pacientes con EspAax es mayor a la observada en población general. El conocimiento de esta asociación debería fomentar la búsqueda activa de síntomas y lesiones por parte del clínico.

© 2024 Sociedad Española de Reumatología (SER), Colegio Mexicano de Reumatología (CMR) y Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Prevalence of hidradenitis suppurativa in patients with axial spondyloarthritis

A B S T R A C T

Objectives: To determine the prevalence of hidradenitis suppurativa (HS) in patients with axial spondyloarthritis (AxSpA) and to describe clinical, laboratory, and radiographic characteristics of patients diagnosed with HS.

Patients and methods: We performed a cross-sectional study of a cohort of 265 patients with AxSpA in follow-up at a tertiary hospital. Patients were screened for HS using a questionnaire, with subsequent diagnostic confirmation by a dermatologist. We collected demographic, clinical, laboratory, and radiographic data. Patients were classified by diagnosis of HS. A descriptive analysis and comparison were performed for both groups.

Keywords:

Axial spondyloarthritis

Spondyloarthritis

Hidradenitis suppurativa

Prevalence

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: laurafarran27@gmail.com (L. Farran Ortega).

Results: A total of 148 of the 265 patients (55.8%) completed the screening questionnaire. Screening was positive in 9 patients (6.1%), although the diagnosis of HS was confirmed in only 4 (2.7%). Three patients were diagnosed during the study, with a mean diagnostic delay of 14.25 years. All the patients had mild HS (Hurley stage I). When patients with and without HS were compared, the HS group had more smokers (75% vs. 18%; $P=0.005$), greater disease activity according to BASDAI (5.6 ± 2.3 vs. 3.2 ± 2.1 ; $P=0.026$), less structural damage according to the axial BASRI (1.5 ± 1.3 vs. 5.5 ± 3.5 ; $P<0.018$) and shorter time since diagnosis of AxSpA (14.7 ± 2.6 vs. 27.8 ± 13.5 years; $P=0.001$). No significant differences were found for the remaining variables studied.

Conclusion: This study suggests that prevalence of HS in patients with AxSpA is higher than the one observed in general population. The knowledge of this association should encourage clinicians to inquire about symptoms of HS and actively search for lesions.

© 2024 Sociedad Española de Reumatología (SER), Colegio Mexicano de Reumatología (CMR) y Elsevier España, S.L.U. All rights are reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

Introducción

La espondiloartritis axial (EspAax) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta predominantemente al esqueleto axial pero que también puede presentar manifestaciones periféricas en forma de artritis, entesitis o dactilitis. Tiene una prevalencia estimada del 0,25% en Europa¹, con predominio masculino (relación 2:1). Frecuentemente inicia en la segunda o tercera década de la vida y puede estar asociada a otras manifestaciones extraarticulares, como la uveítis, la psoriasis y la enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

La hidrosadenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica cutánea de inicio habitualmente tras la pubertad. Su prevalencia en Europa es del 0,4-1,1%² y afecta más frecuentemente a mujeres (relación 3:1). Se asocia a otras enfermedades inflamatorias no dermatológicas como la EII.

En los últimos años, varios estudios relacionan la EspAax con la HS al observarse una prevalencia superior a la esperada en población general³⁻⁶. Ambas enfermedades comparten mecanismos etiopatogénicos, pues existen alteraciones en la inmunidad innata y adaptativa en las que desempeñan un papel importante citocinas proinflamatorias como TNF- α , IL-17, IL-23 e IL-1. Además, uno de los pilares de tratamiento en ambas enfermedades es el tratamiento biológico con anti-TNF⁷⁻⁹. Otros argumentos a favor son que la prevalencia de EII es mayor tanto en pacientes con EspAax como con HS⁹ y que se ha observado que tanto el tabaquismo como el sobrepeso o la obesidad son factores de mal pronóstico conocidos para ambas enfermedades⁵.

El diagnóstico precoz de HS en pacientes con EspAax podría mejorar el pronóstico y facilitar la elección adecuada de tratamiento, teniendo un impacto favorable en la calidad de vida de estos pacientes.

El objetivo principal de este estudio fue determinar la prevalencia de HS en pacientes con EspAax y, secundariamente, describir las características clínicas, analíticas y radiográficas de los pacientes diagnosticados de HS, así como compararlas con el grupo de EspAax sin HS.

Pacientes y métodos

Diseño del estudio

Estudio transversal y unicéntrico para determinar la presencia de HS en pacientes con EspAax. Se evaluó una cohorte observacional de 265 pacientes con diagnóstico clínico de EspAax que cumplían criterios de clasificación de la Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) y estaban en seguimiento en una consulta monográfica de espondiloartritis (EspA) en un hospital de tercer nivel. Se excluyó a los pacientes menores de 18 años,

Tabla 1

Preguntas de cribado para el diagnóstico de HS

¿Tiene repetidamente brotes de nódulos grandes, nódulos dolorosos o furúnculos que se curan dejando cicatrices en cualquiera de estas zonas?		
Inglés	Región anal	No
Axilas	Región y pliegues mamarios	
Región genital	Pliegue abdominal y periumbilical	
¿Ha tenido nódulos, furúnculos o abscesos en los últimos 6 meses?		
Sí	No	
¿Ha experimentado 2 o más episodios en los últimos 6 meses?		
Sí	No	

Fuente: Esmann et al.¹⁰ y Saunte y Jemec¹¹.

aquellos con una disfunción cognitiva que les impidiera entender la naturaleza del estudio y los pacientes con dificultad para la comprensión lectora o de la lengua española.

Cribado de hidrosadenitis supurativa

A los pacientes que cumplían criterios de inclusión, se les realizó una llamada telefónica para la obtención del consentimiento oral y posteriormente se les envió por correo electrónico el consentimiento escrito y un cuestionario de cribado de HS.

Las preguntas de cribado de HS incluidas en el cuestionario se muestran en la [tabla 1](#). Para la formulación de las preguntas, se utilizó un cuestionario validado¹⁰ para el diagnóstico de HS, con una sensibilidad del 90% y una especificidad del 97%. Dado que solo existen versiones en inglés de dicho cuestionario, se realizó la traducción al español y las preguntas se acompañaron de imágenes de lesiones características de HS. Se utilizaron las presentadas en el estudio de Rondags et al.⁵.

Diagnóstico de hidrosadenitis supurativa

A los pacientes con cribado positivo se les solicitó una visita presencial con dermatología para confirmar el diagnóstico.

El diagnóstico de HS se basa en los 3 siguientes criterios clínicos: 1) presencia de lesiones características como nódulos dolorosos profundos, abscesos, fístulas y lesiones cicatriciales; 2) presencia de dichas lesiones en localizaciones típicas como en región inguinal, axilas, área genital, región anal, pliegues mamarios o abdominales, y 3) historia de cronicidad y recurrencia, con al menos 2 episodios en los últimos 6 meses o lesiones persistentes durante ≥ 3 meses¹¹. Para ser diagnosticado de HS, el paciente debe cumplir los 3 criterios.

Se consideraron como cribado positivo 2 escenarios: 1) aquellos pacientes que respondieron de forma afirmativa a las 3 preguntas de cribado, y 2) pacientes en tratamiento biológico con anti-TNF que

presentaban historia de lesiones típicas en localizaciones características, aunque no cumplieran el criterio temporal.

Variables

Se recogieron la edad, el sexo, la historia de tabaquismo, el índice de masa corporal (IMC), el inicio de los síntomas, el tiempo hasta el diagnóstico, el tiempo de evolución de la enfermedad, tipo de EspAax, la historia familiar, la presencia de HLA-B27, la historia de manifestaciones periféricas (artritis, dactilitis, entesitis), la historia de manifestaciones extraesqueléticas (uveítis, psoriasis, EII), los parámetros de actividad de la enfermedad medidos en la última visita de seguimiento (proteína C reactiva [PCR], velocidad de sedimentación glomerular [VSG], Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index [BASDAI], Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score [ASDAS]-CRP) y la utilización de terapia biológica.

Se revisaron las últimas radiografías de columna cervical, columna lumbar y pelvis. Para la evaluación del daño estructural radiográfico se utilizó el Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Index (BASRI) axial.

En los pacientes con HS confirmada por dermatología se evaluó la existencia de diagnóstico previo de HS, la edad de inicio de las lesiones, la edad al diagnóstico, la presencia de historia familiar, las localizaciones afectadas y la gravedad de HS medida por el estadio de Hurley.

Análisis estadístico

Se establecieron 2 grupos en función de la presencia de HS. Se realizó una estadística descriptiva de las características basales de ambos grupos. Las variables categóricas se expresan mediante número y porcentaje de sujetos de cada categoría y las variables continuas, mediante la media y la desviación estándar.

Para el análisis de las diferencias entre ambos grupos se estableció un intervalo de confianza bilateral del 95% y una significación estadística con un valor de $p < 0,05$. El análisis se realizó mediante el programa estadístico SPSS para Windows, versión 28.0 (IBM Corp., Armonk, NY, EE. UU.).

Aspectos éticos

El protocolo del estudio fue aprobado por el comité ético de investigación clínica (CEIC) del hospital previo al inicio del estudio. Se obtuvo el consentimiento informado oral y escrito de todos los pacientes que participaron en el estudio. Los pacientes no fueron tratados mediante ningún procedimiento que comportara riesgos añadidos respecto a los derivados del manejo de su enfermedad y de la práctica clínica habitual.

Resultados

De los 265 pacientes de la cohorte, se excluyó a aquellos con los que no se consiguió contactar telefónicamente tras al menos 5 llamadas en diferentes días y franja horaria (32 de 265 pacientes; 12%), aquellos que no dieron el consentimiento (28 de 233 pacientes; 12%) y aquellos que no contestaron el cuestionario de cribado (57 de 205 pacientes; 27,8%). Se incluyó finalmente para el análisis a 148 pacientes (55,8% del total) que contestaron el cuestionario de cribado de HS (fig. 1).

Cumplieron criterios de cribado positivo 9/148 pacientes (6,1%) y a estos se les solicitó una visita presencial con Dermatología. Se confirmó el diagnóstico de HS en 4 de los pacientes evaluados siendo la prevalencia de HS en nuestra muestra de 2,7% (4/148).

Tres pacientes fueron diagnosticados durante el estudio y el paciente restante, a pesar de haber sido diagnosticado previamente

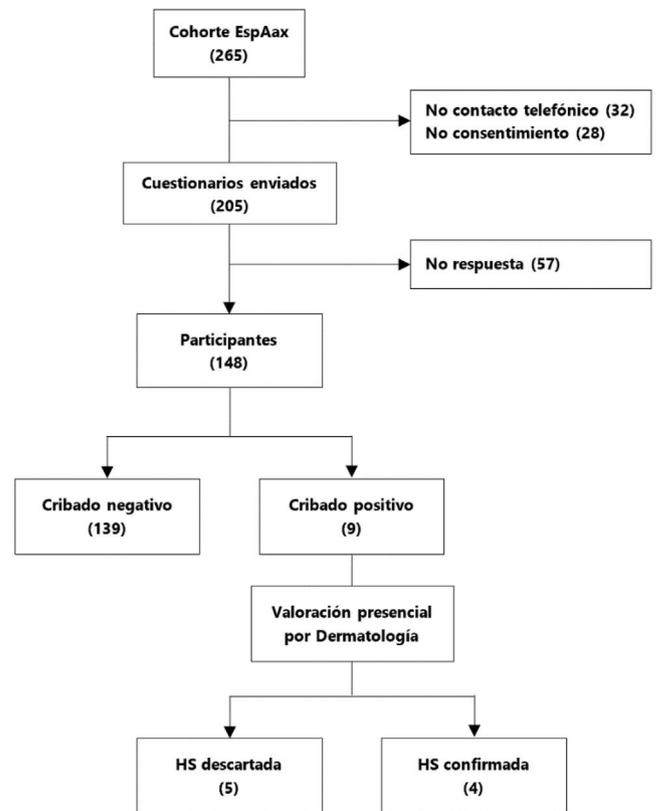


Figura 1. Diagrama de flujo de la selección de pacientes incluidos y distribución en grupos. EspAax: espondiloartritis axial; HS: hidrosadenitis supurativa.

mediante una biopsia de nódulos axilares, nunca había sido valorado por un dermatólogo. Uno de los 4 pacientes fue seleccionado a pesar de no cumplir el criterio temporal dado que estaba en tratamiento con adalimumab por su EspAax.

Las características de los 4 pacientes diagnosticados de HS se muestran en la tabla 2. La mayoría presentaban lesiones desde una edad próxima a la adolescencia, con una demora diagnóstica media de 14,25 años. En todos los pacientes la HS era leve (Hurley I) y solo un paciente tenía antecedentes familiares de HS.

Los resultados del estudio comparativo entre pacientes con y sin diagnóstico de HS se muestran en la tabla 3. Destaca un mayor porcentaje de fumadores en los pacientes con HS (75% vs. 18%; $p = 0,005$), así como una mayor actividad clínica medida por índice BASDAI en dicho grupo ($5,6 \pm 2,3$ vs. $3,2 \pm 2,1$; $p = 0,026$). Por el contrario, los pacientes con HS presentaban menor tiempo de evolución de la EspAax ($14,7 \pm 2,6$ vs. $27,8 \pm 13,5$ años; $p < 0,001$) y un menor daño estructural medido por el índice de BASRI axial mediante radiografía simple ($1,75 \pm 1,3$ vs. $5,5 \pm 3,5$; $p = 0,018$).

En cuanto a las características demográficas, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación con el sexo, aunque sí existe una tendencia de mayor porcentaje de mujeres en el grupo con HS (50% vs. 32%). En ambos grupos, la mayoría de los pacientes presentaban un IMC $> 25 \text{ kg/m}^2$ (67,3% sin HS, 75% con HS) representando el sobrepeso el 45,9% y la obesidad el 21,6% del total de pacientes.

No se encontraron diferencias entre ambos grupos en el resto de las variables analizadas.

El número de pacientes incluidos en el grupo con HS fue insuficiente para la realización de un análisis multivariante.

Tabla 2
Características de los pacientes diagnosticados de hidrosadenitis supurativa

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4
Sexo	Mujer	Mujer	Hombre	Hombre
Edad, años	56	38	41	38
Tabaquismo	Fumador	Fumador	No fumador	Fumador
IMC, kg/m ²	30,47	28,67	24,6	25,4
Edad inicio EspAax, años	44	21	28	21
Demora diagnóstica EspAax, años	3	6	1	5
Tiempo de evolución EspAax, años	12	17	13	17
Tipo EspAax	Radiográfica	No radiográfica	Radiográfica	Radiográfica
Historia familiar EspA	No	Sí	No	No
HLA-B27	Negativo	Positivo	Positivo	Positivo
Historia de artritis periférica	No	Sí	No	No
Historia de entesitis	No	Sí	No	No
Historia de dactilitis	No	No	No	No
Historia de psoriasis	No	No	No	No
Historia de EII	No	No	No	No
Historia de uveítis	No	No	No	No
PCR, mg/l	1,2	2,1	2	0,6
VSG, mm/h	5	7	1	2
BASDAI	7,8	7,2	3,2	4
ASDAS-PCR	3,2	3,3	1,5	2,4
BASRI axial	2	0	2	3
Columna cervical	0	0	0	0
Columna lumbar	0	0	0	0
Sacroilíacas	2	0	2	3
Tratamiento biológico actual	No	No	No	Sí (ADA)
Edad de inicio HS, años	49	15	18	24
Demora diagnóstica HS, años	7	23	13	14
Estadio de Hurley	I	I	I	I
Localizaciones afectadas	Ingles Región y pliegues mamarios Región genital Pliegue abdominal	Ingles Región y pliegues mamarios	Axilas Muslos	Ingles Región genital Pliegue abdominal Glúteos
Historia familiar de HS	No	No	No	Sí

ADA: adalimumab; BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; BASRI: Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Index; EII: enfermedad inflamatoria intestinal; EspA: espondiloartritis; EspAax: espondiloartritis axial; HS hidrosadenitis supurativa; IMC: índice de masa corporal; PCR: proteína C reactiva; VSG: velocidad de sedimentación glomerular.

Discusión

Desde 1982, diversos autores han descrito la asociación entre EspAax y HS en series de casos¹²⁻¹⁸. Más recientemente, Richette et al.³ y Fauconier et al.⁴ analizaron la prevalencia de EspA en pacientes con HS, obteniendo una proporción del 3,7% (24/640) y 28,2% (11/39), respectivamente. Rondags et al.⁵ realizaron el único estudio hasta la fecha que evalúa la prevalencia de HS en pacientes con EspAax. En su cohorte de 592 pacientes, describen una prevalencia del 6,9-9,1% mediante un cribado por cuestionario y una confirmación telefónica por Dermatología. Estos valores son comparables con la prevalencia de otras manifestaciones extraarticulares de EspAax, como la psoriasis o la EII¹⁹.

Hasta ahora, no se han realizado estudios que analicen la prevalencia de HS en pacientes con otras enfermedades inflamatorias reumatológicas. Sin embargo, se ha documentado una mayor incidencia de artritis reumatoide y artritis psoriásica en pacientes con HS²⁰⁻²².

La prevalencia de HS en nuestra cohorte fue de 2,7%, cifra superior a la estimada en la población general (0,4-1,1%)². El 6,1% de los pacientes obtuvieron un cribado positivo, porcentaje comparable al descrito por Rondags et al.⁵. El cuestionario de cribado permitió identificar pacientes con alta sospecha de HS y el diagnóstico fue confirmado presencialmente por dermatología en 4 de los 9 pacientes (44,4%). Este resultado resalta la importancia de una evaluación dermatológica presencial en casos de alta sospecha diagnóstica, dado que el diagnóstico de HS se basa en criterios clínicos.

El 75% de los casos confirmados (3/4) fueron diagnosticados durante el estudio. En la serie de Rondags et al.⁵, esta proporción asciende al 92,7% (38/41). En nuestra cohorte, 48 pacientes recibían tratamiento con anti-TNF para la EspAax, circunstancia que podría

haber reducido los brotes de HS, dificultando su detección en el momento de la evaluación. Sin embargo, un paciente de este grupo presentaba signos clínicos típicos de HS, permitiendo confirmar el diagnóstico.

En la mitad de los casos, las lesiones de HS precedieron al inicio de la EspAax, con un inicio temprano de los síntomas y un retraso diagnóstico significativo. Estos hallazgos respaldan la hipótesis de que la HS es una enfermedad infradiagnosticada y resaltan el valor de una anamnesis y la exploración física cuidadosa para aumentar su detección.

Todos los casos de HS presentaron una forma leve de la enfermedad. Solo un paciente tenía antecedentes familiares, aunque se estima que el 40% de los afectados suelen tener historia familiar²³.

Los pacientes con HS mostraron una mayor actividad de la EspAax medida por índice BASDAI, presentando 3 de ellos (75%) enfermedad activa (BASDAI \geq 4). Este hallazgo podría estar relacionado con el mayor porcentaje de fumadores en este grupo, considerando el impacto del tabaquismo como factor de mal pronóstico en ambas enfermedades.

En cuanto a las características radiográficas, los pacientes con HS solo presentaron lesiones a nivel de sacroilíacas. Esto justifica su menor daño estructural medido por BASRI axial y podría explicarse por un menor tiempo de evolución de la EspAax en este grupo.

El sobrepeso y la obesidad fueron prevalentes en ambos grupos: 67,3% en pacientes sin HS, 75% en aquellos con HS, cifras superiores a las estimadas para la población general española en 2020 (46,1% en mujeres y 61,4% en hombres según el Instituto Nacional de Estadística²⁴). De manera similar, Rondags et al.⁵ identificaron un 62% de obesidad en su cohorte. Asimismo, observamos una tendencia a mayor número de mujeres en el grupo de HS (relación

Tabla 3
Comparativo entre grupos según diagnóstico de HS

	Total (n = 148)	EspAax sin HS (n = 144)	EspAax con HS (n = 4)	Valor de p
Edad, años, media ± de	52,2 ± 12,4	52,4 ± 8,6	43,2 ± 12,5	0,146
Sexo, mujer, n (%)	48 (32,4)	46 (32)	2 (50)	0,447
Tabaquismo, n (%)				0,005
Fumador	29 (19,6)	26 (18)	3 (75)	
Exfumador	41 (27,7)	41 (28,5)	0 (0)	
No fumador	78 (52,7)	77 (53,5)	1 (25)	
IMC, kg/m ² , media ± DE	27,3 ± 4,3	27,3 ± 4,4	27,3 ± 2,7	0,999
Sobrepeso, IMC 25-30 kg/m ² , n (%)	68 (45,9)	66 (45,8)	2 (50)	0,748
Obesidad, IMC >30 kg/m ² , n (%)	32 (21,6)	31 (21,5)	1 (25)	0,748
Edad de inicio EspAax, media ± DE	24,7 ± 7,7	24,6 ± 7,7	28,5 ± 10,8	0,322
Demora diagnóstica EspAax, años, media ± DE	6,2 ± 7,1	6,3 ± 7,1	3,8 ± 2,2	0,115
Tiempo de evolución de EspAax, años, media ± DE	27,5 ± 13,5	27,8 ± 13,5	14,7 ± 2,6	0,001
Tipo de EspAax, n (%)				0,535
Radiográfica	126 (85,1)	123 (85,5)	3 (75)	
No radiográfica	22 (14,9)	21 (14,5)	1 (25)	
Historia familiar de EspA, n (%)	39 (26,4)	38 (26,4)	1 (25)	0,924
HLA-B27, positivo, n (%)	129 (87,2)	126 (87,5)	3 (75)	0,461
Historia de artritis periférica, n (%)	43 (29,1)	42 (29,1)	1 (25)	0,856
Historia de entesitis, n (%)	30 (20,3)	29 (20,1)	1 (25)	0,817
Historia de dactilitis, n (%)	6 (4,1)	6 (4,2)	0 (0)	0,677
Historia de uveítis, n (%)	42 (28,4)	42 (29,1)	0 (0)	0,200
Historia de psoriasis, n (%)	11 (7,4)	11 (7,6)	0 (0)	0,566
Historia de EII, n (%)	9 (6,1)	9 (6,3)	0 (0)	0,705
Enfermedad de Crohn	5 (3,4)	5 (3,5)	0 (0)	
Colitis ulcerosa	4 (2,7)	4 (2,8)	0 (0)	
PCR, mg/l, media ± DE	4,5 ± 6,1	4,6 ± 6,1	1,5 ± 0,7	0,308
VSG, mm/h, media ± DE	11,9 ± 10,5	12,1 ± 10,6	3,8 ± 2,7	0,117
BASDAI, media ± DE	3,3 ± 2,1	3,2 ± 2,1	5,6 ± 2,3	0,026
ASDAS-PCR, media ± DE	2,1 ± 0,9	2,1 ± 0,9	2,6 ± 0,8	0,248
BASRI axial, media ± DE	5,4 ± 3,5	5,5 ± 3,5	1,75 ± 1,3	0,018
Columna cervical	1,2 ± 1,5	1,2 ± 1,5	0 ± 0	0,001
Columna lumbar	1,4 ± 1,5	1,4 ± 1,5	0 ± 0	0,001
Sacroilíacas	2,8 ± 3,5	2,9 ± 1,1	1,75 ± 1,3	0,048
Tratamiento biológico actual, sí, n (%)	62 (41,9)	61 (42,3)	1 (25)	0,488
Tipo de tratamiento biológico, n (%)				0,586
Anti-TNF-α	48 (32,4)	47 (32,6)	1 (25)	
Anti-IL-17	11 (7,4)	11 (7,6)	0 (0)	
Anti-IL-12/23	2 (1,4)	2 (1,4)	0 (0)	
iPDE4	1 (0,7)	1 (0,7)	0 (0)	
Número de biológicos recibidos, n (%)				0,488
0	86 (58,1)	83 (57,7)	3 (75)	
1	32 (21,6)	31 (21,5)	1 (25)	
> 1	30 (20,3)	30 (20,8)	0 (0)	

ASDAS, Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score; BASDAI, Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; BASRI: Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Index; DE: desviación estándar; EII: enfermedad inflamatoria intestinal; EspA: espondiloartritis; EspAax: espondiloartritis axial; HS: hidrosadenitis supurativa; IL-17: interleucina 17; IL-12/23: interleucina 12/23; IMC: índice de masa corporal; iPDE4: inhibidor fosfodiesterasa 4; PCR: proteína C reactiva; TNF-α, tumor necrosis factor alfa; VSG: velocidad de sedimentación glomerular.

3:1), resultado concordante con el predominio femenino de esta enfermedad.

La principal limitación del estudio es el reducido tamaño muestral. Se incluyó a pacientes que firmaron el consentimiento informado y que completaron el cuestionario de cribado, representando el 55,8% de la cohorte inicial. Esto resultó en un grupo de comparación reducido, insuficiente para realizar análisis multivariante. Además, existe sesgo de muestreo derivado de la inclusión de pacientes atendidos en un centro de referencia.

Entre las fortalezas destaca el método diagnóstico de la HS. Aunque no existe un cuestionario de cribado validado en español, se utilizó una traducción literal de preguntas validadas en inglés con alta sensibilidad y especificidad, y se complementó con fotografías de lesiones típicas de HS para facilitar la identificación. La confirmación presencial por dermatología confiere mayor solidez al diagnóstico. A su vez, el porcentaje de respuesta del cuestionario fue relativamente alto, del 72,2% (148/205). Por último, este es el primer estudio español que evalúa la prevalencia de HS en pacientes con EspAax en nuestro entorno.

Conclusiones

En este estudio, la prevalencia de HS en pacientes con EspAax fue mayor que la observada en población general. Se deben realizar más estudios, con mayor número de pacientes, para determinar la fuerza real de esta asociación. El conocimiento de esta asociación debería fomentar la búsqueda activa de síntomas y lesiones por parte del clínico, aunque se necesitan estudios específicos para determinar el método de cribado más apropiado para estos pacientes.

Declaración sobre el uso de la IA generativa y de las tecnologías asistidas por la IA en el proceso de redacción

No se ha usado IA en el proceso de redacción.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Disponibilidad de los datos

Los datos se recogieron y utilizaron únicamente para este estudio y no están disponibles para otros usos.

Agradecimientos

Los autores agradecen a la Sociedad Española de Reumatología su asistencia en la redacción y edición durante la preparación del manuscrito.

Bibliografía

- Stolwijk C, van Onna M, Boonen A, van Tubergen A. Global prevalence of spondyloarthritis: A systematic review and meta-regression analysis. *Arthritis Care Res*. 2016;68:1320–31, <http://dx.doi.org/10.1002/acr.22831>.
- Jfri A, Nassim D, O'Brien E, Gulliver W, Nikolakis G, Zouboulis CC. Prevalence of hidradenitis suppurativa: A systematic review and meta-regression analysis. *JAMA Dermatol*. 2021;157:924–31, <http://dx.doi.org/10.1001/jamadermatol.2021.1677>.
- Richette P, Molto A, Viguier M, Dawidowicz K, Hayem G, Nassif A, et al. Hidradenitis suppurativa associated with spondyloarthritis —results from a multicenter national prospective study. *J Rheumatol*. 2014;41:490–4, <http://dx.doi.org/10.3899/jrheum.130977>.
- Fauconier M, Reguiai Z, Barbe C, Colosio A, Eschard JP, Salmon JH, et al. Association between hidradenitis suppurativa and spondyloarthritis. *Joint Bone Spine*. 2018;85:593–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbspin.2017.09.005>.
- Rondags A, Arends S, Wink FR, Horváth B, Spoorenberg A. High prevalence of hidradenitis suppurativa symptoms in axial spondyloarthritis patients: A possible new extra-articular manifestation. *Semin Arthritis Rheum*. 2019;48:611–7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.semarthrit.2018.03.010>.
- Schneider-Burrus S, Witte-Haendel E, Christou D, Rigoni B, Sabat R, Diederichs G. High prevalence of back pain and axial spondyloarthritis in patients with hidradenitis suppurativa. *Dermatology*. 2016;232:606–12, <http://dx.doi.org/10.1159/000448838>.
- Bosnić D, Žarković B, Barešić M, Zarkovic M, Anić B. Improvement of overlapping hidradenitis suppurativa and ankylosing spondylitis after the introduction of adalimumab. *Reumatologia*. 2016;54:321–5, <http://dx.doi.org/10.5114/reum.2016.64910>.
- Bruzzese V. Pyoderma gangrenosum, acne conglobata, suppurative hidradenitis, and axial spondyloarthritis: Efficacy of anti-tumor necrosis factor α therapy. *J Clin Rheumatol*. 2012;18:413–5, <http://dx.doi.org/10.1097/RHU.0b013e318278b84c>.
- Roussomoustakaki M, Dimoulios P, Chatzicostas C, Kritikos HD, Romanos J, Panayiotides JG, et al. Hidradenitis suppurativa associated with Crohn's disease and spondyloarthritis: response to anti-TNF therapy. *J Gastroenterol*. 2003;38:1000–4, <http://dx.doi.org/10.1007/s00535-003-1185-9>.
- Esmann S, Dufour DN, Jemec GB. Questionnaire-based diagnosis of hidradenitis suppurativa: Specificity, sensitivity and positive predictive value of specific diagnostic questions. *Br J Dermatol*. 2010;163:102–6, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2133.2010.09773.x>.
- Saunte DML, Jemec GBE. Hidradenitis suppurativa: Advances in diagnosis and treatment. *JAMA*. 2017;318:2019–32, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2017.16691>.
- Rosner IA, Richter DE, Huettner TL, Kuffner GH, Wisniewski JJ, Burg CG. Spondyloarthritis associated with hidradenitis suppurativa and acne conglobata. *Ann Intern Med*. 1982;97:520–5, <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-97-4-520>.
- De Souza A, Solomon GE, Strober BE. SAPHO syndrome associated with hidradenitis suppurativa successfully treated with infliximab and methotrexate. *Bull NYU Hosp Jt Dis*. 2011;69:185–7.
- Leybshkis B, Fasseas P, Ryan KF, Roy R. Hidradenitis suppurativa and acne conglobata associated with spondyloarthritis. *Am J Med Sci*. 2001;321:195–7, <http://dx.doi.org/10.1097/00000441-200103000-00007>.
- Marquardt AL, Hackshaw KV. Reactive arthritis associated with hidradenitis suppurativa. *J Natl Med Assoc*. 2009;101:367–9, [http://dx.doi.org/10.1016/s0027-9684\(15\)30886-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0027-9684(15)30886-5).
- Fioravanti A, Lauraflori M, Guidelli GM, Giordano N. Dactylitis as a first manifestation of arthritis associated with hidradenitis suppurativa. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2011;77:74–6, <http://dx.doi.org/10.4103/0378-6323.74999>.
- Rosner IA, Burg CG, Wisniewski JJ, Schacter BZ, Richter DE. The clinical spectrum of the arthropathy associated with hidradenitis suppurativa and acne conglobata. *J Rheumatol*. 1993;20:684–7.
- Bhalla R, Sequeira W. Arthritis associated with hidradenitis suppurativa. *Ann Rheum Dis*. 1994;53:64–6, <http://dx.doi.org/10.1136/ard.53.1.64>.
- Stolwijk C, van Tubergen A, Castillo-Ortiz JD, Boonen A. Prevalence of extraarticular manifestations in patients with ankylosing spondylitis: A systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis*. 2015;74:65–73, <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2013-203582>.
- Kridin K, Shavit E, Damiani G, Cohen AD. Hidradenitis suppurativa and rheumatoid arthritis: evaluating the bidirectional association. *Immunol Res*. 2021;69:533–40, <http://dx.doi.org/10.1007/s12026-021-09221-4>.
- Almuhanna N, Finstad A, Alhusayen R. Association between hidradenitis suppurativa and inflammatory arthritis: A systematic review and meta-analysis. *Dermatol*. 2021;237:740–7, <http://dx.doi.org/10.1159/000514582>.
- Hanna N, Silverberg OM, Reaume M, Gladman D, Davis MDP, Piguet V, et al. Incidence, prevalence, and predictors of inflammatory arthritis in patients with hidradenitis suppurativa: A systematic review and meta-analysis. *Int J Dermatol*. 2022;61:1069–79, <http://dx.doi.org/10.1111/ijd.15860>.
- Patil S, Apurwa A, Nadkarni N, Agarwal S, Chaudhari P, Gautam M. Hidradenitis suppurativa: Inside and out. *Indian J Dermatol*. 2018;63:91–8, <http://dx.doi.org/10.4103/ijd.IJD.412.16>.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) 2020 [Conjunto de datos]. Ministerio de Sanidad; 2021 [consultado 10 Sep 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/ESEE2020_inf_evol_princip_result.pdf.