



DOI: <https://doi.org/10.46296/yc.v10i19.0974>

DIAGNÓSTICO TEMPRANO DE HIDRADENITIS SUPURATIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA: SIGNOS DE ALARMA, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y RUTA DE DERIVACIÓN

EARLY DIAGNOSIS OF HIDRADENITIS SUPPURATIVA IN PRIMARY CARE: WARNING SIGNS, DIFFERENTIAL DIAGNOSIS, AND REFERRAL PATHWAY

Ponce-Alvarado Sara Andreina ¹; Encalada-Castillo Kevin Andrés ²;
Choez-Abendaño Noelia Deyanira ³; Rodríguez-Castillo Dayanara Melissa ⁴

¹ Médico General, Servicios prestados a Telefonía. Guayaquil Ecuador.

Correo: andreinaponcal@gmail.com

² Médico General, Universidad Católica de Cuenca Sede Azogues. Ecuador.

Correo: kevinadres2020k@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4787-260X>

³ Médico General. Loja, Ecuador.

Correo: choeznoelia2@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0009-3576-3394>

⁴ Médico General. Loja, Ecuador.

Correo: dayanararodriguez34@gmail.com. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1405-5013>

Resumen

Introducción: La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad inflamatoria crónica del folículo piloso caracterizada por nódulos dolorosos, abscesos, túneles y cicatrices en áreas intertriginosas. El retraso diagnóstico favorece daño estructural irreversible y una elevada carga física y psicosocial. **Objetivo:** Sintetizar criterios clínicos para el diagnóstico temprano de HS en atención primaria, identificar señales de alarma y diagnósticos diferenciales relevantes, y proponer una ruta de derivación escalonada basada en gravedad, localización y complejidad. **Fuentes de evidencia:** Se realizó una revisión narrativa estructurada de PubMed/MEDLINE y portales oficiales de revistas y sociedades científicas, priorizando guías internacionales, consensos, revisiones sistemáticas y estudios de atención primaria publicados entre enero de 2020 y el 31 de agosto de 2026; se incorporaron trabajos seminales sobre criterios diagnósticos y escalas de gravedad. **Síntesis:** El diagnóstico se sustenta en tres pilares: morfología compatible, distribución típica y recurrencia/cronicidad. Dos o más episodios en seis meses en localizaciones intertriginosas constituyen un criterio clínico de alta utilidad. Los túneles drenantes, las cicatrices, la afectación multisituada, IHS4 moderado-grave, el impacto importante en calidad de vida y la falta de control en atención primaria justifican derivación prioritaria a dermatología. Fiebre o toxicidad sistémica con sospecha de infección profunda, enfermedad perianal compleja con síntomas gastrointestinales, lesión crónica atípica o no cicatrizante y riesgo suicida requieren vías aceleradas específicas. El cultivo bacteriano rutinario no confirma HS; el ultrasonido de alta frecuencia es un complemento útil para extensión subclínica y la resonancia magnética tiene especial valor en enfermedad perianal o profunda compleja. **Conclusión:** Una estrategia de reconocimiento basada en patrón clínico, evaluación breve de gravedad y triaje de señales de alarma puede acortar el tiempo hasta el diagnóstico y facilitar una derivación oportuna, evitando que la enfermedad progrese de lesiones inflamatorias potencialmente reversibles a túneles y cicatrices permanentes.

Palabras claves: hidradenitis supurativa; atención primaria; diagnóstico precoz; diagnóstico diferencial; derivación; ultrasonido; enfermedad inflamatoria cutánea.

Información del manuscrito:

Fecha de recepción: 14 de mayo de 2026.

Fecha de aceptación: 20 de julio de 2026.

Fecha de publicación: 24 de agosto de 2026.



Abstract

Background: Hidradenitis suppurativa (HS) is a chronic inflammatory follicular disease characterized by painful nodules, abscesses, draining tunnels, and scarring in intertriginous areas. Diagnostic delay promotes irreversible structural damage and substantial physical and psychosocial burden. **Objective:** To summarize clinical criteria for early HS diagnosis in primary care, identify warning signs and relevant differential diagnoses, and propose a tiered referral pathway based on severity, location, and complexity. **Evidence sources:** A structured narrative review of PubMed/MEDLINE and official journal and scientific-society sources was performed, prioritizing international guidelines, consensus statements, systematic reviews, and primary-care studies published from January 2020 through August 31, 2026, together with seminal diagnostic and severity-classification studies. **Synthesis:** Diagnosis relies on three pillars: compatible morphology, typical distribution, and recurrence/chronicity. Two or more episodes within six months in intertriginous sites provide a practical recognition threshold. Draining tunnels, scarring, multisite disease, moderate-to-severe IHS4, major quality-of-life impact, and inadequate control in primary care justify prioritized dermatology referral. Systemic toxicity suggesting deep infection, complex perianal disease with gastrointestinal symptoms, atypical or non-healing chronic lesions, and suicidal risk warrant accelerated condition-specific pathways. Routine bacterial cultures do not establish HS. High-frequency ultrasound can define subclinical extent, whereas magnetic resonance imaging is particularly valuable in complex perianal or deep disease. **Conclusion:** Pattern recognition, brief severity assessment, and structured warning-sign triage can shorten time to diagnosis and facilitate timely referral before inflammatory disease progresses to permanent tunnels and scars.

Keywords: hidradenitis suppurativa; primary care; early diagnosis; differential diagnosis; referral; ultrasound; inflammatory skin disease.

1. Introducción

La hidradenitis supurativa (HS), también denominada acné inversa, es una enfermedad inflamatoria crónica, recurrente y cicatrizante del folículo piloso que aparece predominantemente después de la pubertad y afecta áreas de pliegues. Su expresión clínica abarca nódulos profundos dolorosos, abscesos, túneles drenantes, comedones abiertos dobles y cicatrices fibrosas. Las guías europeas S2k de 2026 subrayan que el diagnóstico es fundamentalmente clínico y que el reconocimiento temprano debe

preceder al desarrollo de daño anatómico permanente [1].

La HS no es una enfermedad rara. Una revisión sistemática y metarregresión estimó una prevalencia global ajustada de aproximadamente 0,40%, aunque las estimaciones varían de forma importante según el método diagnóstico y la población estudiada [3]. La enfermedad suele comenzar en adultos jóvenes y puede tener una distribución epidemiológica heterogénea por sexo y grupo poblacional [4]. Estas características hacen que la atención primaria sea un punto crítico tanto para el



diagnóstico como para la prevención de progresión.

El problema clínico central es el retraso diagnóstico. En una cohorte reciente de 285 pacientes, la demora media fue de 10,1 años [5], mientras que estudios previos han documentado retrasos prolongados y múltiples consultas antes de alcanzar el diagnóstico [6]. Las barreras incluyen el etiquetado repetido como foliculitis, absceso, infección o “forúnculos”, la vergüenza por la localización anatómica, el acceso limitado a dermatología y la baja familiaridad del profesional con las formas tempranas [7].

El retraso no es un simple inconveniente administrativo: la inflamación repetida puede evolucionar hacia túneles epitelizados, fibrosis, contracturas y cicatrices, con dolor crónico, drenaje, mal olor, alteración de la movilidad y fuerte impacto en la vida social, laboral, sexual y emocional [2,26]. Por ello, el objetivo razonable de atención primaria no es únicamente reconocer la HS grave, sino identificar el patrón antes de que aparezca daño estructural.

Esta revisión ofrece un marco práctico para la consulta general: cuándo sospechar HS, cómo diferenciarla de procesos infecciosos o fistulizantes, qué estudios complementarios son útiles, cómo evaluar gravedad en pocos minutos y cuándo derivar de forma rutinaria, prioritaria, urgente o inmediata.

2. Materiales y métodos

Se realizó una revisión narrativa estructurada orientada a una pregunta clínica de atención primaria. Se consultaron PubMed/MEDLINE y portales oficiales de revistas y sociedades científicas para literatura publicada entre enero de 2020 y el 31 de agosto de 2026. Los términos se combinaron en inglés y español e incluyeron “hidradenitis suppurativa”, “acne inversa”, “early diagnosis”, “primary care”, “diagnostic delay”, “differential diagnosis”, “referral”, “comorbidity screening”, “ultrasound”, “MRI”, “perianal” y “squamous cell carcinoma”.

Se priorizaron guías y consensos internacionales, revisiones sistemáticas, estudios de cohorte y estudios específicos de atención

primaria. Se incorporaron además trabajos seminales anteriores a 2020 para los criterios diagnósticos y la validación de IHS4. No se realizó metaanálisis ni evaluación formal de certeza de la evidencia; por tanto, este manuscrito debe interpretarse como revisión clínica narrativa, no como revisión sistemática. La ruta de derivación propuesta integra recomendaciones convergentes de guías y consenso, pero no constituye un instrumento de triaje validado.

3. Reconocimiento temprano: los tres pilares del diagnóstico

Las guías actuales mantienen un enfoque clínico basado en tres dominios: tipo de lesión, localización y comportamiento temporal [1,10,12]. En la práctica, el diagnóstico debe plantearse cuando un paciente describe episodios repetidos de nódulos o “abscesos” dolorosos en pliegues, sobre todo si existen lesiones simultáneas o antiguas cicatrices en otra región.

3.1. Lesiones típicas

Las lesiones activas más características son nódulos

inflamatorios profundos y dolorosos y abscesos. Con la evolución pueden aparecer túneles o trayectos drenantes, comedones dobles/multiporos, puentes cicatriciales y fibrosis. La presencia de túneles y cicatrices no es necesaria para diagnosticar enfermedad temprana; esperar a que aparezcan puede retrasar el reconocimiento [1,7].

3.2. Localizaciones típicas

Las axilas, ingles, región genitofemoral, perineal/perianal, glútea e inframamaria son las localizaciones clásicas. En mujeres puede ser relevante la afectación inframamaria; en adolescentes pueden predominar lesiones axilares, inguinales o glúteas y confundirse con acné o foliculitis [1,22]. Deben inspeccionarse, con consentimiento y preservando privacidad, otras áreas susceptibles aunque el motivo de consulta se limite a una sola zona.

3.3. Recurrencia y cronicidad

Un criterio práctico ampliamente utilizado es la presencia de al menos dos episodios de lesiones inflamatorias típicas en los últimos



seis meses en áreas características [1,7,13]. La recurrencia en el mismo sitio, la coexistencia de lesiones en distintos estadios y la historia de cicatrices previas aumentan la probabilidad diagnóstica. Una

fotografía tomada por el paciente durante una exacerbación puede ser útil cuando la consulta ocurre en fase quiescente, siempre que se respete la privacidad y las políticas locales.

Dominio	Hallazgos que aumentan la sospecha	Implicación en atención primaria
Morfología	Nódulos profundos dolorosos, abscesos; posteriormente túneles, drenaje, comedones dobles y cicatrices	No esperar a túneles para diagnosticar. La enfermedad temprana puede presentarse solo con nódulos recurrentes.
Distribución	Axilas, ingles, genitofemoral, perineal/perianal, glútea, inframamaria	Preguntar por otras áreas aunque el paciente consulte por una sola lesión.
Tiempo	Recurrencia o cronicidad; ≥ 2 episodios en 6 meses es un umbral práctico	Documentar frecuencia, duración, misma localización y episodios previos tratados como "abscesos".
Contexto	Inicio pospuberal, historia familiar, tabaquismo, exceso de peso, acné grave o enfermedad pilonidal pueden coexistir	Son datos de apoyo; su ausencia no excluye HS.
Daño estructural	Túneles, cicatrices fibrosas, retracción y drenaje crónico	Indica enfermedad más establecida y debe acelerar valoración especializada.

4. Clasificación rápida de gravedad en la consulta

Dos sistemas complementarios resultan particularmente útiles. Hurley describe daño anatómico y es sencillo para una primera clasificación; IHS4 cuantifica actividad inflamatoria de manera dinámica [11]. La combinación de ambos facilita decidir la prioridad de derivación.

Hurley I: abscesos o nódulos sin túneles ni cicatrices extensas. Hurley II: abscesos recurrentes con túneles y cicatrices, generalmente separados por piel relativamente

sana. Hurley III: compromiso difuso con múltiples túneles interconectados y extensa alteración de un área. Hurley es estático y puede infrarepresentar cambios de actividad.

IHS4 = número de nódulos $\times 1$ + número de abscesos $\times 2$ + número de túneles drenantes $\times 4$. Un puntaje ≤ 3 corresponde a enfermedad leve, 4–10 a moderada y ≥ 11 a grave [11]. En atención primaria puede calcularse en menos de un minuto y es especialmente útil para documentar progresión mientras se espera la consulta especializada.

Regla clínica útil

Un solo túnel drenante aporta 4 puntos en IHS4 y, por sí mismo, sitúa al paciente al menos en la categoría moderada. La presencia de túneles también significa daño estructural: no debe manejarse como una sucesión indefinida de “abscesos aislados”.

5. Signos de alarma y criterios de priorización

No existe una lista universal validada de “red flags” para HS. Por ello, conviene separar dos conceptos: señales de reconocimiento de HS (que aumentan la probabilidad diagnóstica) y señales de alarma para acelerar la derivación o descartar complicaciones. La siguiente propuesta deriva de guías, consensos y literatura sobre complicaciones [1,13,15,21,23].

Prioridad	Hallazgo	Conducta/razón
Inmediata urgencias	Fiebre, toxicidad sistémica, celulitis extensa, dolor desproporcionado, deterioro rápido o sospecha de infección profunda/necrosante	La HS inflamatoria no suele causar sepsis por sí sola; estos datos obligan a buscar infección bacteriana profunda u otra emergencia.
Urgente	Enfermedad perianal compleja con diarrea persistente, sangrado rectal, pérdida de peso, dolor abdominal o fístula con sospecha de comunicación intestinal	Considerar enfermedad de Crohn; coordinar gastroenterología/coloproctología e imagen pélvica según el caso [21].
Urgente	Úlcera o herida crónica que cambia, masa verrugosa, induración progresiva, sangrado o lesión no cicatrizante en HS de larga evolución, sobre todo perineal/glútea	Biopsia y evaluación dermatológica/quirúrgica para excluir carcinoma escamocelular; es raro pero potencialmente agresivo [23].
Urgente	Ideación suicida, autolesión o crisis psiquiátrica	Activar vía local de salud mental. La depresión, ansiedad y suicidabilidad forman parte del cribado recomendado [15].
Prioritaria	Túneles, cicatrices importantes, Hurley II–III, IHS4 ≥ 4 , múltiples áreas o progresión rápida	Alta probabilidad de requerir terapia sistémica avanzada, procedimientos o cirugía.
Prioritaria	Dolor, drenaje, limitación funcional o impacto en calidad de vida que interfieren con trabajo, estudio, sueño, relaciones o sexualidad	La gravedad percibida por el paciente puede exceder la impresión visual; integrar carga funcional y psicosocial [26].
Prioritaria	Falta de control con un plan inicial razonable en atención primaria o diagnóstico persistente incierto	Evitar ciclos repetidos de antibióticos cortos o incisiones sin estrategia longitudinal.

6. Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial depende de la morfología y la localización. La recurrencia estereotipada en pliegues y la coexistencia de

cicatrices o túneles favorecen HS, mientras que un episodio único con signos clásicos de infección debe manejarse como infección hasta demostrar lo contrario. En enfermedad perianal, la distinción



entre HS y Crohn es especialmente importante porque ambas pueden coexistir [1,21].

Diagnóstico alternativo	Claves a favor	Claves/acción para distinguirlo de HS
Forúnculo/absceso bacteriano	Inicio agudo, lesión única o pocas lesiones, eritema/celulitis predominante; posible cultivo positivo	HS: recurrencia en pliegues, múltiples episodios y secuelas cicatriciales. Cultivo si se sospecha infección secundaria, no de rutina para "confirmar" HS.
Foliculitis	Pústulas superficiales centradas en folículo, menos dolor profundo, ausencia de túneles	HS presenta nódulos más profundos y recurrentes; revisar sitios típicos y cicatrices antiguas.
Quiste epidermoide inflamado	Nódulo bien delimitado con punctum, generalmente aislado	HS suele ser múltiple/recurrente y topográficamente típica.
Enfermedad pilonidal	Lesiones centradas en surco interglúteo superior con hoyuelos/pits	Puede coexistir con HS; explorar axilas e ingles y antecedentes de lesiones recurrentes.
Enfermedad de Crohn perianal	Fisuras, fistulas profundas, síntomas intestinales, pérdida de peso; trayectos que pueden comunicar con canal anal/recto	HS se favorece por abscesos/túneles cutáneos en otros pliegues y ausencia de comunicación intestinal; MRI pélvica ayuda en casos complejos [21].
Linfogranuloma venéreo/otros ITS	Historia sexual de riesgo, proctitis, úlceras, adenopatías, síntomas genitales específicos	Realizar pruebas dirigidas según exposición y clínica; no atribuir automáticamente lesiones anogenitales a HS.
Escrofuloderma/actinomicosis y otras infecciones crónicas	Curso atípico, exposición epidemiológica, fistulas o nódulos fuera del patrón habitual	Requiere microbiología/biopsia dirigida según sospecha.
Pioderma gangrenoso	Úlcera dolorosa con borde violáceo socavado, fenómeno de patergia	Puede coexistir en síndromes autoinflamatorios; derivar a dermatología.
Neoplasia cutánea	Úlcera persistente, crecimiento verrugoso, induración, sangrado, cambio de patrón en lesión crónica	Biopsia prioritaria, especialmente en HS perineal/glútea de larga evolución [23].

7. ¿Qué pruebas pedir en atención primaria?

No existe una prueba de laboratorio diagnóstica específica para HS. En una presentación clínica típica, el diagnóstico no requiere cultivo,

biopsia o imagen de rutina [1,7,12]. Los estudios se seleccionan para responder preguntas concretas: descartar infección secundaria, evaluar comorbilidades, investigar un diagnóstico alternativo o mapear enfermedad subclínica.

Prueba	Uso rutinario	Cuándo aporta valor
Cultivo bacteriano	No rutinario	Solicitar si hay celulitis, fiebre, supuración inusual, fracaso antimicrobiano con sospecha de infección o necesidad de conocer sensibilidad. Un cultivo negativo no descarta HS.
Biopsia	No rutinaria	Indicada si la morfología es atípica, existe úlcera persistente/masa/induración o sospecha de neoplasia u otra dermatosis.

Prueba	Uso rutinario	Cuándo aporta valor
Laboratorio metabólico	Según riesgo y contexto	Presión arterial, IMC y cribado de diabetes/dislipidemia conforme a guías preventivas locales; HS se asocia con carga cardiometabólica [15-17].
Cribado de salud mental	Recomendado	Preguntar por depresión, ansiedad y suicidabilidad; usar herramienta local validada cuando corresponda [15].
Cribado gastrointestinal/articular	Dirigido por síntomas	Diarrea crónica, sangre, dolor abdominal, pérdida de peso o enfermedad perianal compleja → valorar IBD. Dolor lumbar inflamatorio/artritis → valorar espondiloartritis [15,21].
Ultrasonido de alta frecuencia	Adjunto, no requisito diagnóstico	Útil para detectar colecciones, pseudquistes y túneles no evidentes al examen, apoyar estadificación y planificar procedimientos [18-20].
Resonancia magnética	Selectiva	Especial valor en enfermedad perianal, pélvica o profunda compleja y para delimitar anatomía/diferenciar Crohn [19-21].

7.1. Papel de la imagen

El examen clínico puede subestimar túneles y extensión subcutánea. El consenso internacional sobre ultrasonido en HS respalda su utilidad para diagnóstico complementario, estadificación, monitorización, procedimientos y planificación quirúrgica [18]. El ultrasonido de alta frecuencia muestra ensanchamiento folicular, cambios dérmicos, colecciones y trayectos fistulosos; técnicas de frecuencia muy alta pueden revelar microtúneles o microquistes que no son palpables.

La resonancia magnética no debe solicitarse de forma indiscriminada en HS axilar o inguinal típica. Es más útil cuando la anatomía profunda modifica decisiones: enfermedad perianal extensa, sospecha de trayectos hacia estructuras pélvicas,

discordancia clínica, planificación compleja o duda con enfermedad de Crohn [19-21]. La tomografía tiene un papel más limitado y suele reservarse para preguntas anatómicas o complicaciones específicas.

8. Cribado de comorbilidades: una oportunidad de atención primaria

La HS es una enfermedad sistémicamente asociada, no solo cutánea. Recomendaciones norteamericanas basadas en evidencia incluyen cribado de obesidad, tabaquismo, diabetes, dislipidemia, síndrome metabólico, hipertensión y enfermedad cardiovascular, además de depresión, ansiedad, suicidabilidad, síndrome de ovario poliquístico cuando sea pertinente, enfermedad



inflamatoria intestinal y espondiloartritis [15]. Revisiones recientes confirman una carga relevante de factores de riesgo y comorbilidades [16,17].

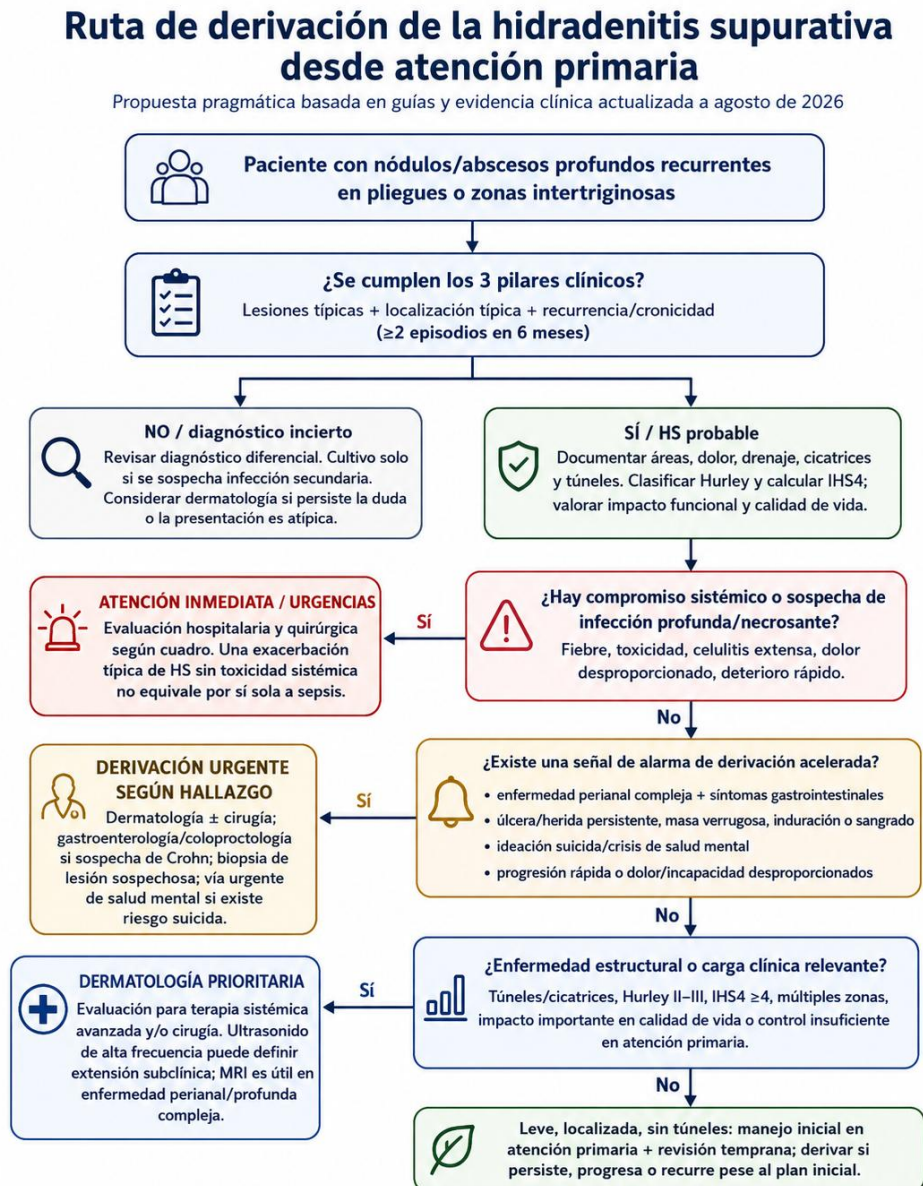
En atención primaria, el cribado debe integrarse con programas preventivos existentes y evitar culpabilizar al paciente. El exceso de peso y el tabaquismo se asocian con HS, pero las recomendaciones de cambio de estilo de vida deben presentarse como apoyo a la salud global y al control inflamatorio, no como condición previa para recibir tratamiento. El tabaquismo suele preceder al inicio de la HS en una proporción considerable de pacientes [34].

La salud mental merece evaluación explícita. Dolor, drenaje, mal olor, localización íntima y estigma pueden afectar autoestima, relaciones y actividad laboral. La severidad anatómica no predice por completo el impacto percibido, por lo que una pregunta breve sobre sueño, trabajo/estudio, intimidad y ánimo puede detectar necesidades que cambiarán la prioridad de derivación [15,26].

9. Ruta de derivación propuesta

La ruta de derivación debe responder a dos preguntas consecutivas: ¿existe una complicación que requiere una vía urgente distinta de la consulta dermatológica rutinaria? y, si no, ¿qué probabilidad existe de progresión o de necesidad de tratamiento especializado? Las guías británicas y europeas favorecen derivación temprana en enfermedad grave, múltiples zonas o ausencia de control, y resaltan el enfoque multidisciplinario [1,13,14].

Figura 1. Ruta pragmática de derivación de pacientes con sospecha o diagnóstico de hidradenitis supurativa desde atención primaria. IHS4: International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System; MRI: resonancia magnética. La figura integra guías y consensos y no constituye una escala de triaje validada.



Nota: esta ruta resume recomendaciones de guías y consenso; no constituye una escala validada de triaje y debe adaptarse a recursos locales.

10. Qué puede hacer atención primaria mientras se espera la valoración especializada

La derivación no debe equivaler a inacción. Incluso cuando el tratamiento definitivo corresponderá

a dermatología, varias intervenciones reducen sufrimiento y evitan mensajes perjudiciales. Es fundamental explicar que la HS no se debe a mala higiene, no es contagiosa y no es simplemente una infección repetitiva [7,13].



- Control del dolor individualizado y revisión de analgesia, evitando cronificar opioides sin un plan multimodal; la literatura propone evaluar componentes nociceptivos y neuropáticos [25].
- Curas y apósitos adecuados al nivel de exudado; protección de piel perilesional y reducción de fricción o presión cuando sea posible.
- Apoyo para cesación tabáquica y manejo de peso cuando sea pertinente, con lenguaje no estigmatizante y acceso a servicios apropiados [13,14,34].
- En enfermedad localizada leve sin túneles, pueden considerarse tratamientos tópicos antiinflamatorios/antimicrobianos recomendados por guías; los antibióticos sistémicos deben ajustarse a guías locales y a principios de optimización antimicrobiana [14,28,29].
- Evitar asumir que incisión y drenaje repetidos o ciclos breves de antibióticos constituyen control longitudinal de HS. Si la inflamación recurre, debe cambiar la estrategia y

acelerarse la valoración especializada.

- Documentar fotografías clínicas con consentimiento si la política institucional lo permite, número de lesiones, IHS4, áreas afectadas y respuesta al tratamiento; ello facilita continuidad asistencial.

11. Situaciones especiales

11.1. Adolescentes

La HS puede iniciar en la infancia tardía o adolescencia. Las lesiones tempranas pueden confundirse con foliculitis o acné y el impacto psicosocial puede ser desproporcionado. La recurrencia en axila, ingle o región glútea, especialmente con cicatrices o historia familiar, debe motivar diagnóstico temprano y consideración de dermatología pediátrica o dermatología según la organización local [22].

11.2. Embarazo y posparto

La actividad durante el embarazo es variable. Una revisión sistemática encontró que la mayoría de las pacientes permanece estable o empeora y que las exacerbaciones posparto son frecuentes [35]. La

elección farmacológica requiere revisar seguridad materno-fetal; por ello, la derivación o consulta especializada es aconsejable cuando la enfermedad es moderada-grave o el tratamiento habitual plantea dudas de seguridad.

11.3. Enfermedad perianal

La región perianal exige un umbral bajo para colaboración multidisciplinaria. HS y Crohn pueden coexistir; dolor rectal, diarrea persistente, sangrado, pérdida de peso, abscesos profundos o trayectos con posible comunicación intestinal justifican valoración gastroenterológica/coloproctológica y, con frecuencia, MRI pélvica [21]. La enfermedad perineal de larga evolución también requiere vigilancia de cambios atípicos por el raro riesgo de carcinoma escamocelular [23].

12. Discusión

La principal oportunidad para mejorar resultados en HS probablemente ocurre antes de la consulta dermatológica. En estudios de atención primaria, muchos profesionales expresan confianza

diagnóstica, pero persisten brechas en manejo del dolor, cribado de comorbilidades y reconocimiento de cuándo escalar la atención [8,9]. Esto sugiere que la educación no debe limitarse a mostrar fotografías de enfermedad avanzada, sino enseñar un patrón clínico sencillo y un sistema de triaje.

El umbral de “dos episodios en seis meses” es útil porque transforma una historia vaga de “forúnculos recurrentes” en una pregunta operativa. Sin embargo, no debe interpretarse de forma rígida: un paciente con un túnel típico, múltiples cicatrices antiguas o una presentación muy característica puede tener HS aunque recuerde menos episodios recientes. El juicio clínico sigue siendo necesario [1].

Otro punto crítico es diferenciar inflamación estéril o disbiótica propia de HS de infección bacteriana secundaria. La costumbre de solicitar cultivos de forma repetida o de tratar cada exacerbación como un absceso aislado puede perpetuar el retraso. Los cultivos deben responder a una sospecha microbiológica concreta, no funcionar como prueba diagnóstica de HS [7].



La incorporación de imagen representa un cambio relevante. La HS continúa siendo un diagnóstico clínico, pero el ultrasonido está pasando de ser una herramienta de investigación a un complemento para detectar enfermedad subclínica, cuantificar túneles y planificar procedimientos [18]. En sistemas con acceso limitado, esto no debe crear una nueva barrera diagnóstica: la ausencia de ultrasonido nunca debería retrasar la identificación clínica y la derivación de un caso típico.

La ruta propuesta también reconoce que “derivar a dermatología” no resuelve todos los escenarios. Sepsis o infección profunda requiere urgencias; la sospecha de Crohn exige una vía digestiva/coloproctológica; una lesión crónica atípica necesita biopsia; y el riesgo suicida demanda atención de salud mental. Este enfoque evita encasillar toda complicación de un paciente con HS como un simple brote cutáneo.

La derivación temprana es especialmente importante cuando ya existen túneles o cicatrices. Las terapias médicas actuales pueden

reducir inflamación, pero el tejido cicatricial y los túneles establecidos a menudo requieren procedimientos o cirugía. Por ello, el objetivo de atención primaria debe ser identificar la enfermedad antes de que el daño anatómico se vuelva dominante [2,14].

Finalmente, el diálogo clínico importa. La HS afecta zonas íntimas y puede generar vergüenza. Preguntar de manera neutral por lesiones en axilas, ingles, debajo de las mamas, glúteos y región perineal, explicar por qué se necesita explorar y ofrecer acompañante/chaperón conforme a la práctica local mejora la posibilidad de obtener una historia completa y de mantener confianza terapéutica.

13. Conclusiones

La HS debe sospecharse ante nódulos o abscesos profundos recurrentes en pliegues, especialmente cuando existen cicatrices, túneles o afectación en más de una zona. El diagnóstico es clínico y se apoya en la tríada de lesiones típicas, localización típica y recurrencia. IHS4 y Hurley permiten documentar gravedad con rapidez y

ayudan a definir prioridad de derivación. La atención primaria debe reconocer, además, escenarios que requieren vías aceleradas: toxicidad sistémica o infección profunda, enfermedad perianal con sospecha de Crohn, lesión crónica atípica o no cicatrizante y riesgo suicida. El ultrasonido de alta frecuencia y la resonancia magnética son herramientas complementarias seleccionadas, no requisitos para diagnosticar. Una ruta estructurada de reconocimiento, triaje y derivación puede reducir años de retraso y evitar la transición hacia daño estructural irreversible.

Bibliografía

1. Jemec GBE, Villumsen B, van Straalen KR, van der Zee HH, Valiukevičienė S, Tzellos T, et al. European S2k guidelines for hidradenitis suppurativa/acne inversa Part 1. Epidemiology, diagnosis and clinical assessment. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2026;00:1-20. doi:10.1111/jdv.70638.
2. Sabat R, Alavi A, Wolk K, Wortsman X, McGrath B, Garg A, Szepietowski JC. Hidradenitis suppurativa. *Lancet*. 2025;405(10476):420-438. doi:10.1016/S0140-6736(24)02475-9.
3. 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(8):924-931. doi:10.1001/jamadermatol.2021.1677.
4. Midgette B, Garg A. Epidemiology of hidradenitis suppurativa and its comorbid conditions. *J Am Acad Dermatol*. 2024;91(6 Suppl):S3-S7. doi:10.1016/j.jaad.2024.09.013.
5. Aparício Martins I, Figueira Vilela B, Cabete J. Diagnostic Delay in Hidradenitis Suppurativa: Still an Unsolved Problem. *Skin Appendage Disord*. 2024;10(2):129-132. doi:10.1159/000534845.
6. Kokolakis G, Wolk K, Schneider-Burrus S, et al. Delayed diagnosis of hidradenitis suppurativa and its effect on patients and healthcare system. *Dermatology*. 2020;236(5):421-430. doi:10.1159/000508787.
7. Snyder CL, Chen SX, Porter ML. Obstacles to Early Diagnosis and Treatment of Hidradenitis Suppurativa: Current Perspectives on Improving



- Clinical Management. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2023;16:1833-1841. doi:10.2147/CCID.S301794.
8. Wainman HE, Lane PCE, Ingram JR. Hidradenitis suppurativa diagnosis and management in primary care: not just recurrent boils. Br J Gen Pract. 2023;73(726):43-45. doi:10.3399/bjgp23X731733.
9. Collier F, Howes R, Rodrigues J, Thomas K, Leighton P, Ingram JR. Primary care management of hidradenitis suppurativa: a cross-sectional survey of UK GPs. BJGP Open. 2021;5(5):BJGPO.2021.0051. doi:10.3399/BJGPO.2021.0051.
10. Wainman HE, Gallard S, Ridd MJ, Ingram JR. Management of hidradenitis suppurativa in UK primary care: a cross-sectional survey. BJGP Open. 2025;9(4):BJGPO.2025.0060. doi:10.3399/BJGPO.2025.0060.
11. Zouboulis CC, Tzellos T, Kyrgidis A, Jemec GBE, Bechara FG, Giamarellos-Bourboulis EJ, et al. Development and validation of the International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System (IHS4), a novel dynamic scoring system to assess HS severity. Br J Dermatol. 2017;177(5):1401-1409. doi:10.1111/bjd.15748.
12. Alikhan A, Sayed C, Alavi A, Alhusayen R, Brassard A, Burkhart C, et al. North American clinical management guidelines for hidradenitis suppurativa: Part I: diagnosis, evaluation, and complementary and procedural management. J Am Acad Dermatol. 2019;81(1):76-90. doi:10.1016/j.jaad.2019.02.067.
13. Ingram JR, Collier F, Brown D, Burton T, Pink AE, Exton LS, et al. British Association of Dermatologists guidelines for the management of hidradenitis suppurativa (acne inversa) 2018. Br J Dermatol. 2019;180(5):1009-1017. doi:10.1111/bjd.17537.
14. Zouboulis CC, Bechara FG, Benhadou F, et al. European S2k guidelines for hidradenitis suppurativa/acne inversa part 2: Treatment. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2025;39(5):899-941. doi:10.1111/jdv.20472.
15. Garg A, Malviya N, Strunk A, Wright S, Alavi A, Alhusayen R, et al. Comorbidity screening in hidradenitis suppurativa: Evidence-based recommendations from the US and Canadian Hidradenitis Suppurativa Foundations. J

- Am Acad Dermatol. 2022;86(5):1092-1101. doi:10.1016/j.jaad.2021.01.059.
16. Bouadi N, Rijal H, Jeremian R, et al. Comorbidities and Risk Factors Associated With Hidradenitis Suppurativa: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Cutan Med Surg*. 2024;28(4):392-393. doi:10.1177/12034754241239252.
17. Ingram JR. The epidemiology of hidradenitis suppurativa. *Br J Dermatol*. 2020;183(6):990-998. doi:10.1111/bjd.19435.
18. Wortsman X, Alfageme F, Dini V, García-Martínez FJ, Caposiena Caro RD, Frew J, et al. International consensus statement on the use of ultrasound in hidradenitis suppurativa. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2026;40(4):626-636. doi:10.1111/jdv.20600.
19. Mendes-Bastos P, Martorell A, Bettoli V, Matos AP, Muscianisi E, Wortsman X. The use of ultrasound and magnetic resonance imaging in the management of hidradenitis suppurativa: a narrative review. *Br J Dermatol*. 2023;188(5):591-600. doi:10.1093/bjd/ljad028.
20. Ávila de Almeida C, Haui P, Martins Costa F, Povill J, Alcantara Martins P, Loureiro M, et al. Essential Considerations for Radiologists in Diagnosing Hidradenitis Suppurativa. *Radiographics*. 2024;44(11):e240066. doi:10.1148/rg.240066.
21. Parian AM, Obi M, Fleshner P, Schwartz DA. Management of Perianal Crohn's Disease. *Am J Gastroenterol*. 2023;118(8):1323-1331. doi:10.14309/ajg.0000000000002326.
22. Cotton CH, Chen SX, Hussain SH, Lara-Corrales I, Zaenglein AL. Hidradenitis Suppurativa in Pediatric Patients. *Pediatrics*. 2023;151(5):e2022061049. doi:10.1542/peds.2022-061049.
23. Racanelli E, Jfri A, Gefri A, et al. Cutaneous Squamous Cell Carcinoma in Patients with Hidradenitis Suppurativa. *Cancers (Basel)*. 2021;13(5):1153. doi:10.3390/cancers13051153.
24. Frew J, Smith A, Fernandez Penas P, Ellis E, Foley P, Rubel D, et al. Australasian hidradenitis suppurativa management guidelines. *Australas J Dermatol*. 2025;66(2):75-89. doi:10.1111/ajd.14388.
25. Savage KT, Singh V, Patel ZS, Yannuzzi CA, McKenzie-



- Brown AM, Lowes MA, Orenstein LAV. Pain management in hidradenitis suppurativa and a proposed treatment algorithm. J Am Acad Dermatol. 2021;85(1):187-199. doi:10.1016/j.jaad.2020.09.039.
26. Otten M, Augustin M, Blome C, Topp J, Niklaus M, Hilbring C, et al. Measuring Quality of Life in Hidradenitis Suppurativa: Development and Validation of a Disease-specific Patient-reported Outcome Measure for Practice and Research. Acta Derm Venereol. 2023;103:adv00859.
27. Alikhan A, Sayed C, Alavi A, Alhusayen R, Brassard A, Burkhart C, et al. North American clinical management guidelines for hidradenitis suppurativa: Part II: topical, intralesional, and systemic medical management. J Am Acad Dermatol. 2019;81(1):91-101.
28. van Straalen KR, Tzellos T, Guillem P, Benhadou F, Cuenca-Barrales C, Daxhelet M, et al. The efficacy and tolerability of tetracyclines and clindamycin plus rifampicin for the treatment of hidradenitis suppurativa: results of a prospective European cohort study. J Am Acad Dermatol. 2021;85(2):369-378. doi:10.1016/j.jaad.2020.12.089.
29. Garg A, Neuren E, Cha D, et al. Evaluating patients' unmet needs in hidradenitis suppurativa: results from the Global Survey Of Impact and Healthcare Needs (VOICE) Project. J Am Acad Dermatol. 2020;82(2):366-376. doi:10.1016/j.jaad.2019.06.1301.
30. Shukla N, Paul M, Halley M, et al. Identifying barriers to care and research in hidradenitis suppurativa: findings from a patient engagement event. Br J Dermatol. 2020;182(6):1490-1492. doi:10.1111/bjd.18818.
31. Saunte DML, Boer J, Stratigos A, et al. Diagnostic delay in hidradenitis suppurativa is a global problem. Br J Dermatol. 2015;173(6):1546-1549. doi:10.1111/bjd.14038.
32. O'Keeffe C, Kirby B. Cigarette smoking precedes the onset of hidradenitis suppurativa. Int J Dermatol. 2022;61(9):e320-e321. doi:10.1111/ijd.16117.
33. Seivright JR, Villa NM, Grogan T, Parvataneni RK, Thompson AM, Shi VY, Hsiao JL. Impact of Pregnancy on Hidradenitis Suppurativa Disease Course: A Systematic Review and Meta-Analysis. Dermatology. 2022;238(2):260-266. doi:10.1159/000517283.