

ARTÍCULO ORIGINAL

REVISTA ARGENTINA DE DERMATOLOGÍA

Propiedad de la Asociación Argentina de Dermatología

ISSN 1851-300X | Número de Propiedad Intelectual RE-2023-29115831

HIDRADENITIS SUPURATIVA: REPORTE DE UN CASO

HIDRADENITIS SUPPURATIVA: A CASE REPORT



ENE - DIC 2023 | Vol. 104

Artículo Original

Rev. argent. dermatol. 2023; 104 ;03; 23 -35

Publicado en línea 2023, octubre / Published online 2023 october

Hidradenitis suppurativa: reporte de un caso

Autores | Contacto

Lacerda MS1, Baú MN 2

1. Médico Residente de Dermatología. Hospital San Luis, San Luis capital. Argentina - <https://orcid.org/0009-0005-9818-8287>

2. Médico Especialista en Dermatología. Hospital San Luis, San Luis capital. Argentina. - <https://orcid.org/0009-0009-0953-7457>

Hospital San Luis. Héroes de Malvinas110, D.5700. San Luis capital. Argentina

Email autor responsable: mariadelsollacerda@gmail.com

Los autores no manifiestan conflicto de interés.

Recibido: 03/08/2022

Recibido 1°Corrector: 19/ 02/2023

Recibido 2° corrector: 03/09/2023

Aceptado para su Publicación:16/10/2023

RESUMEN

La hidradenitis suppurativa (HS) es una enfermedad dolorosa y crónica, que afecta en especial la unidad folículo-pilosebácea de la piel ubicada en ingle, axilas, región perianal, perineo, genitales y submamaria, regiones anatómicas donde se encuentran glándulas sudoríparas apocrinas.

El curso clínico de la HS es heterogéneo pues varía desde formas muy graves con abscesos fluctuantes profundos y drenajes eventuales; con cicatrices residuales graves, hasta otra forma de enfermedad comparativamente leve caracterizada por la aparición de algunos nódulos inflamatorios, pústulas y pápulas, de manera recidivante.

Comunicamos el caso de un niño de 12 años de edad, con diagnóstico de hidradenitis suppurativa, quien fue tratado con Adalimumab. Realizamos la revisión del estado de arte de esta patología, describimos sus características clínicas, criterios diagnósticos, diagnósticos diferenciales y los posibles tratamientos. Nuestra presentación, tiene por objeto relatar nuestra experiencia en el seguimiento del caso del paciente, y las vicisitudes diagnósticas al respecto, que variaron desde acné inflamatorio

ABSTRACT

Hidradenitis suppurativa (HS) is a painful and chronic disease that particularly affects the follicle-pilosebaceous unit of the skin located in the groins, armpits, perianal region, perineum, genitals, and submammary glands, which are anatomical regions where apocrine sweat glands are found.

The clinical course of HS is heterogeneous as it varies from very severe forms with deep fluctuating abscesses and eventual drainage; with severe residual scars, to another form of a comparatively mild condition characterized by the presence of some recurrent inflammatory nodules, pustules and papules as well.

We report the case of a 12-year-old boy, diagnosed with hidradenitis suppurativa, who was treated with Adalimumab.

We reviewed the state of the art of this pathology, described its clinical characteristics, diagnostic criteria, differential diagnoses and carried out possible treatments.

The purpose of our presentation is to report our experience in monitoring the patient's case, along with the diagnostic vicissitudes in this regard, which ranged from severe inflammatory acne to finally arriving at a certain diagnosis of

grave hasta finalmente arribar al diagnóstico de certeza de hidradenitis supurativa, basándonos en criterios clínicos y ecográficos. Consideramos de interés haber podido emplear el "agente biológico" inhibidor del factor de necrosis tumoral (FNT) que hemos mencionado, con excelente respuesta.

PALABRAS CLAVE

Hidradenitis supurativa, hidrosadenitis supurativa, enfermedad de Verneuil, apocrinitis, acné inverso, enfermedades autoinflamatorias.

hidradenitis suppurativa, based on clinical and ultrasound criteria. We consider of interest the possibility of having been able to use the "biological agent" inhibitor of the tumor necrosis factor (TNF) that we have mentioned, with an excellent response.

KEY WORDS

Hidradenitis suppurativa, Verneuil's disease, apocrinitis, acne inversa, autoinflammatory diseases.

Introducción

La HS es una enfermedad crónica de la piel caracterizada por nódulos, abscesos, fístulas y cicatrices, que generalmente afecta las axilas, las zonas submamarias e intermamaria, ingles, genitales externos, glúteos y la zona perianal. Es una enfermedad frecuente, con una prevalencia estimada del 1%.

La etiología de la hidradenitis supurativa parece tener influencias genéticas, ambientales y conductuales. Entre un 33% y hasta un 40% de los pacientes tienen familiares de primer grado con HS, indicando la influencia de factores hereditarios con un carácter de transmisión autosómico dominante, desórdenes alimentarios y factores ambientales serían también responsables, así personas con sobrepeso, obesas, y afectados de síndrome metabólico, están predispuestas a la HS, estas enfermedades y síndromes cursan con una mayor extensión de las zonas intertriginosas, hiperhidrosis, y un aumento relativo de los andrógenos, factores vinculados con la HS. Por otro lado, se sabe que tanto la obesidad, como la gravedad y evolución de la HS, son peores en las personas que fuman, luego resulta que la nicotina es capaz de aumentar la obstrucción folicular. La mayor prevalencia en mujeres que en hombres, la edad de aparición más frecuente: pubertad y menopausia, el desarrollo de brotes agudos y graves, coincidiendo con los ciclos menstruales o con la administración de hormonas, demuestran la participación hormonal en la HS,¹ se ha descrito también una respuesta inmune aberrante a la flora comensal.²

Se pensó que la HS era una enfermedad de las glándulas sudoríparas apocrinas, pero los hallazgos histológicos indican que la HS es una enfermedad que surge en la unidad folículo-pilosebácea.¹

Presentamos el caso de un paciente de 12 años de edad con lesiones clínicas y criterios ecográficos compatibles con HS.

Caso clínico

Paciente pediátrico de sexo masculino de 12 años de edad, oriundo y residente de la Ciudad de San Luis Capital, Argentina, asistido por Servicio de Endocrinología Infantil del Hospital San Luis por su talla alta y un presunto aumento de la velocidad de crecimiento, es derivado a nuestro Servicio con el diagnóstico clínico de "acné".

Al examen físico presentaba, pápulas, pústulas, nódulos, múltiples comedones abiertos y cerrados localizados en cara, cuello, y trago (**Fig. 1**), ingles, y cara interna de muslo derecho (**Fig. 2**), ambos hombros, región pre-esternal, región intermamaria, y en mamas propiamente dicho, pues el paciente presenta ginecomastia, también notamos hirsutismo (Fig. 3).



Figura 1: seis meses de tratamiento con isotretinoína, múltiples comedones gigantes, pústulas, quistes y nódulos dolorosos.



Figura 2: Quistes, nódulos dolorosos, cicatrices hipertróficas, máculas hiperpigmentadas.



Figura 3: Quistes, nódulos dolorosos, cicatrices hipertróficas, máculas hiperpigmentadas.

Los estudios complementarios solicitados incluyeron: hemograma completo, rutina de laboratorio, hepatograma, perfil lipídico, CPK, además del perfil hormonal testosterona, 17 OH progesterona, función tiroidea, prolactina, factor de crecimiento semejante a la insulina tipo I (IGF-I) y la hormona de crecimiento (GH). Todos estos estudios arrojaron resultados dentro de límites normales para la edad.

Se estudió la edad ósea, también denominada edad esquelética, de nuestro paciente, demostrándose que no había coincidencia, pues para una edad cronológica de 12 años y dos meses, el niño mostraba una edad ósea de 15 años. Por otro la evaluación cardiológica fue normal.

Nuestro diagnóstico presuntivo en ese momento fue acné inflamatorio grave y decidimos administrar isotretinoína vía oral, en dosis de 20 mg/día, luego de observada una buena tolerancia a este fármaco, a los dos meses aumentamos la dosis a 40 mg/día.

A los cuatro meses de iniciado el tratamiento, en un nuevo control, al examen físico se puede observar que las lesiones continúan activas, persistiendo el dolor.

Se observa además que de algunos elementos drena material tanto purulento como hemorrágico.

A la isotretinoína, 40 mg/día, decidimos agregar meprednisona vía oral, a razón de 1,5 mg/kg/día, en dosis decrecientes hasta completar un mes de tratamiento esteroideo.

Luego de seis meses de esta ininterrumpida terapéutica no observamos mejoría, a contrario sensu notamos el desarrollo de nuevas lesiones: nódulos con secreción serosanguinolenta, dolorosos,

localizados en escroto, cara, ingle, axilas, pecho y espalda, así mismo observamos la presencia de cicatrices hipertróficas en esas localizaciones.

Basándonos en los criterios que García-Valdés L y col., quienes toman de Arenas R, ver tabla N° 1³, no realizamos biopsia alguna, pues era probable que no aportara datos de interés, si requerimos, motivadas por nuestro novel diagnóstico presuntivo de hidradenitis supurativa, ecografía dermatológica doppler color de las regiones antes mencionadas, este estudio informó:

Pecho: múltiples colecciones fluidas subdérmicas que miden entre cuatro, cinco, diez y hasta 15 mm de diámetro, y al menos tres lesiones presentan fístulas dermoepidérmicas, aumento de la vascularización al estímulo doppler color.

Cara: múltiples nódulos subcutáneos en ambas mejillas y fistulas epidérmico-dérmicas con un tracto fistuloso en región maxilar derecha que mide 23 mm con escasa vascularización al estímulo doppler color.

Región pudenda y escrotal: engrosamiento dérmico de bolsas escrotales y edema del tejido celular subcutáneo, presentando al menos cinco colecciones fluidas, con fístulas dermo-hipodérmicas, y aumento de la vascularización perilesional que miden 15, 20 y 30 mm, más voluminosas en escroto derecho.

Axilas: engrosamiento dérmico y lesiones nodulares.

Espalda: múltiples lesiones (más de 90), nódulos subcutáneos, colecciones fluidas, algunas fístulas dermo-epidérmicas y aumento de la vascularización al estudio doppler color, que miden desde cinco, diez y hasta 15mm.

Según el método de Hurley modificado nuestro paciente se clasificaba dentro de un Hurley III, decidida la administración de adalimumab, solicitamos lo siguiente:

Laboratorio general: hemograma completo, función hepática y renal, perfil lipídico, glucemia, orina completa.

Indicamos la prueba cutánea de la tuberculina (PPD), y del panel infectológico: serología para HIV, sífilis, Chagas, toxoplasmosis, hepatitis B, C y A.

Radiografía de tórax. Control odontológico. Todos sin particularidades.

Además, se indicó cumplimentar el Calendario Nacional de Vacunación.

Usamos el siguiente esquema para la administración de adalimumab:

Día 0: 160 mg s.c.

Día 14: 80 mg s.c.

Día 28: mantenimiento 80 mg s.c. (cada 14 días)

Luego de ocho meses de tratamiento, al examen físico se observa marcada mejoría de las lesiones, incluso las cicatrices tornaron color piel normal cuando antes se veían eritematosas. (figuras 4 y 5)



Figura 4: Luego de 8 meses de tratamiento con Adalimumab, marcada mejoría de las lesiones. Continúa con cicatrices hipertróficas.

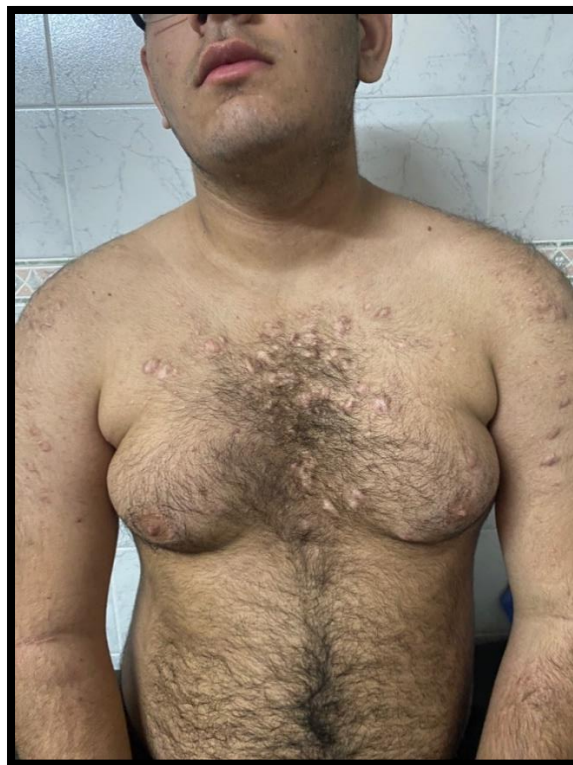


Figura 5: Luego de 8 meses de tratamiento con Adalimumab, marcada mejoría de las lesiones. Continúa con cicatrices hipertróficas. Nótese ginecomastia e hipertrichosis.

Discusión

La HS es una patología inflamatoria crónica, que se presenta con nódulos dolorosos, comedones gigantes y trayectos fistulosos, una de las sinonimias más utilizadas es el de acné inverso. Además, es una enfermedad recurrente, que cursa con un importante impacto en la calidad de vida de los pacientes.⁴

Afecta a todas las etnias, con una prevalencia mundial estimada del 1%, según los estudios europeos. Presenta cierto predominio en climas tropicales y calurosos, pero se reportan casos desde lugares del mundo con condiciones climáticas variables. En Argentina no se conoce la incidencia exacta en la población general. La HS es más frecuente en mujeres. La incidencia en el sexo femenino es mayor entre los 20 y los 40 años, la relación se invierte luego de los 45 años. Desde de los 55 años se observa una disminución significativa de la prevalencia en ambos sexos. La HS se puede iniciar en la pubertad y, entre un 2% y un 3%, antes de los 11 años de edad.^{3,5}

La HS es una enfermedad inflamatoria multifactorial.²

El folículo piloso cumple un papel primordial en el desarrollo de la enfermedad, demostrado por la presencia de tapones de queratina como fenómeno inicial y la inflamación de la glándula apocrina como evento secundario. La hiperplasia epidérmica, con la obstrucción del folículo, provoca la dilatación de este, consecuentemente la aparición de los primeros eventos inflamatorios. Luego, se produce la rotura folicular con derrame de su contenido (bacterias, sebo, queratina, fragmentos pilosos) a la dermis, esto da inicio a un proceso inflamatorio tardío con formación de nódulos, abscesos y posterior aparición de tractos fistulosos.⁴

El factor genético se ha demostrado en un porcentaje inferior al 50 % de los casos, vinculándose su presencia a un peor pronóstico. Los genes responsabilizados están en el cromosoma 1p211.1-1q25.3.7. Se ha localizado una mutación en la vía de señalización Notch de la enzima γ -secretasa, se ha descrito la inactivación del gen *ncstn*, ubicado en 1q22-23 que codifica la nicastrina, una de las subunidades de la γ -secretasa y proteasa. Además, en una familia con formas clínicas graves, se han encontrado dos mutaciones en subunidades génicas relacionadas con la γ -secretasa del potenciador de presilina i y ii (*psen1* y *psenen*). Habiéndose considerado cierta relación entre la HS y la enfermedad de Crohn por mutua vinculación con el gen *card15*.³

Aun no se conoce con exactitud la función del microbioma bacteriano, ni la de la biopelícula que recubre las fistulas. Esto podría relacionarse con el inicio de la enfermedad o con la continuación de la misma. En el futuro es probable que, además de antibioterapia específica, se intente modificar el microbioma bacteriano, en lugar de erradicarlo, mediante trasplante de flora y utilización de péptidos antimicrobianos sintéticos.⁶

Otros factores predisponentes o desencadenantes son el tabaco ⁷, la obesidad, factores endocrinológicos, ropa ajustada, desodorantes o depilación ya que los irritantes exacerbaban enfermedad y por último algunos fármacos como el litio, los anticonceptivos o la isotretinoína son algunos de los medicamentos que pueden generar brotes repetitivos de la enfermedad.⁶

Si bien no es lo más frecuente, se han comunicado casos de HS en niños. Estos pacientes suelen tener antecedentes de hipotiroidismo congénito, hiperplasia suprarrenal, obesidad o pubertad precoz, por lo que es recomendable realizar un examen endocrinológico para descartarlos.⁸

Se describen enfermedades que se vinculan con la HS, que se conocen como comorbilidad. Entre las cuales están, el desarrollo de artritis HLA B27 negativa y la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), especialmente en el caso de enfermedad de Crohn (EC), ambas son patologías inflamatorias crónicas que con mayor frecuencia se vinculan con la HS.⁶ Como dijimos antes, se ha observado cierta relación entre la HS y el síndrome metabólico (SM). Estos resultados se describieron tanto en la población adulta como en la pediátrica. Existe también una relación proporcional entre el SM y la gravedad de la HS.⁹ Además, se ha demostrado una mayor presencia de depresión y ansiedad, en pacientes con HS que en la población sana.¹⁰

El diagnóstico es clínico y ecográfico. No hay una prueba específica para el diagnóstico ni marcadores de laboratorio específicos.

Un estudio ha demostrado que la mayoría de los pacientes (80%) experimentan uno o más síntomas prodrómicos. Estos son: fatiga, malestar general, cefalea y náuseas. Los síntomas localizados incluyeron eritema, parestesia y prurito. Los mismos pueden aparecer entre las 12 y las 24 horas previas a las manifestaciones clínicas.¹¹

Posteriormente aparecen nódulos no inflamatorios (sin eritema y con baja sensibilidad) e inflamatorios (con eritema y dolor), que pueden resolverse de manera espontánea al cabo de siete a 15 días o progresar a abscesos, fístulas o cicatrices.

Las localizaciones más frecuentes según el sexo, son las siguientes:

- Mujeres: zona genital e inguinal (93%), zona axilar (67%), pliegue interglúteo (33%), glúteos (23%), región submamaria y aréola (22%).
- Hombres: zona axilar (79%), genital (77%), pliegue interglúteo (51%), glúteos (40%) y región submamaria (5%).

Existen localizaciones inusuales como: nuca, región retroauricular, cintura abdominal, conducto auditivo externo, párpados y el ombligo.⁵

El diagnóstico ecográfico ⁵, resulta de importancia diagnóstica, tal es así que la ecografía de alta resolución y el estudio Doppler han ocupado un lugar preponderante en los últimos años. La ecografía de la piel permite identificar lesiones no encontradas en el examen físico, evaluando de manera fehaciente su extensión anatómica. El empleo de la ecografía en la HS es ideal, ya que el 80% de las lesiones ocurren en las capas más profundas y no en la superficie de la piel. Permite evaluar la localización exacta y extensión de las lesiones, su ecogenicidad, el grado de vascularización al examen Doppler, las eventuales complicaciones, e incluso la respuesta terapéutica.

Respecto a los diagnóstico diferenciales ⁴, en las etapas iniciales la HS debe distinguirse del acné, ántrax, forúnculos, quiste dermoide, erisipela, quistes epidermoides, abscesos peri-rectales, y quistes pilonidales. En la etapa tardía, las enfermedades a diferenciar son actinomicosis, fístulas anales,

enfermedad de Crohn, enfermedad por arañazo de gato, granuloma inguinal, linfogranuloma venéreo, nocardiosis, TBC, tularemia, pioderma gangrenoso, entre otros.

Para la clinimetría se emplean diferentes escalas como la Hurley, Sartorius, entre otras, estas permiten clasificar la HS según su gravedad y además objetivar su evolución clínica y la respuesta terapéutica.

Sin embargo, el método de Hurley no es adecuado para evaluar la respuesta terapéutica, ya que el mismo es estático, no cuantitativo y no tiene en cuenta la actividad inflamatoria, aunque es útil para decidir una eventual intervención quirúrgica.

A pesar de todo, en Argentina se exige como estándar para la prescripción terapéutica. El estadio I se corresponde con HS leve, consistente en abscesos únicos o múltiples sin cicatrices ni fistulas. Los estadios II y III se corresponden con las formas moderadas y graves; el estadio II se caracteriza por la presencia de uno o más abscesos recurrentes con formación de fistulas y cicatrices y el estadio III, por iguales lesiones, pero que afectan toda una región anatómica.⁵

Tabla N° 1

Criterios diagnóstico de hidradenitis supurativa (acné inverso)

- **1-** El diagnóstico es clínico y la presentación es distintiva.
- **1.1** abscesos profundos, dolorosos e inflamados, fístulas, comedones abiertos.
- **1.2.** La localización de las lesiones se circunscribe a regiones anatómicas con mayor número de glándulas apocrinas intertriginosas.
- **1.3.** cronicidad y recidiva
- **2-** Ultrasonografía:

Fuente: García-Valdés L y col., tomado de Arenas R

El método de Hurley modificado¹² es una nueva clasificación que incluye la evaluación de la presencia de trayectos fistulosos, el grado de inflamación y la extensión, le permite al médico evaluar la gravedad en los diferentes fenotipos de HS y ayuda a adecuar el tratamiento. Este método reconoce que los pacientes clasificados como Hurley I-II originales pueden ser considerados dentro de estadios graves, además se redefine Hurley III como pacientes con afectación del 1% de la superficie corporal y tractos fistulosos inflamatorios intercomunicados. Estas modificaciones ayudan en el momento de elegir la opción terapéutica más adecuada, sea esta terapia anti-inflamatoria, cirugía, o terapias biológicas, incluso permite considerar graves a pacientes Hurley I, siendo también útiles para reconocer cuando la cirugía no es conveniente.

Hasta la fecha (año 2022) no existe un protocolo efectivo y sistematizado de tratamiento para esta entidad. Los existentes, en general, son diversos y basados en reportes de casos.

Es muy importante considerar que parte del tratamiento incluye medidas generales tales como: higiene local delicada, disminución del trauma, moderar el calor, la humedad, la sudoración e incluso la fricción con la ropa.

El trauma folicular y la maceración pueden fraccionar y romper los folículos. Se sugiere además asistencia y tratamiento metabólico y nutricional, es decir, resulta conveniente la asistencia multidisciplinaria.

Según el Consenso Nacional de HS de la Sociedad Argentina de Dermatología⁵ la terapia de primera línea se basa en la utilización de antibióticos tópicos o sistémicos, también se pueden emplear los tratamientos biológicos como los anti-TNF, infliximab o adalimumab. En segunda y tercera línea de tratamiento se encuentran los corticosteroides, retinoides, y otros antibióticos sistémicos como la dapsona, la toxina botulínica, la ciclosporina, la terapia laser y la quirúrgica.

Conclusiones

Consideramos haber transitado las vicisitudes para arribar al diagnóstico de certeza de hidradenitis supurativa o acné inverso. Hemos presentado el caso de este paciente pediátrico para que nuestra experiencia en la asistencia y tratamiento del mismo sea de utilidad para los dermatólogos en formación.

Parte de las dificultades fue la carencia de pruebas de referencia que faciliten el diagnóstico, al respecto creemos que los criterios que García-Valdés L y col., toman de Arenas R, revisten cierta utilidad, mientras que la clinimetría con el método de Hurley modificado nos permite adecuar el tratamiento.

Es evidente que son necesarios más estudios a fin de lograr, de ser posible, una prueba que permita el diagnóstico rápido de esta entidad a fin de evitar la demora en el diagnóstico, y por lo tanto aliviar los dolores, a veces insoportables; evitar el aislamiento social, mejorar la salud mental, y como profilaxis secundaria impedir o por lo menos reducir las secuelas cicatriciales, y estéticas de estos enfermos.

Nuestro paciente se vio beneficiado con la terapéutica con adalimumab, fármaco relativamente inaccesible en nuestro medio.

Referencias

1. Ballard K, Shuman VL. Hidradenitis Suppurativa. [Updated 2022 Jul 15]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534867/>

2. Nazary M, van der Zee HH, Prens EP, Folkerts G, Boer J. Pathogenesis and pharmacotherapy of Hidradenitis suppurativa. *Eur J Pharmacol.* 2011 Dec 15;672(1-3):1-8. doi: 10.1016/j.ejphar.2011.08.047. Epub 2011 Sep 14. PMID: 21930119.
3. García-Valdés L, Flores-Ochoa JF, Vega-Memije ME, Arenas R. Hidradenitis Suppurativa. Part I. Epidemiology, Etiopathogeny, Clinical Data and Diagnosis. *DermatologíaCMQ*2017;15(3):176-183.
4. Achenbach RE, Greco C. Hidradenitis suppurativa. *Rev argent dermatol [Internet].* 2013;94(4):6–10.
5. Sociedad Argentina de Dermatología. Consenso Nacional de Hidradenitis Suppurativa. Guía de Tratamiento 2019. 2019; año 1, número 1. Disponible en: <https://sad.org.ar/consensos>
6. Hercule S. Iniciativa estratégica de salud para la definición del estándar óptimo de cuidado para pacientes con hidradenitis suppurativa 2017. Asociación de Enfermos de Hidrosadenitis (ASENDHI).
7. König A, Lehmann C, Rompel R, Happle R. Cigarette smoking as a triggering factor of hidradenitis suppurativa, *Dermatology* 1999: 261-4. PMID:10393449
8. Silva-Feistner M, Salomone C, Silva S, Vial-Letelier V. Hidradenitis suppurativa prepuberal: presentación de 2 casos clínicos. *Rev Chil Pediatr [Internet].* 2016;87(3):193–8.
9. Rodríguez-Zuñiga MJM, García-Perdomo HA, Ortega-Loayza AG. Asociación entre la hidradenitis suppurativa y el síndrome metabólico: Revisión sistemática y metaanálisis. *Actas Dermosifiliogr [Internet].* 2019;110(4):279–88.
10. Shavit E, Dreiherr J, Freud T, et al. Psychiatric comorbidities in 3207 patients with hidradenitis suppurativa. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015; 29:371-376. PMID: 24909646
11. Ring HC, Theut Riis P, et al. Prodromal symptoms in hidradenitis suppurativa. *Clin Exp Dermatol* 2017;42(3):261-265. PMID: 28194809
12. Hovath B, Janse I, et al. Hurley Staging Refined: A Proposal by the Dutch Hidradenitis Suppurativa Expert Group. *Acta Derm Venereol* 2017;97:412–413 PMID: 27535129