



# ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at  
[www.actasdermo.org](http://www.actasdermo.org)



## ARTÍCULO DE OPINIÓN

### Ertapenem para el tratamiento de hidradenitis supurativa: ¿en qué medida lo necesitamos?



### Ertapenem for the treatment of Hidradenitis suppurativa: how much do we need it?

P. Mendes-Bastos<sup>a,\*</sup>, A. Martorell<sup>b</sup> y S. Magina<sup>c,d</sup>

<sup>a</sup> Centro de Dermatología, Hospital CUF Descobertas, Lisboa, Portugal

<sup>b</sup> Departamento de Dermatología, Hospital de Manises, Valencia, España

<sup>c</sup> Departamento de Dermatología y Venereología, Centro Hospitalario de São João, Oporto, Portugal

<sup>d</sup> Departamento de Farmacología y Terapéutica, Facultad de Medicina, Universidad de Oporto, Oporto, Portugal

La hidradenitis supurativa (HS) es una enfermedad crónica recurrente y debilitante del folículo piloso, que puede ir acompañada de un proceso inflamatorio sistémico. Muchos fármacos sistémicos prescritos para el tratamiento de la HS carecen de evidencias sólidas que respalden su uso, siendo la terapia personalizada la que debe guiar el proceso de decisión terapéutica. El objetivo de esta carta es discutir la relevancia clínica de ertapenem en el control de esta enfermedad crónica.

La evidencia que sustenta su empleo está basada en un único estudio retrospectivo en el que Lambert et al. demostraron la eficacia de un ciclo de 6 semanas de ertapenem intravenoso seguido de terapia de consolidación con un régimen antibiótico (Ab) triple (rifampicina/moxifloxacino/metronidazol) en pacientes con HS grave (LOE IV, SOR C)<sup>1</sup>. Se incluyeron de forma retrospectiva y consecutiva 30 pacientes con HS grave; cada paciente recibió un ciclo de 6 semanas de ertapenem intravenoso

(1g/día) seguido de una fase de consolidación de 12 semanas: ciclo de 6 semanas de rifampicina 10mg/kg/día + moxifloxacino 400 mg/día + metronidazol 500 mg/3 día y un ciclo final de 6 semanas de rifampicina y moxifloxacino. A los 6 meses 16 de los 30 pacientes habían concluido el «tratamiento de consolidación» continuado; los 14 pacientes restantes bien se perdieron durante el seguimiento, bien recibieron «tratamientos de consolidación» intermitentes<sup>1</sup>. Los autores establecen que la remisión clínica obtenida fue: del 100% de las lesiones Hurley estadio I, del 96% de las Hurley estadio II y del 27% de las Hurley estadio III, concluyendo que un ciclo de ertapenem de 6 semanas puede mejorar significativamente la HS grave y que los tratamientos de consolidación son indispensables para lograr mejorías adicionales y prevenir recaídas. Tanto la complejidad del diseño del estudio como la indudable necesidad de emplear antibioterapia adicional, para prevenir/tratar brotes postinducción con ertapenem, cuestionan la eficacia a largo plazo de esta elección terapéutica.

El ertapenem y otros carbapenémicos poseen una actividad antibacteriana de amplio espectro, con actividad frente a multitud de organismos aeróbicos y anaeróbicos Gram-positivos y negativos y con un gran impacto sobre la flora

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [Pmendesbastos@gmail.com](mailto:Pmendesbastos@gmail.com)

(P. Mendes-Bastos).

intestinal. La resistencia de las bacterias Gram-negativas está aumentando de manera alarmante, y la resistencia mediada por  $\beta$ -lactamasas a los carbapenémicos se ha convertido en un problema clínico serio y en una amenaza mundial para la salud pública<sup>2</sup>. Durante el siglo xx se trataron con carbapenémicos, como único agente terapéutico, muchas infecciones por bacterias Gram-negativas resistentes, dando lugar a un aumento del 69% de las cepas de *Pseudomonas aeruginosa* resistentes a imipenem<sup>3</sup>. En la actualidad se observa una expansión mundial de numerosas cepas de *Enterobacteriaceae*  $\beta$ -lactamasas-resistentes y multirresistentes<sup>2</sup>.

El uso de Ab tópicos y sistémicos para el tratamiento de la HS se relaciona con la resistencia a los antimicrobianos<sup>4</sup>. Desde nuestro punto de vista la estrategia terapéutica para la HS debe ser personalizada y estar fundamentada en tratamientos a corto plazo para el control de brotes, y tratamientos a largo plazo para el control de la inflamación persistente. El ertapenem es un carbapenémico  $\beta$ -lactámico sin propiedades antiinflamatorias; de hecho, induce la lisis bacteriana y favorece la inflamación<sup>5</sup>. Por lo tanto, aunque puede tener efecto terapéutico sobre la HS, principalmente a través de mecanismos antibacterianos, su utilización debería reservarse exclusivamente para el control de brotes supurativos, es decir, superinfecciones de las lesiones. Debido al riesgo del abuso de Ab de amplio espectro como el ertapenem, es fundamental establecer qué pacientes seriamente afectados por HS se beneficiarían del empleo de los mismos. Al ser el mecanismo de acción del ertapenem únicamente antimicrobiano, la prescripción clínica, siempre que se considere su empleo, debe guiarse por estudios microbiológicos que incluyan antibiograma.

De hecho, si un brote supurativo es resistente a las tetraciclinas o a la combinación rifampicina/clindamicina<sup>6</sup>, deben tenerse en cuenta 2 acciones antes de considerar el empleo de cualquier otro antibiótico de espectro más amplio: hacer cultivos óptimos y reevaluar las zonas de la piel no respondedoras, ya que las estructuras de HS, como las fístulas cicatriciales, no responden a la terapia médica y han de ser tratadas quirúrgicamente<sup>7,8</sup>. Estudios recientes confirman la existencia de un margen significativo de modificación en el tratamiento de la HS mediante el uso del ultrasonido Doppler; en ellos se apreció una subestimación clínica de la gravedad<sup>9,10</sup>, por lo que el uso del ultrasonido Doppler ha propiciado una combinación más temprana de los tratamientos médicos y quirúrgicos.

Creemos que en el manejo a corto plazo de la HS los Ab desempeñan un papel muy importante en el tratamiento de la superinfección, y que deben ser prescritos para el

control de los brotes. El tratamiento a largo plazo debe incluir una combinación de estrategias médicas y quirúrgicas ajustadas a cada paciente, preferiblemente mediante la utilización de ultrasonidos para caracterizar con precisión las lesiones/extensión de la HS y monitorizar la respuesta al tratamiento.

## Conflicto de intereses

P. Mendes-Bastos ha trabajado como investigador en estudios clínicos promovidos por Abbvie y ha participado como ponente remunerado en eventos organizados por Abbvie. A. Martorell y S. Magina declaran no tener conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Join-Lambert O, Coignard-Biehler H, Jais J, Delage M, Guet-Revillet H, Poirée S, et al. Efficacy of ertapenem in severe hidradenitis suppurativa: A pilot study in a cohort of 30 consecutive patients. *J Antimicrob Chemother.* 2016;71:513–20.
2. Logan L, Weinstein R. The epidemiology of carbapenem-resistant *Enterobacteriaceae*: The impact and evolution of a global menace. *J Infect Dis.* 2017;215 Suppl 1:S28–36.
3. Rahal J, Urban C, Horn D, Freeman K, Segal-Maurer S, Maurer J, et al. Class restriction of cephalosporin use to control total cephalosporin resistance in nosocomial *Klebsiella*. *JAMA.* 1998;280:1233–7.
4. Fischer A, Haskin A, Okoye G. Patterns of antimicrobial resistance in lesions of hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol.* 2017;76:309–13.
5. Van Vlem B, Vanholder R, De Paepe P, Vogelaers D, Ringoir S. Immunomodulating effects of antibiotics: Literature review. *Infection.* 1996;24:275–91.
6. Gulliver W, Zouboulis C, Prens E, Jemec G, Tzellos T. Evidence-based approach to the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa, based on the European guidelines for hidradenitis suppurativa. *Rev Endocr Metab Disord.* 2016;17:343–51.
7. Martorell A, García F, Jiménez-Gallo D, Pascual J, Pereyra-Rodríguez J, Salgado L, et al. Update on hidradenitis suppurativa (part II): Treatment. *Actas Dermosifiliogr.* 2015;106:716–24.
8. Janse I, Bieniek A, Horváth B, Matusiak L. Surgical procedures in hidradenitis suppurativa. *Dermatol Clin.* 2016;34:97–109.
9. Martorell A, Segura-Palacios J. [Ultrasound examination of hidradenitis suppurativa]. *Actas Dermosifiliogr.* 2015;106 Suppl 1:49–59.
10. Wortsman X, Moreno C, Soto R, Arellano J, Pezo C, Wortsman J. Ultrasound in-depth characterization and staging of hidradenitis suppurativa. *Dermatol Surg.* 2013;39:1835–42.