

Tema 3

ACNÉ

Dres. E. Herrera, M.V. de Gálvez y E. Herrera-Acosta

DEFINICIÓN

Enfermedad inflamatoria de los folículos pilosebáceos que localiza preferentemente en cara, cuello, y parte superior de tronco. Se caracteriza por polimorfismo lesional y afecta sobre todo a los adolescentes y jóvenes.

ETIOPATOGENIA

Proceso de etiología multifactorial donde básicamente existe: 1. Queratinización anormal en las unidades pilosebáceas. 2. Hiperproducción sebácea como respuesta exagerada de la glándula sebácea a los andrógenos. 3. Proliferación de microorganismos (aumento de propionibacterium acnes).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Lesiones polimorfas de localización preferente en cara, región superior de tórax y hombros. La lesión inicial es el comedón, a partir del cual se desarrollan el resto de lesiones (pápulas, pústulas quistes, nódulos y cicatrices) (Fig. 1).

Según la lesión clínica predominante podemos clasificar el acné en: a) Acné fisiológico o preacné con hipersecreción sebácea e hiperqueratosis folicular. b) Acné comedogénico con comedones y ausencia de lesiones inflamatorias. c) Acné papulopustuloso con pápulas y pústulas superficiales. d) Acné pustulonodular con pústulas profundas y nódulos. e) Acné nóduloquístico con quistes, nódulos y cicatrices. f) Formas especiales de acné: Acné neonatal, acné excoriado, acné queloideo, pioderma facial, acné conglobata (Fig. 2), acné fulminans, erupciones acneiformes por medicamentos.

HISTOPATOLOGÍA

Los rasgos histopatológicos del acné dependerán de la lesión que se biopsia. Al existir seborrea, observaremos una hipertrofia del folículo pilosebáceo como consecuencia del aumento de tamaño de la glándula sebácea. En el acné comedoniano, evidenciaremos, en un principio, una pequeña dilatación del canal infundibular que se acompaña de aumento de retención de las células cornoideas e hipergranulosis subyacente. Posteriormente, la dilatación aumenta de tamaño, se convierte en una cavidad pseudoquística, de pared delgada y escasas células sebáceas, que se rellena de un material compacto queratinoso y restos de detritus bacterianos. Puede ser una cavidad abierta o cerrada, observándose en este caso algún pelo en su interior (Fig. 3). La ruptura de la pared del comedón motiva una reacción de la dermis subyacente con presencia de un infiltrado inflamatorio a base, en un principio de neutrófilos y posteriormente linfocitos, células plasmáticas y células gigantes a cuerpo extraño dando lugar a la pústula (Fig. 4). La reparación cicatricial de todo el proceso hace que, al principio, se observen fibroblastos y neocolágeno. Si hay cicatrices hipertróficas y queloides motivan engrosamiento de la dermis junto a bandas de colágeno de gran tamaño y grosor de tonalidad eosinófila. En el cloracné hay una hiperqueratosis folicular con dilatación folicular “en cuello de botella”. Se observan grandes quistes y mínimos focos de inflamación. En el acné “fulminans” los comedones apenas se observan existiendo grandes lesiones inflamatorias con necrosis folicular y de la epidermis suprayacente.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Clínicamente se basa en la presencia de lesiones inflamatorias polimorfas en cara y región superior



Figura 1. Acné pústulo-nodular con pústulas profundas y nódulos.



Figura 2. Acne conglobata en espalda. Forma especial de acné.

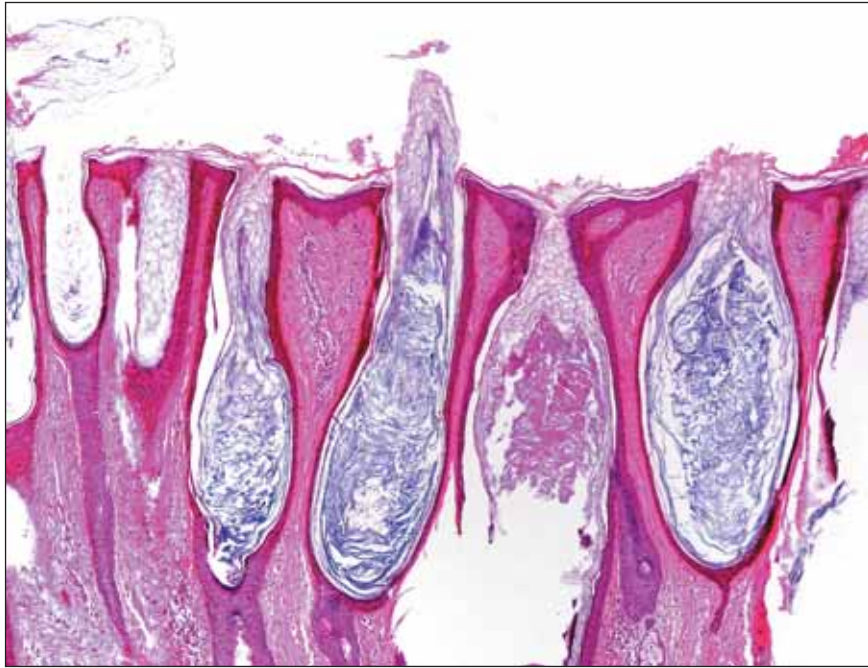


Figura 3. Comedones ocupando infundíbulos foliculares dilatados.

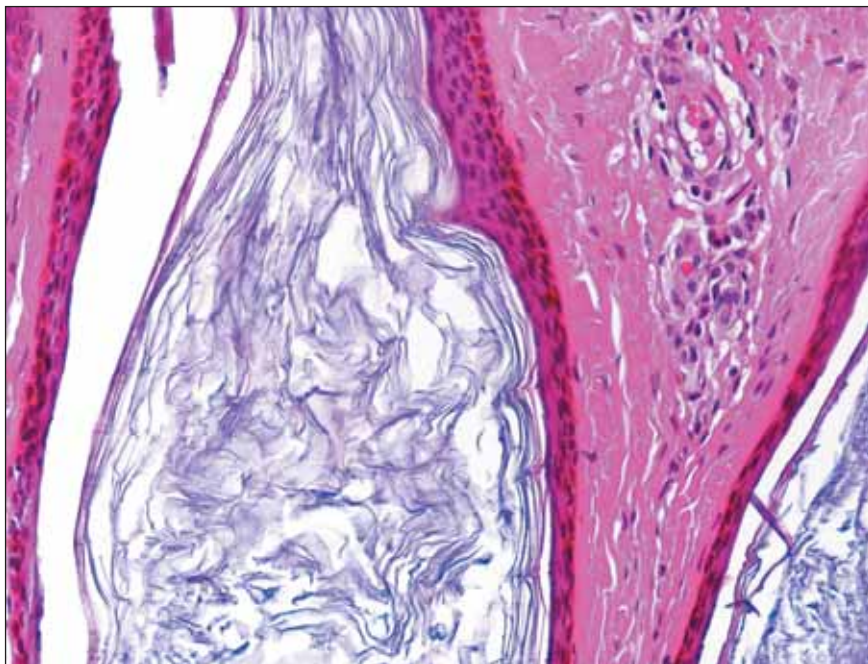


Figura 4. Detalle de la figura anterior donde se observa el infundíbulo folicular dilatado ocupado por queratina ortoqueratósica y basófila.

de tronco en personas jóvenes. Habrá que realizarlo con el nevus comedoniano, la enfermedad de Favre-Racouchot, la dermatitis perioral, rosácea y la foliculitis de la barba.

Histopatológicamente el diagnóstico diferencial hay que hacerlo con aquellas patologías que cursan con procesos granulomatosos. La presencia de restos de pelo o queratina ayudan al diagnóstico. La clínica, la localización de las lesiones y la edad del paciente son de gran ayuda para el patólogo.

TRATAMIENTO

Existen numerosos medicamento útiles en el acné. Su elección irá en función de la forma clínica y la intensidad del proceso. En todos los casos es necesario realizar buena higiene de la zona afecta-

da y evitar en lo posible el uso de cosméticos grasos y factores estresantes.

a) Acné comedoniano: tratamiento tópico con queratolíticos, geles exfoliantes, retinoides (tretinoína, isotretinoína) y bacteriostáticos (ácido azelaico, peróxido de benzoilo). b) Acné papulo-pustuloso: En las formas más leves suele ser suficiente con antibióticos tópicos (eritromicina, clindamicina). Para lesiones pustulosas más profundas añadir antibióticos orales (minociclina, tetraciclinas, eritromicina, doxiciclina). c) Acné pustulonodular: requiere tratamiento sistémico. Pueden utilizarse antibióticos, isotretinoína y en mujeres también pueden asociarse anticonceptivos orales y antiandrógenos. d) Acné nódulo-quístico. Tratamiento sistémico con isotretinoína y corticoides. Además, corticoides intralesionales y tratamiento quirúrgico de lesiones profundas y quistes. e) Otros tratamientos: dermoabrasión, criocirugía, peeling químico, laserterapia.