

VII.

ACNE POLIMORFO JUVENIL

Dr. JULIO FINESTRES

Definición

EN esta conferencia vamos a tratar principalmente del acné juvenil, afección que asienta en la cara y a veces en parte superior de pecho y espalda, condicionada por la seborrea y que ofrece como lesión primera el comedón. Ataca a los individuos jóvenes, apareciendo al despertar la crisis puberal, atenuándose o desapareciendo con la madurez para recidivar muchas veces al llegar al climaterio.

Afección inestética que por atacar más frecuentemente a las mujeres les cierra o dificulta el éxito profesional y reduce las probabilidades matrimoniales, sin contar con que es el origen de muchos estados depresivos y neuróticos que conducen muchas veces a la creación de un complejo de inferioridad.

Etiología

La causa «sine qua non» de la aparición del acné es la seborrea; se puede asegurar que sin ella no hay acné. Por definición ya hemos dicho que aparece al despertar el sexo y ya de antiguo se relacionó el acné con las *disfunciones ováricas*; pero hemos de hacer resaltar que esta relación no es siempre en el sentido de una insuficiencia foliculínica (como durante mucho tiempo vino diciéndose) sino que intervienen también las otras hormonas sexuales y el problema es mucho más complejo de lo que se creyó. Solamente en el caso del *acné indurado profundo de la barbilla se puede asegurar un hipofoliculinismo*.

Por otra parte es bien sabido que en ambos sexos se pueden hallar los tres grupos hormonales genitales: andrógenos, estrógenos y hormonas progestativas. Pues bien: se ha demostrado que en los sujetos afectados de acné existe una disminución de estrógenos y, en cambio, una elevada excreción de andrógenos en relación con hombres y mujeres normales. El cociente andrógenos:estrógenos, estaría alterado en los acnéicos; bien sea por disminución de los estrógenos o por aumento de andrógenos. En ambos casos, como es natural, sería la administración de foliculina la que restablecería el equilibrio.

Por lo que respecta a la hormona progestativa (luteína) baste decir que su influencia en la aparición de algunos acnés es indiscutible; pero hay que hacer resaltar que el papel que pueda representar el cuerpo lúteo en esta dermatosis está informado casi siempre en el sentido de una ausencia o insuficiencia funcional. La participación de la luteína en la génesis del acné lo demuestra el hecho de aparecer el acné en los dos períodos de la vida de la mujer en que la labilidad del cuerpo lúteo se halla más comprometida (pubertad y menopausia); y por el hecho de que el acné cure o mejore durante el embarazo, período en el que la acción luteínica es más acusada; asimismo mejora el acné con el matrimonio por la influencia que el coito pueda tener en la ovulación.

Algunas veces se trata no de disfunciones ováricas, sino de verdaderas lesiones fímicas de anejos; así en un tanto por ciento relativamente elevado de acnéicas se descubre una *anexitis fímica tórpida*.

En el hombre casi siempre el acné es debido a un exceso de testosterona, si su génesis es genital. Se contrarrestará dicho exceso no con foliculina sino con la verdadera hormona contrasexual, que es la luteína. Pero no es sólo el ovario o el testículo la glándula endocrina que interviene en la génesis del acné. La *hipófisis anterior*, actuando por medio de sus gonadoestimulinas, tiene a veces una influencia manifiesta, como se observa en muchachas con reglas escasas, que se retrasan; con tobillos delgados y extremidades frías, acroasfícticas, en cuyas mujeres si hiciéramos una exploración ginecológica descubriríamos un útero pequeño y en ante o retroversión; todos estos trastornos son imputables a déficit de gonadoestimulinas y no directamente al ovario. El *tiroides*, entre otras funciones, estimula el ovario



Acne polimorfo juvenil



Acné escoriado

(«la tiroidina es la mejor ovarina» dice Vital Aza) y también las glándulas sebáceas; de ahí que el hipertiroidismo (que se descubre en muchos acneicos) determine una hipersecreción de sebo y cree con ello la condición necesaria para la aparición del acné. Es muy aconsejable en todo acneico hacer una determinación de su Metabolismo Basal y una dosificación de colesteroína en sangre; o, si queremos simplificar las cosas, hacer cuando menos esto último, pues sabemos que las cifras del M. B. y de la colesteroína van en sentido inverso o sea que a colesteroína baja corresponde un M. B. elevado.

Asimismo en algunos casos es fructífera la determinación de la yodemia (normal de 6 a 13 gammas por litro) que suele estar aumentada en los acneicos; y ya sabemos el papel que el tiroideo desempeña en el metabolismo yódico.

Pero no son sólo las alteraciones endocrinas las que intervienen en el acné. Bien evidente es el papel que la hipoclorhidria gástrica y las fermentaciones intestinales de los estreñidos juegan en su génesis o cuando menos en su agravación. La hipoclorhidria determina modificaciones de la peristáltica intestinal, diarrea, estreñimiento, absorción de proteínas insuficientemente degradadas que desencadenan fenómenos alérgicos, y deficiente absorción del calcio.

El estreñimiento y las fermentaciones intestinales actúan en un doble sentido: por una parte pueden ejercer una acción biotrópica promicrobiana (Stein) para las foliculitis del acné o una acción irritativa a través de las glándulas del sudor y sebáceas. La histamina que se produce en exceso en estos procesos da lugar a una vasodilatación capilar que determina un mayor riego y mayor actividad nutritiva y funcional de las glándulas sebáceas, de cuya sobreactividad deriva la seborrea y de ella el acné. Si esta histamina en exceso no produce hiperclorhidria gástrica es debido a que las glándulas gástricas tienen una alteración en su constitución bioquímica, ya sea por gastritis o por el climaterio, dismenorrea, anemia, etc. El buen resultado que se obtiene administrando ácido clorhídrico puede explicarse porque, probablemente, son necesarias ciertas condiciones de acidez en el trayecto del intestino delgado para la producción del fermento antihistamínico (AGUILERA MARARI).

Algunas infecciones crónicas de evolución lenta, solapada (como la tuberculosis), pueden influir un acné; así como también lo influye la existencia de infecciones focales próximas. De seguro que no intervienen como causa del mismo, pero crean un terreno adecuado al mismo o cuando menos le imprimen un carácter evolutivo especial (necrótico, cicatricial, en la tuberculosis).

Sintomatología

La lesión elemental del acné es el *comedón*, que acribilla el tegumento donde se localiza de puntos negros del tamaño de una cabeza de alfiler, dando origen al *acné comedoniano* o *punctata*. El comedón es de consistencia firme y ocupa la cavidad folicular dilatada; resulta de un conglomerado de células descarnadas de las paredes del folículo amalgamadas por sebo y muestra en su interior varias cavidades ocupadas por el microbacilo de la seborrea. El extremo distal del comedón suele ser negro; y lo es no por suciedad sino por reducción de la grasa que lo constituye.

La segunda lesión del acné es la *pápula peripilar*. Alrededor de un comedón la piel se eleva, se enrojece y da lugar a una pápula centrada por el comedón; este estadio inflamatorio puede quedar estacionario y regresar o por el contrario transformarse en el siguiente que es la *pústula superficial*. Para ello observaremos cómo alrededor del comedón, que ocupa el centro de la pápula, aparece un círculo amarillento y la lesión se hace más prominente. Al romperse esta pústula aparece una gotita de un pus amarillento en la que nada el comedón que ha sido eliminado como un cuerpo extraño. Según la profundidad y extensión de la pústula acneica quedará o no como secuela una cicatriz puntiforme.

La pústula acneica superficial puede comunicar con un pequeño absceso más profundo (abscesos en reloj de arena), cuya existencia se pone de manifiesto porque al comprimir la base de la lesión, una vez expulsado ya el comedón, aparece de nuevo en su fondo otra gotita de pus.

En el acné indurado profundo existen nódulos de consistencia fibrosa, renitentes, situados debajo de los comedones; ocasionan pocas molestias y evolucionan con gran lentitud, reabsorbiéndose algunos, mientras que otros se adhieren a la piel a

la que comunican una coloración violácea. Si se abren dan 1-2 c. c. de un pus grisáceo, mal trabado.

Además de estas lesiones pueden observarse otras de 3 clases :

Los comedones gigantes, que dejan al expulsarse cicatrices atróficas profundas y que pueden llegar a dar a las mejillas el aspecto de madera apollada,

Los quistes butíricos, que proceden de la degeneración de comedones gigantes ; son profundos, a veces del tamaño de un garbanzo, expulsan un líquido pastoso amarillento, de olor butírico desagradable.

Los quistes mucoides, por degeneración quística de la glándula sebácea, dando salida, en «oleadas», a una substancia mucilaginosa de olor rancio.

Estas lesiones del acné se combinan diversamente, predominando o no una de ellas, lo que da lugar a las denominaciones de acné punctata, pustuloso, indurado, etcétera, etcétera.

Diagnóstico diferencial. — En realidad el diagnóstico diferencial hay que hacerlo con un número muy limitado de procesos. Ante todo con otras clases de acnés, algunos de los cuales no presentan ni la localización ni la más remota semejanza con el acné polimorfo juvenil, pero que de todos modos describiremos someramente. De su sintomatología se deducirán las diferencias que los separan del acné juvenil. Dejaremos dicha descripción para el final al efecto de terminar con el estudio del acné polimorfo y así pasaremos al tratamiento.

Tratamiento

Normas generales a todas las variedades de acné juvenil. — El lavado de la cara se hará con agua bicarbonatada caliente ; el agua mejor es la destilada o la de lluvia (o sea, de cisterna), pero puede usarse también un agua descalcificada o simplemente agua hervida y decantada. En cambio para el acné comedoniano es mejor el agua acética (con vinagre) o con zumo de limón porque favorece el despegamiento del comedón de las paredes del folículo ; por su propiedad oxidante reduce la coloración de la cabeza del comedón y los hace menos visibles.

Evitaremos que el acné sea inquietado. Prohibiremos la taquifagia, ordenando masticar lenta y completamente. Se combatirá el estreñimiento y si existe hipoclorhidria se dará ácido clohídrico o clorhidrol-pepsina o ácido fosfórico (p. ej. Phosphormine) ; si hay anemia, hierro, arsénico e hígado.

Se reducirán los alimentos feculentos y fácilmente fermentescibles, como judías, garbanzos, miga de pan, arroz, patatas, dulces, pastelería. Se reducirán algo las grasas en la alimentación y se prohibirá en absoluto el uso de conservas, embutidos, salazones, picantes, bebidas gaseosas, etc., etc. Aumentaremos la ración de leche, carne, pescado blanco, mantequilla, verduras, frutas. Conviene administrar vitamina A por sus efectos antiinfecciosos, protector del epitelio y antisebórrico al frenar la glándula tiroides ; la vitamina B₁ beneficia por la gran intervención que tiene en el metabolismo hidrocarbonado, alterado (como hemos dicho) en muchos casos de acné. La vitamina H, que es antisebórrica.

Se instituirá el tratamiento etiológico pertinente (foliculina, luteína, gonadestimulinas A y B) ; si existe hipertiroidismo haremos uso de la Diyodotirosina o de uno de los modernos preparados antitiroideos a base de tiurea y tiuracilo (Anatiroidol, Tiuracilo, Sulfotiroides) con los que conseguiremos disminuir la seborrea y con ella el acné.

En el acné cicatricial, necrótico, con Mantoux positivo, daremos calcio y vitamina D₂.

Aconsejaremos una vida higiénica al aire libre y que tomen baños de sol (¡el acné mejora espontáneamente en verano!) o de rayos ultravioletas por sus efectos antisebórrico y tónico.

Acné comedoniano. — Previa limpieza y desengrasado del rostro con licor de Hoffmann o similar (Borato sódico 2 gr. ; agua destilada, agua rosas, alcohol, éter, aa. 50 gr), colocar compresas calientes de agua de saponaria o dar un baño de vapor o vaporizaciones especiales ; luego haremos uso del tiracomedones de Schamberg ; por fin aplicaremos compresa fría o baño frío con el objeto de cerrar las aberturas foliculares.

Por la noche ordenaremos se pongan una loción de Vidal más o menos modificada (agua rosas, 300 grs. ; alcohol canforado, 60 gr. ; azufre precipitado, 15 gr. ; gli-

del masaje manual empleando los ejercicios denominados pellizcamiento, pellizcamiento con torsión, amasamiento digital, pulpo-nudillar, etc., etc. Además habrá necesidad del uso de pastas exfoliantes a la resorcina y azufre (en concentraciones progresivas del 10 al 50 por 100 y del 5 al 20 por 100, respectivamente). Con el mismo objeto de obtener una exfoliación pueden usarse los rayos ultravioleta, empleados a dosis eritema (se empezará con sesiones de 3 minutos, aumentando en la siguiente sesión a 4' y luego 5'-6'-7'-8'; la sesión, a días alternos o cada 3-4 días). La radioterapia es el tratamiento de elección de todas las formas de acné juvenil, pues al disminuir la seborrea pone a cubierto de su peor complicación que es el acné. No hay que temer efectos secundarios de la irradiación röntgen en el acné dadas las pequeñas dosis que son precisas; eso sí, hay que confiar siempre el paciente a un radioterapeuta experimentado.

El tratamiento de ciertos estados residuales tiene gran importancia desde el punto de vista estético. Así, las manchas que quedan una vez resuelta la afección se tratarán con cremas oxidantes.

Las cicatrices dejadas por un acné pápulo-pustuloso profundo o por un acné necrotizante asentando sobre terreno fímico pueden tratarse con pastas exfoliantes a la resorcina y azufre o bien (y mejor) con ultravioletas. Si con ello no mejora se «rebajarán» las cicatrices u hoyos más pronunciados por medio de la electrocoagulación de su reborde periférico o valla.

* * *

Revista somera de otros acnés, con el objeto de hacer el diagnóstico diferencial con el acné juvenil.

A) *Acné queloidiano de la nuca.* — Empieza por lesiones de foliculitis con pústulas superficiales y pápulas peripilares que al reunirse sus nódulos fibrosos residuales dan lugar a la aparición de una cinta queloidiana que surca transversalmente la nuca y en la superficie de la cual persisten lesiones pustulosas foliculares y en cuyo espesor hay verdaderos abscesos o enquistamiento. El borde superior de esta cinta es progresivo, creciendo en dirección al cuero cabelludo por nacimiento incesante de nuevas pústulas y pápulas. El borde inferior, atrófico, se continúa insensiblemente con la piel de la nuca.

Tratamiento: Depilación a la pinza hasta 1 cm. más allá de su borde de crecimiento. Rotura de las pústulas. Pasta con azufre y óxido amarillo de mercurio. Desbridar los quistes (mejor con electrocoagulación). Aplicación de radium para reducir la cicatriz queloidiana final, esterilizada ya.

B) *Foliculitis decalvante.* — Sobre una pápula peripilar del cuero cabelludo aparece una pústula que destruyendo la matriz del pelo condiciona una alopecia en forma de pequeñas placas, en cuyos bordes se observan lesiones activas con puntitos rojos. Tiene el mismo tratamiento que el anterior.

C) *Acné conglobata.* — Aparece de los 15 años para arriba, con mucha mayor frecuencia en sexo masculino. Sobre todo lo vemos en gente depauperada; algunos lo interpretan admitiendo un substrato fímico, pero nosotros no lo creemos así. La mejor interpretación es considerarlo producido por estafilococos de virulencia exacerbada en individuos con malas defensas.

Comprende cuatro clases de lesiones:

1.ª *Comedón gigante.* Aparece como un punteado negro de gran tamaño en espalda, dejando cicatrices profundísimas.

2.ª *Abscesos múltiples,* que en algunas regiones (axilas) tienden a confluir en una placa abscesal con fistulación a veces a distancia.

3.ª *Cicatrices;* unas atróficas, hipertróficas otras; queloidianas, con bridas, puentes, etc.

4.ª *Placas úlcerovegetantes* (no siempre constantes).

Tratamiento: Es largo y pesado.

a) Vigilar el estado general del paciente. Dar vitaminas, buena alimentación.

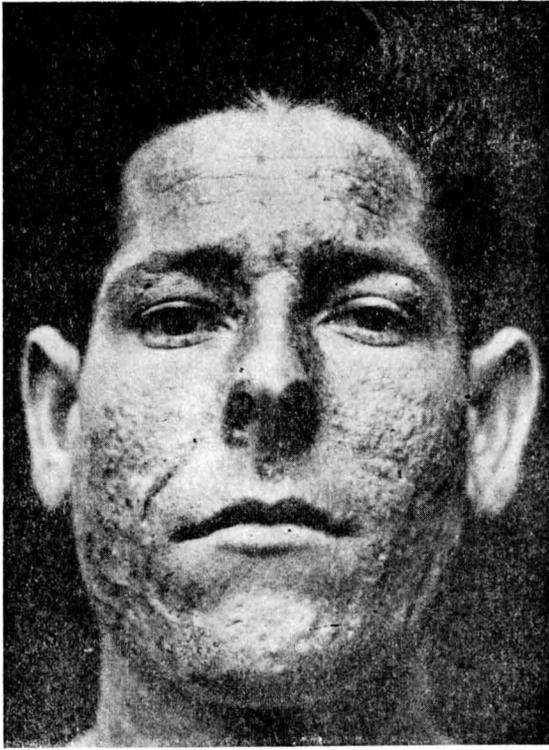
b) Limpieza de tegumento (solución alcohólica de yodo 1 por 100).

c) Destruir todos los abscesos y pústulas (mejor por electrocoagulación).

d) Aplicación local de azufre y mercuriales.

e) Modernamente se usan las sulfamidas y la penicilina.

Se habían usado las autovacunas y la hemoterapia, pero sus resultados son dudosos.



Acné conglobata

D) *Acné medicamentosos* :

a) *Acné clórico* : distinto del polimorfo ya que es más profundo, con más y mayores comedones y se localiza en sitios que no afecta el acné polimorfo (extremidades superiores). Se presenta en obreros de la electrolisis del Cl Na y tiene carácter profesional.

b) *Acné yódico y brómico* : en algunos enfermos tratados con yoduros y bromuros aparece este tipo de acné pápulo-pustuloso, pero distinto del polimorfo por ser más indurado, más inflamatorio, por ser resistente a la terapéutica del acné juvenil y en cambio curar al cesar de tomar yodo o bromo.

c) *Acné del alquitrán* (o del aceite de enebro) : aparecen en las extremidades unas pústulas peripilares centradas por un comedón. Los hidrocarburos también lo dan (botón de aceite).

E) *Acné forunculoso de la nuca*. — Es diferente de la forunculosis de repetición que tan a menudo se presenta en esta región. Está constituido por la aparición de quistes (más que abscesos) en la nuca de gente adulta que conserva restos de infección seboreica de cuero cabelludo. Microscópicamente se descubren en los abscesos microbacilos de la seborrea y no estafilococos.

F) *Acné necrótico* (o varioliforme). — Aparece en jóvenes por infección de los folículos dilatados y con su correspondiente comedón por el estafilococo dorado. Evoluciona por brotes en los que aparece prurito, picazón, dolor. En el período de estado se observan costras dermoepidérmicas adheridas que se desprenden y dejan

cicatrices semejantes a las de la viruela. Hay muy a menudo un fondo constitucional fímico (con Mantoux positivo).

Usamos el mismo tratamiento, en general, que el acné; pero recidiva muy a menudo. Conviene añadir medicación calciovitáminica, tuberculina, vida al aire libre, pomada con azufre y mercurio.

G) *Acné úlcero-serpiginoso*. — Aparición en la nariz de nódulos rosáceoamarillentos, blandos, que confluyen y se ulceran, dando unas formaciones policíclicas ulceradas y serpiginosas que hay que distinguir de procesos sifilíticos terciarios y del lupus tuberculoso.

H) *Acné miliar recidivante*. — Pápulas miliares rojas, que aparecen por trastornos emocionales, exceso de alimentación o por un trabajo violento en mujeres premenopáusicas afectas de un fondo eritrósico facial. Muchas de estas pápulas se transforman en pústulas. Esta afección marca el tránsito hacia la rosácea.

I) *Acné escoriado o traumático*, que es el que se provocan las jovencitas obsesionadas por la fealdad de un discreto acné juvenil y que ellas inquietan rompiendo las pústulas, soltando con maniobras intempestivas los comedones, etc.

J) *Acné rosáceo o cuperosis*. — Caracterizado por aparecer las lesiones típicas pápulo-pustulosas sobre un fondo eritrósico (por congestión pasiva), en mejillas, nariz, mentón, etc. Sobre este fondo eritrósico destacan finas telangiectasias. Se agrupan los elementos pápulo-pustulosos en grupos de 10-20 y evolucionan por brotes; al cicatrizar dejan huellas indelebles que desfiguran grandemente el rostro.

Depende de alteraciones angioneuróticas en cuya etiología intervendrían todos los factores citados al hablar del acné polimorfo, pero de una manera especial se hace responsable del mismo a la insuficiencia foliculínica y a la hipoclorhidria gástrica.

El estadio último de la evolución de la rosácea es el *acné hipertrófico* o *rinofima*. Se describen dos variedades de esta afección que se localiza en nariz:

a) *Variedad glandular*: la nariz aparece uniformemente hipertrofiada, de color normal y con un punteado que corresponde a las aberturas glandulares, por donde salen unas formaciones gusanoides al comprimir la nariz (y que no son otra cosa que concreciones de materia sebácea).

b) *Variedad fibrosa* o *rinofima* propiamente dicho: la nariz aparece no uniformemente hipertrofiada sino lobulada. Además hay telangiectasias que dan un color rojovioláceo a la piel. La nariz presenta dureza cartilaginosa.

Tratamiento de la rosácea: Usaremos foliculina a grandes dosis y preparados de ácido clorhídrico o fosfórico para combatir la hipoclorhidria. Localmente, loción de Vidal; son de buen resultado las frotaciones con nieve carbónica.

En cuanto al tratamiento del rinofima diremos que existen dos procedimientos:

a) El tratamiento quirúrgico (decorticación de Ollier).

b) El tratamiento médico.

Hoy el quirúrgico ha sido restringido, obteniéndose buenos resultados con aplicaciones de la punta fina del gálvano-cauterio sobre cada orificio folicular dilatado, previo el uso de lociones azufradas y del masaje de expresión.

Para reducir las telangiectasias podemos usar las escarificaciones, la nieve carbónica o la aguja depiladora de electrocoagulación procurando sondear el vaso. De mejores resultados estéticos es todavía la *iontoforesis* combinando la acción de la cafeína con la adrenalina a fin de obtener una isquemia y esclerosis de los vasos. Se usan dos soluciones, una de salicilato de sodio y cafeína al 4 por 100 y otra de adrenalina al 1 por 20.000. Limpiada la piel de la cara con bencina se aplica sobre ella una gasa empapada en la solución de cafeína y sobre ella el electrodo positivo. Con una intensidad de 2 ó 3 miliamperios se hace pasar la corriente durante 10 minutos. Se espera un cuarto de hora y se repite la misma operación con una gasa empapada en la solución de adrenalina. La piel tratada aparece blanca después de cada sesión que puede repetirse diariamente.