

Acné queloidiano de la nuca

Javier Lirón de Robles Pérez *

Luis Requena Caballero *

José Antonio Páez Serrano **

Benedicto Hernández Moro ***

RESUMEN

Nos ha parecido interesante la presentación de este caso clínico por su rareza, la intensidad de las manifestaciones clínicas que presenta y que imposibilitan al enfermo para hacer una vida de relación social normal, y poder apuntar los buenos resultados terapéuticos que estamos obteniendo con la aplicación combinada de crioterapia e infiltraciones intralesionales de un corticoide fluorado.

SUMMARY

Cryotherapy and intralesional infiltration of a fluorinated steroid drug yield good results in the treatment of this rare condition, that the authors regard as being of general interest due to its severe clinical manifestations that prevent the patients from having normal social relationship.

ACNE QUELOIDIANO

Paciente de 22 años de edad, varón, soltero, natural y residente en Madrid.

Sin antecedentes personales ni familiares reseñables.

A los 15 años le aparecieron en caras laterales del cuello, nuca, zona mediotorácica e interescapular múltiples lesiones pápulo-pustulosas, que han evolucionado desde entonces en forma de brotes repetidos, cada vez más intensos de lesiones abscesiformes, fistulosas y la aparición posterior en estas zonas de tuberosidades, rojovioláceas, de consistencia firme, cubiertas de una piel fina, brillante, surcada de telangiectasias, que han llegado a formar grandes placas fibrosas.

Ha realizado tratamientos tópicos y antibioterapia general, con lo que desaparecieron las lesiones inflamatorias agudas, persistiendo las queloidianas, que presenta en el momento actual. Figuras 1, 2 y 3.

COMENTARIO

El acné queloidiano, también llamado foliculitis queloidiana de la nuca, es un proceso inflamatorio crónico que afecta a los folículos pilosos de la nuca y cuello, interesando, excepcionalmente, a

los espacios mediotorácicos e interescapulares (zonas seboreicas).

Más frecuente en varones adolescentes, siendo de los 15 a los 25 años la edad de máxima incidencia. Muestra cierta preferencia por la raza negra.

De etiopatogenia oscura, en la que



Figura 2



Figura 3

* Capitán Médico.

** Médico contratado.

*** Teniente Coronel Médico, Jefe del Servicio de Dermatología del Hospital Militar Central «Gómez Ulla», Madrid.

parecen intervenir factores constitucionales, así como infecciones del folículo piloso por gérmenes generalmente inespecíficos.

Se ha asociado a seborrea del cuero cabelludo, y en algunos casos, pero no siempre, al acné vulgar.

Comienza por unas pápulas o pústulas foliculares que se agrupan en líneas irregulares. Ocasionalmente se forman abscesos profundos. Progresivamente se constituye una banda, dispuesta transversalmente en la nuca y cuello, formada por innumerables tubérculos hipertroficados esclerosados aglomerados entre sí.

La evolución de estas lesiones es indefinida, así, en el borde de implantación del pelo en la nuca se van instalando continuamente nuevas pústulas, que al evolucionar dejan zonas de alopecia definitiva y gruesos queloides; éstos, con el tiempo, tienden a empalidecer y a disminuir algo de volumen, pero nunca desaparecen espontáneamente.

El aspecto histopatológico presenta matices que permiten diferenciarlos de los queloides de otra etiología.

Inicialmente puede apreciarse por toda la dermis un infiltrado perifolicular casi exclusivo de células plasmáticas con alguna célula gigante, recordando a un granuloma sifilítico.

Posteriormente desaparece el folículo piloso y se hacen más evidentes los granulomas a cuerpo extraño en torno a acúmulos de queratina que ocupan toda la dermis, infiltrándose, incluso, en el tejido celular subcutáneo.

Posteriormente todo esto se transforma en tejido fibroso denso, pobre en vasos, a diferencia del tejido conjuntivo joven, rico en fibrocitos y vasos sanguíneos de los queloides de otra etiología.

Las fibras elásticas dentro de las neoformaciones están disminuidas o ausen-

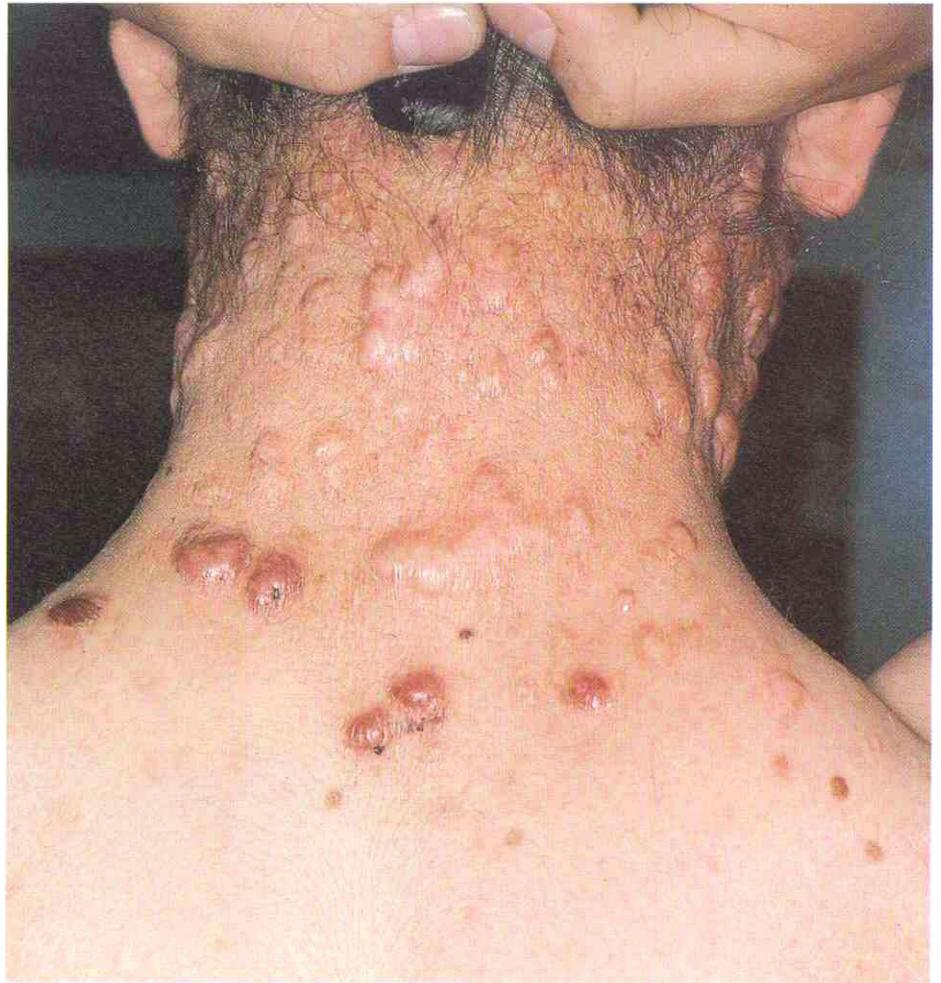


Figura 1

tes, al igual que las fibras de reticulina. También se ha perdido la metacromasia, propia de los mucopolisacáridos ácidos.

TRATAMIENTO

Se puede considerar éste como un proceso rebelde, difícil de tratar.

Desde nuestra experiencia recomendamos:

1.º Tratar la foliculitis activa:

a) Tópico: lavados con jabones antisépticos a base de hexaclorofeno o similares dos veces por día. Aplicaciones tópicas de alcohol yodado al 1 por 100 dos veces por día.

b) Sistémico: tetraciclinas orales. Comenzar con una dosis de 1.5 g. por

día, repartido en tres tomas durante 9 a 10 días hasta superar la fase aguda de la infección, y continuar durante varios meses con una toma diaria de 250 mg. de la misma tetraciclina.

2.º Tratar las placas fibrosas:

Se puede intentar: crioterapia, crioterapia más escarificaciones, crioterapia más galvanizaciones puntiformes.

En nuestro paciente estamos combinando la crioterapia con infiltraciones intralesionales con un corticoide fluorado. Los resultados hasta el momento son alentadores.

En último término se puede practicar la extirpación quirúrgica de las placas sustituyéndolas por un autoinjerto, aplicando radioterapia superficial a continuación del acto quirúrgico.

BIBLIOGRAFIA

DEGOS, R.: «Acné queloidiano de la nuca». *Dermatología*, 491: *Mise e Your* 1962, 490 págs. Editions Medicales Flammarion.

GOMEZ ORBANÉJA, J.: «Acné queloidiano». *Dermatología*, 128, 1976.

DOWLING, D. M.: «Sicosis de la nuca». *Dermatología en Medicina General Fitzpatrick*, 479, 1979.

DE DULANTO, F.: «Foliculitis queloidiana de la nuca». *Dermatología Médico Quirúrgica*, 776, 1981.

KORTING: «Acné queloidiano». *Diagnóstico diferencial dermatológico*, 730, 1975.

ROOK, A.: «Folliculitis Cheloidalis». *Textbook of Dermatology*, 611, 1969.