

Las glándulas sebáceas junto con los folículos pilosos y las glándulas sudoríparas forman los denominados órganos anexos de la piel que se encuentran localizados en la dermis profunda. Su principal función consiste en actuar como barrera protectora puesto que los lípidos secretados por ellas forman parte de la película hidropídica que va a formar una capa protectora que mantiene la epidermis lisa y elástica. Una de las alteraciones más frecuentes de las glándulas sebáceas es el acné vulgar, pero no hay que olvidar otras erupciones acneiformes, la rosácea o los quistes epidérmicos.

Alteraciones de las glándulas sebáceas

ACNÉ VULGAR

El acné vulgar es una dermatosis inflamatoria crónica caracterizada por un polimorfismo lesional, que se expresa de diferentes formas según los elementos clínicos predominantes. Generalmente afecta a la región facial y, en menor proporción, al tronco superior (hombros, pecho y espalda).

Epidemiología

Se considera una de las afecciones cutáneas más frecuentes, de modo que llega a padecerla alrededor del 85% de la población. Aunque se manifiesta en ambos sexos, parece existir un ligero predominio en varones.

En general aparece en la pubertad y si bien la tendencia es a remitir después de la adolescencia, no es raro encontrar pacientes de 30 y 40 años que sufren acné.

Etiopatogenia

En la etiología del acné vulgar están implicados diversos factores, es decir, su etiología es multifactorial. Así, existe una queratinización anómala del canal folicular, se produce también un aumento de la producción de sebo y alteraciones cualitativas en su constitución, y finalmente, tiene lugar una modificación de la flora bacteriana folicular (*Propionibacterium acnes*).

Manifestaciones clínicas y clasificación

Aunque en el acné vulgar pue-

de existir predominio de sólo un tipo de lesión, es más frecuente el polimorfismo lesional, pudiéndose objetivar diferentes tipos de lesiones, cuya proporción de unas con respecto a las otras variará en función de la gravedad o del tipo de acné.

Entre las lesiones habituales destacan los comedones abiertos (puntos negros o espinillas), los comedones cerrados (microquistes o puntos blancos), las pápulas, las pústulas, los nódulos, los quistes y la cicatriz.

Por lo que respecta a la clasificación del acné, resulta útil y en muchas ocasiones determina las pautas terapéuticas a seguir e incluso puede llegar a ser orientadora desde el punto de vista pronóstico. No hay que olvidar, sin embargo, que el tratamiento debe ser individualizado atendiendo a otras condiciones, como pueden ser el tipo de lesión predominante, la extensión de la zona afectada, las características de la piel del enfermo, etc. Una de las clasificaciones más utilizadas y más fácil de manejar es la que se expone en la tabla 1.

Además, los cuadros de acné a veces resultan muy cambiantes, variando su intensidad como consecuencia de múltiples factores, por lo que una clasificación sólo traduce las alteraciones existentes en un momento, y por otro lado, algunas formas de presentación constituyen cuadros tan bien definidos que han merecido ser considerados como variedades de acné vulgar. Entre ellas destacan: acné microquístico, acné pápulo-pustuloso tardío,

acné excoriado, y acné peribucal como formas leves; y como formas graves: acné conglobata y acné *fulminans*.

Evolución y pronóstico

En la mayoría de los pacientes el acné vulgar se comporta como una afección benigna, autolimitada, que hace su debut en la pubertad (12–15 años) y desaparece al cabo de unos pocos años sin dejar secuelas, al menos de importancia cosmética.

Por el contrario, el resto de las formas clínicas mencionadas tienen rasgos distintivos que se apartan de ese "patrón clásico" y se manifiestan por aparición tardía de las lesiones en unos, reacción inflamatoria exagerada en otros, y, casi siempre, importantes secuelas en el orden estético y psicológico en la mayoría.

Tabla 1. Clasificación del acné vulgar

Grados	Lesión predominante
Grado I	Comedones (no inflamatorio)
Grado II	Pápulas y pústulas superficiales (poco componente inflamatorio)
Grado III	Pústulas profundas y nódulos (componente inflamatorio severo)
Grado IV	Nódulos, quistes y cicatrices

Aunque no se conoce exactamente la causa, es un hecho comprobado que algunos pacientes desarrollan formas leves y otras formas severas de acné dependiendo de innumerables factores quizás involucrados en su etiopatogenia, y sin duda, de una susceptibilidad genética.

Por esa razón, en todos los casos de acné, deben emprenderse acciones tanto educativas como terapéuticas desde etapas tempranas con el propósito de controlar la sintomatología antes de que el daño se haga irreparable. Más aún, el médico ha de establecer una relación tal con el enfermo que facilite su labor, pues si se cumplen de forma estricta las orientaciones y pautas terapéuticas prescritas, con toda seguridad que se podrán evitar las temidas secuelas, principal objetivo en el manejo de esta afección.

Así pues, aunque en la mayoría de los casos el pronóstico es bueno, la adecuada intervención del médico tanto con orientaciones como con acciones terapéuticas concretas puede lograr mejores resultados, más aún si se realiza oportunamente. Aquellos pacientes en que la evolución es tórpida, incluso a pesar de emplearse todos los recursos disponibles, se deben derivar al especialista.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial debe realizarse fundamentalmente con el resto de cuadros que afectan a las glándulas sebáceas, y sobre todo con la rosácea y con las erupciones acneiformes.

Rosácea. La edad del paciente a la que aparecen las lesiones suele ser superior, a partir de los 30 años. Además, en el paciente con rosácea existen antecedentes de episodios de rubor facial (*flushing*), presencia de telangiectasias y ausencia de comedones. Por último, la localización de las lesiones es centroracial.

Pseudofoliculitis de la barba. Este tipo de foliculitis es exclusivo del sexo masculino, y se va a caracterizar por pápulas inflama-

torias foliculares que asientan sólo en área de implantación de la barba, fundamentalmente el cuello.

Erupciones acneiformes. Las erupciones acneiformes se diferencian del acné vulgar en que el cuadro lesional, en general, no se desarrolla a partir del comedón, y cuando existen comedones, la aparición está relacionada con factores externos.

Tratamiento

El tratamiento del acné vulgar debe establecerse toda vez que el paciente esté dispuesto a colaborar pues los resultados que se obtengan, en gran medida, van a depender de su colaboración. Además, como ya se ha señalado, es un punto importante el establecer una buena relación médico-paciente antes de iniciar cualquier acción terapéutica. Se debe enfatizar que el tratamiento no persigue la curación, sino el control de la afección y, por tanto, la prevención de secuelas. No hay que escatimar tiempo ni esfuerzo a la hora de explicar las características de la enfermedad y los factores agravantes (principalmente los efectos desastrosos de la manipulación de las lesiones). Se debe transmitir seguridad, aunque de ninguna forma hay que restar importancia al cumplimiento del tratamiento, basándose para ello en la efectividad del gran arsenal terapéutico de que se dispone hoy en día y dejando bien establecido que cualquier esquema de tratamiento precisa de un tiempo prudencial para mostrar sus beneficios. En aquellos pacientes en los que la afectación cosmética influya negativamente en las relaciones sociales, se debe prestar apoyo psicológico. Finalmente, no hay que imponer restricciones dietéticas que hacen más difícil aún la situación del enfermo y que, en definitiva, no aportan resultados de valor (únicamente si se establece una relación reiterada entre empeoramiento e ingestión de algún alimento en particular).

Tratamiento medicamentoso. Para el tratamiento farmacológico

del acné puede utilizarse la vía tópica y/o sistémica, atendiendo a las lesiones existentes, sin olvidar que también han de tenerse en cuenta características propias de cada paciente (tipo de piel, extensión, etc.), y otros factores como pueden ser el estado psicológico, la disposición a colaborar...

En el **acné comedoniano o acné grado I**, uno de los fármacos más utilizados es el ácido retinoico por vía tópica, que se comercializa como tretinoína y que puede o no estar asociado a otras sustancias farmacológicas como eritromicina, o dobesilato cálcico. En general, las concentraciones que se utilizan oscilan entre 0,01%, 0,025% y 0,05%, y su principal inconveniente es la irritación por la excesiva sequedad y descamación que puede originar, sobre todo en pieles sensibles. Para evitar en lo posible este efecto adverso, se recomienda empezar con la mínima concentración una vez al día (por la noche) y realizando lavado con agua a las 3-4 horas, hasta poder determinar el grado de tolerancia. Cuando se compruebe que no existe irritación, se dejará durante toda la noche y se establecerá la frecuencia de administración, en función de la necesidad del paciente y de su tolerancia, suspendiéndose durante un tiempo si apareciesen signos notorios de intolerancia. Debe evitarse la exposición al sol o a la luz ultravioleta por el riesgo aumentado de quemadura solar, debe evitarse el contacto con ojos, boca, mucosas y surco de la nariz. Su aplicación está contraindicada en mujeres embarazadas y en aquellas con idea de concebir. Otra posibilidad es la utilización de isotretinoína también por vía tópica, con efectos similares pero menos irritante, administrada una o dos veces al día.

En el **acné pápulo-pustuloso superficial o acné grado II** son igualmente válidas las recomendaciones para el acné comedoniano puesto que también existen comedones. Pero, además, la existencia de una inflamación (aunque superficial) hace necesaria la utilización de productos

con actividad antibacteriana (antibióticos o peróxido de benzoilo a diferentes concentraciones: 2,5%, 5%, y 10%). El peróxido de benzoilo posee propiedades comedolíticas, aunque menos marcadas que las del ácido retinoico, por lo que en ocasiones permite prescindir de él. Como efectos secundarios destacan el eritema y la descamación, sobre todo al inicio. El tratamiento suele comenzarse con la concentración del 5%, salvo en pacientes con piel sensible, aplicada una vez al día, y tras 5 ó 7 días sin efectos adversos puede aumentarse la concentración si fuera preciso. Por lo que respecta a los antibióticos por vía tópica, se utilizan dos: eritromicina y clindamicina. La eritromicina se comercializa en gel al 2% o en toallitas unidosas impregnadas. En cuanto a la clindamicina al 1% se presenta en gel o en emulsión.

Los antibióticos tópicos son muy bien tolerados, por lo que si el componente comedoniano es importante deben utilizarse junto con el ácido retinoico, con el objetivo de aumentar la eficacia del antibiótico con la combinación, pero sin olvidar que si se utilizan fórmulas combinadas comerciales, la concentración de ácido retinoico es elevada y el tiempo que hay que mantener el gel sobre la piel será menor.

Por último, por lo que respecta al tratamiento del acné con pústulas profundas y nódulos o acné grado III, se debe instaurar un tratamiento tópico con ácido retinoico y/o peróxido de benzoilo, y al mismo tiempo, un tratamiento antibiótico sistémico. El tratamiento de elección son las tetraciclinas (terramicina formas orales a dosis de 1 g/día durante 4-6 semanas, y posteriormente reducir a 250-500 mg/día durante 3-6 meses). En caso de intolerancia, falta de respuesta o contraindicación de uso se utilizará eritromicina. Aunque el uso de las tetraciclinas suele ser bien tolerado, tras un tratamiento prolongado pueden aparecer trastornos gastrointestinales, reacciones de fotosensi-

bilidad, candidiasis e incluso foliculitis por Gram negativos.

Los pacientes portadores de lesiones nodulares, quísticas y cicatriciales, es decir, los pacientes con acné tipo IV, así como los de grado III que no responden al tratamiento, deben derivarse al especialista. Y lo mismo debe hacerse con mujeres en las que se evidencien signos de androgenización como hirsutismo y alopecia androgénica.

ROSÁCEA

Es una dermatosis crónica de la región facial, caracterizada por enrojecimiento y telangiectasias, con episodios agudos donde se desarrollan pápulas, pústulas e inflamación.

Se trata de un cuadro bastante frecuente, sobre todo en personas de piel clara a partir de la tercera década, que parece predominar en las mujeres y que con gran frecuencia hace su debut durante la primavera.

Etiología

No se conoce exactamente su etiología, aunque se acepta su origen multifactorial, considerándose: factores alimentarios, vasculares, infecciosos, climáticos, psicógenos, e inmunológicos, entre otros. No obstante, hay que señalar que los resultados son verdaderamente contradictorios en este aspecto.

Por otro lado, también se han relacionado diversas situaciones con la aparición y/o exacerbación de la rosácea, fundamentalmente la ingestión de alcohol, tensión emocional, exposición a la luz solar, fuentes de calor o frío, consumo de bebidas y alimentos calientes o muy condimentados.

Manifestaciones clínicas

La intensidad del cuadro, si bien puede variar de un individuo a otro y a lo largo del proceso evolutivo, con bastante frecuencia adquiere un carácter

progresivo. En general, las primeras manifestaciones consisten en episodios transitorios de enrojecimiento (*flushing*) que afecta la cara, zonas laterales del cuello y escote, con sensación de calor, quemazón o pinchazos.

La mayoría de los pacientes no suele consultar en esta primera etapa y de hacerlo, es muy difícil que puedan constatar alteraciones en el momento de la exploración, debido precisamente al carácter paroxístico de las crisis vasomotoras. De ahí la importancia de una minuciosa recogida de datos en la historia clínica, que pueda orientarnos en estadios tempranos o apoyarnos en el diagnóstico una vez establecidas las alteraciones posteriores.

La aparición de un eritema persistente (eritrosis) es la siguiente etapa dentro de la evolución clínica de la rosácea, eritema que se va a localizar principalmente en mejillas, nariz y mentón, y que no suele afectar a los surcos nasogenianos. Seguidamente, aparecen sobre la zona afectada numerosas telangiectasias, que tienden a ser de diámetro mayor en la nariz, acentuando todavía más las alteraciones preexistentes.

La ulterior aparición de pápulas inflamatorias y pústulas en dicha zona contribuye al recrudecimiento en el orden clínico y sintomatológico y a una mayor repercusión desde el punto de vista estético en la mayoría de los enfermos, pudiendo incluso aparecer elementos nodulares y quísticos, con mayores implicaciones en este sentido.

Es un dato característico que el eritema persistente y las telangiectasias se mantienen entre los episodios agudos de inflamación. La presencia de manifestaciones oculares (blefaritis, conjuntivitis, queratitis) es un hallazgo frecuente.

Además, a partir de la sexta década de la vida y en un reducido número de casos (sobre todo varones) tiene lugar una deformación del tejido que recubre la pirámide nasal, que se muestra de color rojo o violáceo, con numerosas telangiectasias grue-

sas, dilatación de los orificios foliculares e hipertrofia de glándulas sebáceas que determina un marcado engrosamiento cutáneo a ese nivel y que se conoce con el nombre de rinofima y origina serios trastornos cosméticos.

Por lo tanto, en función de las lesiones que pueden ir apareciendo a lo largo del tiempo, es posible establecer 4 estadios diferentes en la rosácea (Tabla 2).

En cuanto a manifestaciones clínicas asociadas, con frecuencia coexisten síntomas de ansiedad y/o depresión que deben tenerse en cuenta para lograr mejores resultados, independientemente de que sean causa o resultado de la rosácea. Tampoco es infrecuente que los pacientes refieran síntomas digestivos como gastritis, estreñimiento, o colon irritable, síntomas neurológicos como cefaleas, u otros síntomas dermatológicos como dermatitis seborreica.

Evolución y pronóstico

La existencia de cuatro estadios evolutivos en el curso clínico de la rosácea no implica que necesariamente todos los pacientes deban presentar ineludiblemente todos ellos.

La intensidad del proceso puede variar de un individuo a otro e incluso a lo largo de la evolución en un paciente dado, y muchos, afortunadamente, no alcanzan las etapas más avanzadas.

Tabla 2. Estadios de la Rosácea

Grados	Lesión predominante
Estadio 1	<i>Flushing</i>
Estadio 2	Eritema persistente. Telangiectasias
Estadio 3	Lesiones inflamatorias (pápulas, pústulas)
Estadio 4	Rinofima

No puede decirse lo mismo de las manifestaciones oculares que con gran frecuencia forman parte del cuadro clínico, cuya severidad puede dar lugar a serias complicaciones.

La utilización tópica de corticoesteroides, sobre todo fluorados, no sólo se ha relacionado con la exacerbación de rosácea preexistente, sino que también se ha responsabilizado directamente con la aparición del cuadro tras ser utilizados durante períodos prolongados en el tratamiento de otros procesos, en ocasiones banales, de región facial. Por otra parte, la utilización de corticoides tópicos en personas con rosácea produce un efecto paradójico de alivio a corto plazo y empeoramiento posterior, es decir, un verdadero círculo vicioso del cual es imposible salir si no se suspende el corticoide. Hay que prestar un especial interés a este hecho, puesto que dado que el paciente sólo relaciona el corticoide con el rápido alivio de sus síntomas y no con el recrudecimiento ulterior, es verdaderamente difícil convencerle de la necesidad de eliminar su uso.

En este tipo de pacientes es preciso disponer de todo el tiempo necesario y utilizar el lenguaje adecuado en cada caso para persuadirle de la utilización del corticoide, haciéndole saber que tras un período de empeoramiento inicial después de interrumpir la aplicación de esteroides, puede lograrse un mejor control de la afección.

En cuanto al pronóstico, se trata de un proceso crónico, benigno, que evoluciona alternando períodos de mejoría y empeoramiento y que suele responder favorablemente a la terapéutica adecuada pero con tendencia a la recidiva tras el abandono de ésta, lo que determina la necesidad de tratamiento y control sistemático en la mayoría de los casos.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial

debe establecer fundamentalmente cuatro entidades patológicas:

- *Acné vulgar*. Aparece a edades más tempranas, no se observan telangiectasias y existen comedones.

- *Dermatitis seborreica*. Se caracteriza por lesiones eritemato-descamativas, pero no se observan pápulas y/o pústulas, y afecta a los surcos nasogenianos.

- *Lupus eritematoso*. No se observan pápulas o pústulas, y con una anamnesis detallada y un examen clínico exhaustivo es posible establecer en la mayoría de los casos el diagnóstico diferencial, si bien en casos concretos puede ser necesario un estudio inmunológico.

- *Síndrome carcinoide*. Puede llegar a confundirse con los episodios rubor (flushing) de la rosácea, pero en caso de duda es suficiente con realizar una determinación de 5- hidroxindolacético.

Tratamiento

En primer lugar se deben tener en cuenta una serie de medidas generales a aplicar en todos los pacientes:

- Eliminar en lo posible los supuestos factores desencadenantes.
- Explicar al paciente las características de su afección, sin descuidar los aspectos psicológicos.
- Conocer si usa corticoides tópicos, haciéndole saber los riesgos de esta medicación.

Por lo que respecta al tratamiento farmacológico, en los casos leves-moderados se utilizará metronidazol gel al 0,75% por la mañana y por la noche, en capa fina después de lavar la zona afectada. En casos severos, se debe añadir al tratamiento anterior, oxitetraciclina por vía oral.

Otra forma de tratamiento consiste en la administración oral de terramicina, empezando con dosis de 250 mg cada 6 horas (7-10 días), reduciéndola posteriormente a 250 mg cada 12 horas durante varias semanas. Para

mantener el control de la enfermedad suelen ser suficientes dosis de mantenimiento de 250 mg/día durante varios meses.

Por último, si existe sintomatología asociada de tipo digestivo, psiquiátrico, etc., se establecerá el tratamiento correspondiente.

En cuanto a la derivación, se deben enviar al especialista todos aquellos cuadros severos, con marcada inflamación, lesiones nodulares o quísticas, los que no presentan una evolución satisfactoria y todos aquellos pacientes con manifestaciones oculares importantes y con rino-fima.

QUISTE EPIDÉRMICO

Es una lesión nodular, bien delimitada que se origina por proliferación con retención de las células que tapizan el canal excretor de la glándula sebácea.

Manifestaciones clínicas

Se suele presentar como un nódulo hemiesférico, indoloro, del color de la piel y de consistencia elástica a la palpación, que puede aparecer en cualquier zona del organismo donde existen glándulas sebáceas o pelos, aunque, no obstante, las localizaciones más frecuentes son la cara, el tronco y las partes proximales de extremidades. Con relativa frecuencia se observa en su superficie un pequeño orificio por donde la masa del quiste se pone en contacto con el exterior.

Tratamiento

El único tratamiento efectivo consiste en la extirpación del saco quístico.

Es un dato muy importante a tener en cuenta que si hay inflamación, se debe tratar previamente con antibióticos y con antiinflamatorios, y proceder a su extirpación varias semanas después.

ERUPCIONES ACNEIFORMES

Son aquellas erupciones con características clínicas parecidas al acné vulgar pero en las que, a diferencia de éste, el cuadro lesional inflamatorio no se desarrolla a partir del comedón, al menos de inicio.

También se incluyen en este grupo otros cuadros que, aunque exhiben verdaderos comedones entremezclados con elementos inflamatorios, tienen una patogenia diferente al acné vulgar y su aparición está más relacionada con factores externos.

Etiopatogenia

Son muchas las sustancias, incluidos medicamentos, que pueden dar lugar a erupciones acneiformes.

Acné ocupacional. Algunas sustancias como alquitranes, aceites, minerales o petróleo pueden provocar obstrucción mecánica del infundíbulo tras el contacto directo con la piel en los trabajadores que las utilizan. Por el contrario, existen otras que van a ejercer su efecto después de ser inhaladas o ingeridas como sucede con los hidrocarburos clorados.

Acné medicamentoso. La utilización de medicamentos por vía sistémica puede dar lugar a la aparición de reacciones acneiformes. Dentro de las erupciones inducidas por medicamentos la más frecuente es el acné esteroideo, en relación con la administración de corticoides. Es una erupción monomorfa constituida por pápulas de color rojo que asientan en la frente, tronco superior y hombros, que suele aparecer a las 2-5 semanas de iniciar el tratamiento esteroideo y cuyas lesiones están todas en el mismo estadio evolutivo, involucionando al suspender el medicamento.

Por otro lado, tratamientos hormonales, anticonvulsivantes (hidantoína, fenobarbital), yodo, bromo, psicofármacos como el litio, e incluso las vitaminas del complejo B pueden originar igualmente erupciones acneiformes.

mes o exacerbar un acné que existía previamente.

En cuanto a la medicación administrada por vía tópica, los corticoides (especialmente los fluorados) y las breas pueden desencadenar la aparición de lesiones acneiformes.

Acné cosmético. Con el uso de sustancias cosméticas de consistencia grasa pueden aparecer también comedones y pápulo-pústulas.

Acné estival. Es una erupción eritemato-papulosa que afecta predominantemente a mujeres entre 20 y 40 años. Las lesiones se van a localizar preferentemente en cara, cuello, hombros, parte superior de los brazos y, en ocasiones, el tronco, recurriendo generalmente en época de verano; la causa no es bien conocida.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial debe establecer fundamentalmente con el acné vulgar y son datos a tener en cuenta la edad, la presencia o no de comedones, la existencia de un cuadro polimorfo, la localización de las lesiones y el antecedente de exposición más o menos reciente a sustancias capaces de originar reacciones acneiformes.

Tratamiento

Antes de iniciar cualquier tratamiento es indispensable poder establecer la causa, puesto que en un elevado número de casos el tratamiento más eficaz es evitar la causa desencadenante, consiguiéndose la remisión de los síntomas.

No obstante, y toda vez que se haya establecido la causa, para acelerar la resolución de las lesiones se podrían utilizar muchos de los medicamentos relacionados con el tratamiento del acné vulgar.

Se deben enviar al especialista todos los pacientes en los que no se pueda establecer el diagnóstico con certeza, y todos aquellos que presenten un cuadro clínico muy extenso o muy marcado.♦