

“Peeling” de ácido retinóico al 7% en estrías cutáneas: una opción terapéutica útil y segura

Susana Misticone, Vanesa Piquero

Consulta de Acné y Afecciones Inestéticas, Instituto de Biomedicina, Hospital Vargas de Caracas. Caracas, Venezuela.
E-mail: susanamisticone@gmail.com

Resumen

Las estrías cutáneas son un verdadero reto terapéutico para el dermatólogo, siendo esta una entidad de gran prevalencia sobre todo en mujeres y un motivo de consulta muy frecuente. Existen múltiples reportes del uso de tretinoína en crema con resultados favorables sobre todo si se trata de estrías recientes. Presentamos nuestra experiencia con el uso de “peeling” de ácido retinóico al 7% en esta patología como una opción terapéutica útil, eficaz y segura en estrías cutáneas.

Palabras clave: estrías cutáneas, ácido retinóico, “peeling”.

7% retinoid acid chemical peel in striae distensae: a option therapeutic useful and sure

Abstract

The cutaneous striae distensae are a real therapeutic challenge for the dermatologist being this entity very comun problem especially in women and that is a motive of very frequent consultation. Multiple reports of the use of tretinoin in cream with favorable results especially if it is a recent striae. We present our experience with the use of gel 7% retinoic acid peel in this pathology as a therapeutic option useful, effective and sure in cutaneous striae.

Key words: striae distensae, retinoic acid, peeling.

Introducción

Las estrías cutáneas o de distensión son un trastorno muy común en todos los grupos etarios, desarrollándose generalmente entre los 5 y 50 años de edad. Son depresiones lineales atróficas de la piel que se forman en áreas de daño producido por la distensión de la piel. Están mayormente asociadas con diferentes momentos fisiológicos como la pubertad (incidencia del 25-35%)¹, embarazo (incidencia del 77%)², crecimiento acelerado y además con la pérdida o ganancia rápida de peso, o con estados mórbidos como la obesidad y característicamente en las patologías que producen un aumento del cortisol como el síndrome de Cushing. Las estrías fueron descritas por primera vez en 1773 por Roederer y las primeras descripciones histológicas las hicieron en 1889 Troisier y Menetrier. Pero aun los factores que influyen en su patogenia no han sido aclarados por completo. Son el resultado de roturas en el

tejido conjuntivo que dan lugar a una atrofia dérmica. Se han relacionado con su aparición a los factores hormonales, en particular los corticoides, el estrés mecánico y la predisposición genética.

Las estrías son lesiones lineales atróficas múltiples, simétricas, bien definidas que siguen líneas. En raras ocasiones pueden ulcerarse. En un principio son líneas sobreelevadas rojas o violáceas en ocasiones pruriginosas y que son denominadas estrías rubras (Foto 1). Al pasar el tiempo, las lesiones se hacen más atróficas y el color va disminuyendo hasta hacerse claras y con aspecto de finas arrugas en su superficie, son entonces las llamadas estrías albas (Foto 2). Pueden medir varios centímetros de longitud y con anchos que pueden llegar hasta unos cuantos centímetros que es el valor determinante en cuanto a gravedad y pronóstico. Estas lesiones pueden ser permanentes pero pueden desaparecer con el tiempo¹.

Foto 1. Estrías rubras posterior a implante de prótesis de mamas**Foto 2.** Estrías albas en glúteos secundarias a variaciones de talla

Las zonas del cuerpo más afectadas en las mujeres son las mamas, muslos, caderas y glúteos, mientras que en los hombres pueden ser más afectados los hombros, la región lumbosacra y muslos. Las estrías asociadas al tratamiento esteroideo y al síndrome de Cushing son generalmente de mayor tamaño y tienen una distribución más difusa. Los hallazgos histológicos dependen del estadio evolutivo de la estría. La epidermis se aplanada y se vuelve atrófica pero incluso podría ser normal en las etapas más precoces. El grosor de la dermis suele estar reducido debido a la disminución de las fibras colágenas en la dermis superficial. Las fibras elásticas se alteran variablemente, la elastina

dérmica puede estar fragmentada y disminuida.

Aunque las estrías no tienen consecuencias médicas suelen ser un problema cosmético de frecuente consulta para el dermatólogo. Como en algunos casos pueden mejorar con el simple paso del tiempo es difícil valorar la utilidad de los tratamientos si no se hace un estudio riguroso de casos y controles.

El tratamiento clásico de las estrías rubras es con tretinoína en crema al 0,1% disminuyendo su tamaño y mejorando su aspecto^{3,4}. También existen reportes de buena evolución con ácido glicólico^{5,6}.

Se ha reportado mejoría con microdermoabrasión. Existen reportes de subcisión para esta patología con malos resultados, incluso necrosis local⁷.

Hay varios estudios acerca del uso de láser en estrías pero son pocos los controlados y muchos son más bien anecdóticos. El "dye" láser pulsado 585 nm parece dar resultados en estrías rubras mejorando el eritema, pero no muestra ningún resultado en estrías albas⁸⁻¹⁰. El láser "excimer" 308 nm ha demostrado que produce la repigmentación de las estrías albas pero que no es permanente y que debe ser reaplicado cada 1-4 meses para mantener el beneficio cosmético¹¹. Tampoco ha demostrado ser útil el láser de diodo 1.450 nm¹². Existe un reporte de 15 casos todos mujeres con estrías albas en abdomen en las que se colocó luz pulsada intensa bisemanalmente por 5 sesiones en total, reportando mejoría clínica y microscópica por biopsias de piel¹³. Hay un estudio en 500 pacientes donde se utilizó con buenos resultados un "peeling" con *alfa* y *beta* hidroxilácidos a base de resorcina, ácido láctico y ácido salicílico¹⁴.

El ácido retinóico es un derivado de la vitamina A que se utiliza comúnmente por vía tópica para el tratamiento del acné, fotoenvejecimiento, lesiones atróficas y en la estrías. La mejoría clínica es el resultado de una regulación de la diferenciación celular con incremento en la fibroplasia, la colagenesis y la angiogénesis^{15,16}. Ejerce acción directa a nivel celular. Se ha constatado presencia de la proteína ligadora celular para ácido retinóico, un receptor citosólico para el ácido retinóico, en la epidermis y en fibroblastos dermales. Han sido identificados receptores para el ácido retinóico, que actúan a nivel de modulación genética. Actúan sobre secciones de genes específicos (mRNA codificador de péptidos específicos)¹⁷. La queratina fotodañada comienza a restablecerse al tratarse con tretinoína. Se observan aumentos de glicosaminoglicanos y activación de la síntesis del colágeno. La aplicación debe ser constante, con lo que desaparecerán los signos de fotoenvejecimiento (Glogau I) y mejorarán los restantes. Se ha reportado alteraciones en resultados de dermoabrasiones por su uso crónico previo, por lo que debe suspenderse su aplicación mucho antes de efectuar dicho procedimiento.

El principio del "peeling" químico es el de aplicar agentes químicos especiales en la piel para así producir epidermolisis y recambio cutáneo. El nuevo crecimiento de la piel puede reemplazar las áreas dañadas y los defectos leves, produciendo una mejoría cosmética¹⁸. El "peeling" químico puede dividirse en tres tipos de acuerdo con la profundidad de la reacción (superficial, medio y profundo). El primer tipo es el "peeling" superficial, con una profundidad de acción que va desde la capa granular a la dermis papilar. Los agentes químicos disponibles son el ácido retinóico del 3-5%, ácido glicólico, 10% - 25% TCA, solución de Jessner y el ácido salicílico. El segundo tipo es el "peeling" medio profundo, en el que la reacción alcanza la dermis reticular superior, donde podemos clasificar a los "peelings" repetidos con ácido retinóico al 7%. El "peeling" con ácido retinóico ha sido usado con muy buenos resultados en fotoenvejecimiento solo o combinado con microdermoabrazación¹⁹, siendo lógico su uso en estrías cutáneas.

Objetivos del estudio

Determinar la respuesta clínica al tratamiento con un "peeling" de ácido retinóico al 7% en gel oclusivo en pacientes con estrías cutáneas.

Objetivos específicos

1. Observar la respuesta a la terapia con un "peeling" de ácido retinóico al 7% oclusivo previo al uso diario de tretinoína tópica al 0,5% durante 1 mes en pacientes con estrías cutáneas.
2. Determinar la mejoría de la lesión y grado de satisfacción del paciente posterior al procedimiento.
3. Evaluar la tolerancia del procedimiento y la presencia o no de efectos adversos.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio prospectivo transversal donde se seleccionaron 50 pacientes (45 del sexo femenino y 5 del sexo masculino, con edades comprendidas entre 16 y 50 años) de la Consulta de Acné y Afecciones Inestéticas del Servicio de Dermatología del Instituto de Biomedicina. Los pacientes presentaban estrías cutáneas por distensión en cualquier parte del cuerpo con un tiempo variable de aparición de las lesiones (estrías rubras y albas). El estudio se realizó durante un año en el periodo de mayo de 2006 a mayo de 2007. Una vez reclutados los pacientes se les realizó historia clínica completa detallada (datos acerca del inicio de la enfermedad, desencadenantes posibles, antecedentes personales de patologías asociadas, tratamientos previos). Durante el examen físico se ubicaron las zonas afectadas y se indicó tratamiento tópico de tretinoína al 0,5% en crema en las noches por 1 mes en el domicilio, y posteriormente, se realizó en consultorio aplicación de ácido retinóico al 7% en gel bajo oclusión con adhesivo por 8 horas con posterior lavado (Foto 3). La reevaluación se realizó a los 7 días y a los 2 meses. Se realizaron controles fotográficos.

Foto 3. "Peeling" de ácido retinóico al 7%



Resultados

Los 50 pacientes estuvieron distribuidos de la siguiente manera:

1. Según sexo: 45 femeninos (90%), 5 masculinos (10%) (Gráfico 1).
2. Según grupo etario: 16 a 30 años (46%), 31 a 50 años (54%), edad promedio 32,3 años (Gráfico 2).
3. Según fototipo cutáneo: fototipo II (26%), fototipo III (40%), fototipo IV (34%) (Gráfico 3).
4. Según el tipo de estrías: estrías rubras (34%), estrías albas (66%) (Gráfico 4).
5. Según el tiempo de aparición: estrías rubras (21 días a 120 días, promedio 90 días), estrías albas (1 año a 25 años, promedio 5,3 años).
6. Según los desencadenantes posibles: embarazo (26%), crecimiento (8%), aumento de peso (58%), mamoplastia (8%).
7. Según la mejoría: ausente (8%), leve (16%), moderada (50%), muy evidente (26%) (Gráfico 5). Se tomó como leve la mejoría subjetiva menor de un 10%, moderada una reducción de la estría del 11 al 50% y muy evidente la reducción del 51 al 80%. No observamos mejoría total en ninguno de los casos. Todas las estrías con mejoría muy evidente fueron rubras, (Foto 4), todas las estrías que no mejoraron o con mejoría leve fueron albas.

Gráfico 1. Distribución de la muestra según el sexo

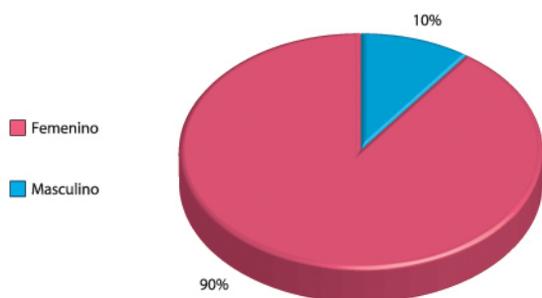


Gráfico 2. Distribución de la muestra según grupo etario

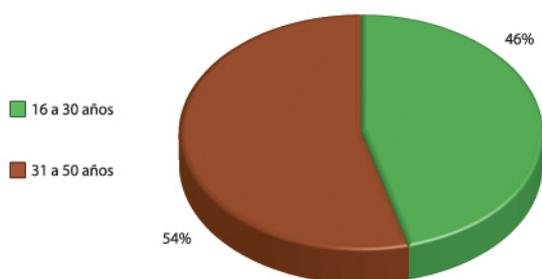


Gráfico 3. Distribución de la muestra según el fototipo

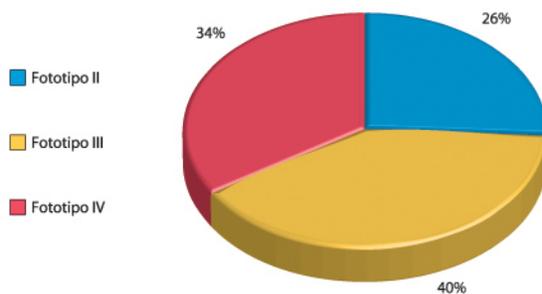


Gráfico 4. Distribución según el tipo de estrías

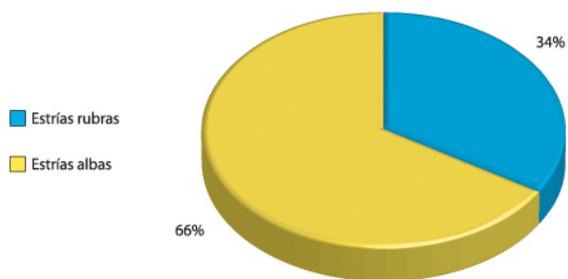


Gráfico 5. Resultados según grado de mejoría de las estrías

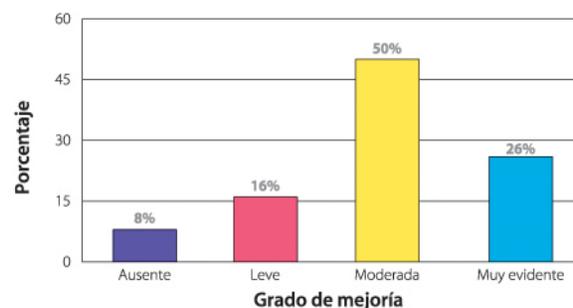


Foto 4. Antes y después de la aplicación de "peeling" de ácido retinóico al 7%



8. Con respecto a los efectos adversos: en general fue muy bien tolerado e indoloro, el 100% presentó eritema y descamación local de máximo 10 días de evolución.

9. Todos los pacientes fueron reevaluados a los 2 meses del procedimiento manteniéndose los resultados obtenidos o incluso mejorías leves ya que continuaron con tratamiento tópico con tretinoína.

Discusión

Para un gran número de mujeres, las estrías son una de las preocupaciones cosméticas más comunes. Hasta ahora, lamentablemente no se han logrado resultados muy satisfactorios con muchos de los tratamientos, y a menudo, causan un postoperatorio incómodo y con complicaciones, sobre todo en los pacientes de piel más oscura. Tradicionalmente, se ha propuesto un gran número de opciones de tratamiento, pero su mala efectividad ha sido desalentadora. Además, estudios clínicos científicamente bien realizados de los diferentes tratamientos disponibles para las estrías son escasos, y muchos de los datos clínicos son anecdóticos. En primer lugar, cuando tratamos a un paciente con estrías es muy importante identificar y tratar los factores etiológicos involucrados. Las intervenciones terapéuticas tempranas pueden garantizar buenos resultados, pudiendo minimizar las alteraciones estructurales. Dermoabrasión, microdermoabrasión, "peeling" con ácido tricloracético y fenol, electrocirugía y tratamiento con láser quirúrgico han sido los más sugeridos para el tratamiento de estas lesiones. Sin embargo, estos métodos no se recomiendan en casos donde las lesiones son numerosas, ni en individuos de piel oscura, debido a las posibles complicaciones que pueden aparecer en el postoperatorio. Nuestro estudio demuestra que un "peeling" con ácido retinóico al 7% en gel es seguro, indoloro, muy rápido y fácil de aplicar. Además, el "peeling" no causa incomodidades ni limitaciones posteriores al tratamiento y puede usarse en pacientes de piel oscura con muy bajo riesgo o nulos efectos colaterales. Al pesquisar en la literatura científica no encontramos otras experiencias que indiquen su uso. Conocemos las limitaciones estadísticas de este trabajo pero abrimos el campo para investigaciones más controladas con estudios histopatológicos que comprueben más ampliamente los resultados que hallamos clínicamente. Actualmente mantenemos seguimiento en la evolución de los pacientes y realizamos "peeling" sucesivos que reportaremos al tener los resultados.

Conclusiones

El "peeling" de ácido retinóico al 7% en gel parece ser una opción terapéutica fácil, eficaz, bien tolerada y segura para el tratamiento de las estrías cutáneas. Los mejores resultados se encontraron en las estrías rubras y los menos alentadores con estrías albas. Proponemos estudios controlados y seguimiento con esta modalidad terapéutica en las estrías cutáneas.

Referencias

1. Ammar NM, Rao B, Schwartz RA, et al. Adolescent striae. *Cutis* 2000; 65:69-70.
2. Muzaffar F, Hussain, Haroon TS. Physiologic skin changes durin pregnancy: a study of 140 cases. *Intl J dermatol* 1998; 37:429-31.
3. Elson ML. Treatment of striae distensae with topical tretinoin. *J Dermatol Surg Oncol* 1990; 16:267-70.
4. Kang S. Topical tretinoin therapy for management of early striae. *J Am Acad Dermatol* 1998; 39:S90-2.
5. Ash K, Lord J, Zukowski M, McDaniel D. Comparision of topical therapy for striae alba (20% glycolic acid/0,05% tretinoin versus 20% glycolic acid/10% l-ascorbic acid). *Dermatol Surg* 1998; 24:849-56.
6. Murad H, Shombon A. The Use of glycolic acid as a peeling Agurt. *Dermatologic Clinics. Cosmetic Dermatol* 1995; 13:258-307.
7. Luis-Montoya P, Pichardo-Velázquez P, Hojyo-Tomoka MT, Domínguez-Cherit J. Evaluation of subcision as a treatment for cutaneous striae. *J Drugs Dermatol* 2005; 4(3):346-50.
8. Mc Daniel DH, Ash K, Zukowski M. Treatment of stretch marks with the 585-nm flashlamp pumped pulsed dye laser. *Dermatol Surg* 1996; 22:332-7.
9. Jiménez GP, Flores F, Berman B, Gunja-Smith Z. Treatment of striae rubra and striae alba with the 585-nm pulsed-dye laser. *Dermatol Surg* 2003; 29(4):362-5.
10. McDaniel DH. Laser therapy of stretch marks. *Dermatol Clin* 2002; 20:67-76.
11. Alexiades-Armenakas MR, Bernstein LJ, Friedman PM, Geronemus RG. The safety and efficacy of the 308-nm excimer laser for pigment correction of hypopigmented scars and striae alba. *Arch Dermatol* 2004; 140(8):955-60.
12. Tay YK, Kwok C, Tan E. Non-ablative 1,450-nm diode laser treatment of striae distensae. *Lasers Surg Med* 2006; 38(3):196-9.
13. Hernández-Pérez E, Colombo-Charrier E, Valencia-Ibiert E. Intense pulsed light in the treatment of striae distensae. *Dermatol Surg* 2002; 28(12):1124-30.
14. Santos C, Ghersetich I, Brazzini B, Hercogova J, Priori M. Cromo Peel (r) - A New Treatment For Stretch Marks: A Clinical And Immunohistochemical Evaluation. *Int J Immunopathol and Pharmac* 2002; 13:359-364.
15. Kligman HL. Effects of all-transretinoic acid on the dermis of hairless mice. *J Am Acad Dermatol* 1986; 15:779-85.
16. Fisher GJ, Datta S, Talwar HS, Wang ZQ, Varani J, Kang S, Voorhees JJ. Molecular basis of sun-induced premature skin aging and retinoid antagonism. *Nature* 1996; 379:335-9.
17. Weiss J, Ellis Ch, et al. Tretinoin, Treatment of photo damaged skin. *Dermatol Clin* 1991; 9:123-30.
18. Monheit G. Chemical Peeling: fundamentals of cosmetic surgery 2001; 1-12.
19. Hexsel D, Mazzuco R, Dall'forno T, Zechmeister D. Microdermabrasion followed by a 5% retinoid acid chemical peel vs a 5% retinoid acid chemical peel for the treatment of photoaging - a pilot study. *J Cosmet Dermatol* 2005; 4(2):111-6.