

UN EJEMPLO DE ACNÉ CONGLOBATA: Sus Implicaciones Bio-Psico-Sociales

Dres. Jaime Piquero M.*, Eva Koves de Amini*,
Alessandra B. Alió S.,* Omaira Bohorquez**

Jaime Piquero M, Eva Koves de Amini, Alessandra B. Alió S. y Omaira Bohorquez. **Un Ejemplo de Acné Conglobata: Sus Implicaciones Bio-Psico-Sociales.** Derm. Venez, 2000, 38: 07-09.

RESUMEN

La adolescencia es el período de la vida donde los cambios sociales y físicos tienen mayor trascendencia y ellos pueden tener incidencia importante en la psiquis del individuo que transita esta etapa de la vida. Debido a que el acné afecta principalmente la cara, y ésta es nuestra presentación a la sociedad, las deformidades faciales pueden incidir en forma importante en la imagen personal y autoestima, por lo que individuos con personalidades premórbidas y acné, no necesariamente severo, pueden desarrollar problemas psicológicos y sociales. Es por ello que el médico tratante, debe atacar agresivamente la enfermedad para remitirla prontamente y evitar cicatrices físicas y psicológicas, e incluso solicitar la ayuda especializada.

Palabras clave: Acné Conglobata, Depresión, Ideación Suicida.

ABSTRACT

Acne Conglobata its Bio-psycho Social Implications. Severe facial scarring induced by acne is not only important in itself, but also by the suffering and psychological abnormalities that it may produce. Depression and suicidal ideas may occur.

We present a case in whom combined medico-surgical and psychological treatment led to marked improvement in somatic and psychic spheres. The complexities of the management of this patient illustrate the fact that acne is not a simple cosmetic problem, but a true illness.

Key words: Acne Conglobata, Depression, Suicida) ideas.

CASO CLÍNICO

Joven masculino de 28 años de edad, con Acné Conglobata de cinco años de evolución, hospitalizado en una oportunidad y manejado con Isotretinoína a las dosis de 20 mg al día por 3 meses y antibióticoterapia sistémica. Mantuvo el tratamiento con Isotretinoína por 6 meses. En el curso del tratamiento desarrolla cicatrices hipertróficas y queloidianas, en cara, cuello, cuero cabelludo, tórax anterior y región inguinoescrotal izquierda. La terapia con Isotretinoína se man-

tiene a dosis muy baja y en forma irregular debido a su costo. En Junio de 1999, acude a nuestro centro donde se aprecia un cuadro de Acné Queloidiano severo cicatricial con Hidrosadenitis inguinal izquierda y Celulitis Disecante del Cuero Cabelludo, además de un importante Síndrome Depresivo con tendencia al suicidio.

Examen Físico Dermatológico

Introvertido. Fototipo V. Cara: Cicatrices hipertróficas y otras de tipo quelodiana localizadas en mejillas, regiones mandibulares, preauriculares, con extensión al cuello, sin ocasionar retracción. Fig. 1. Cuero Cabelludo: Alopecia difusa con cicatrices hipertróficas y otras queloidianas, que al presionarlas

* Departamento de Dermatología, Instituto de Biomedicina

** Departamento de Psiquiatría, Hospital Vargas de Caracas.

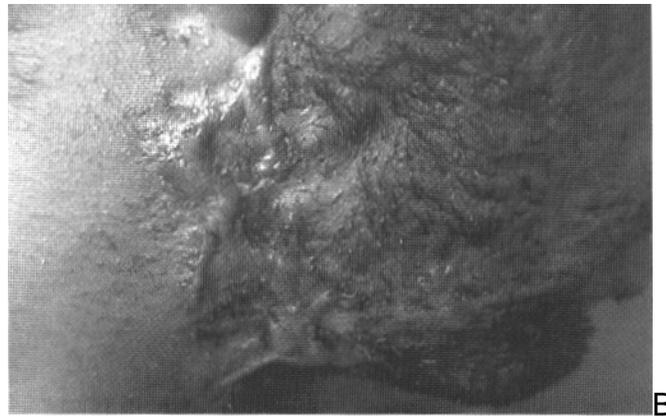


Fig. 1 Múltiples cicatrices hipertróficas y queloidianas en la cara y cuello.

emanaban secreción purulenta amarillenta fétida. Tórax anterior: Queloides en región esternal. Región inguino escrotal izquierda: Cicatriz hipertrófica en hemiescrotal izquierdo.

Evaluación Psiquiátrica

Cubre su cara con un pañuelo y su cabeza con una gorra. Tendencia al aislamiento e ideas de minusvalía, desesperanza y rechazo hacia su imagen corporal. Irritabilidad contra sus Familiares. Trastorno del sueño a nivel conciliatorio y de mantenimiento, abulia. En Junio de 1999, presentó ideación suicida. *Atmósfera del Hogar:* Tendencia a la sobreprotección. *Area Laboral:* Trabajó en una textilera como Supervisor por 2 años, lo retiraron por reducción de personal "creo que fue por mi apariencia física". Al año consigue trabajo como Supervisor de una almacén, pero se retira por "infección de las heridas en mi cara".

Vida Sexual.- Heterosexual. Ha tenido 3 parejas. Tiene una hija de 6 años. Test Psicológico: Escaso concepto de sí mismo. Inteligencia normal (promedio). Trastorno de ansiedad y depresión. Fobia con la enfermedad. Conflictos infantiles no resueltos. **Concluyen: Personalidad Esquizoide y Depresión Mayor.**

Exámenes Paraclínicos

Hematología Completa, Química, VDRL, HIV. Ex. De Orina y Hece: Normal. Perfil Tiroideo: Normal. Electroencefalograma: Normal. Glucosa 6 fosfato deshidrogenasa: Normal.

Diagnóstico Clínico

- **Acné Conglobata cicatricial tipo Acné Inversa**
Hidrosadenitis inguinal, Celulitis Disecante del Cuero Cabelludo).
- **Depresión Mayor.**

Tratamiento Dermatológico

Empleamos como tratamiento **domiciliario:** Doxiciclina tab. 100 mg BID, Dapsona tab. 100 mg diario, Vitamina C tab. 2 gr. diario, Solución de Vleminckx" en compresas tópicas TID, Eritromicina gel 4% TID. Al desaparecer la inflamación e infección iniciamos el tratamiento de **consultorio:** Radioterapia con un número total de 13 sesiones, a razón de 208,28 Rad; alcanzando una dosis acumulada de 2707,54 Rad e infiltraciones con acetónida detriamcinolona cada 15 días.

Seguidamente se practica Radiocirugía y Criocirugía: previa infiltración con anestesia local de todo el queloides o zona de fibrosis atípica, se procedió a cortar utilizando un equipo de Radiocirugía Ellman®, con asas radioquirúrgicas de diferente tamaño y el modo de corriente totalmente rectificadas y filtrada (90% de corte y 10% de coagulación), con una intensidad de onda de 2. Para el sangrado tratamos de no utilizar el modo de coagulación y sólo lo hicimos cuando éste era importante. Luego del procedimiento radioquirúrgico infiltramos acetónida de triamcinolona, dosis no superior a 0,1 cc por cm², luego usamos el Nitrógeno líquido en la forma de spray produciendo un frente de congelación hasta lograr un blanqueamiento indurado de la zona a tratar. Secamos y colocamos apósitos de gasa ocluido. Una vez alcanzada la epitelización se colocaron parches de Tegaderm®. Fig. 2. En el futuro, en 1 año, iniciaremos Isotretinoína vía oral (1,52 mg Kg de peso); si el cuadro clínico para el momento lo requiriera.

Tratamiento Psiquiátrico:

Crear conciencia de enfermedad con la finalidad de seguir el tratamiento médico por lo cual se inicia tratamiento con antidepresivos y ansiolíticos. Se inicia Psicoterapia: dictan pautas conductuales y se corrigen distorsiones cognitivas. Se utiliza la Técnica de Confrontación y el paciente presenta una reacción disociativa. Disminuyen las ideas de minus-

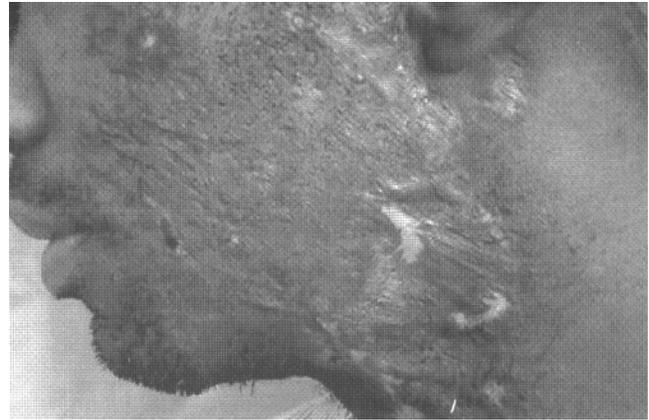


Fig. 2 Obsérvese el alisamiento de la piel luego del tratamiento con radioterapia, crioterapia y radiocirugía e infiltración con acetónida de triamcinolona en las lesiones iniciales.

valía y desesperanza, no hay ideación suicida. Actualmente se encuentra en remisión. Tiene planes para el futuro y mejoró su autoimagen.

DISCUSIÓN

El acné es capaz de producir cicatrices psicológicas y clínicas significativas.¹ De allí que es necesario identificar si dichas lesiones son producto de el acné en sí o de un trastorno de conducta del tipo obsesiva compulsiva, depresión o delusión.² Esto conlleva a una desfiguración cicatricial y deterioro de la autoimagen corporal, autoestima, desfiguración cosmética y deterioro de su calidad de vida (fobia social, insomnio e hipersomnía, anorexia, hiperfagia, deterioro académico, aumento del desempleo ya sea por falta de confianza o por ser sometido al prejuicio de los empleadores).^{5,6,8} Más aún cuando las lesiones aparecen en la cara y el cuello cabelludo y área genital. Cuando el acné se torna rebelde al tratamiento, y crónico, puede llevar a una enfermedad depresiva, siendo aún mayor en pacientes con enfermedad psicósomática conocida y suficiente para cometer suicidio.¹

Es importante para el Dermatólogo reconocer la comorbilidad psiquiátrica en todos los pacientes dermatológicos, en especial la depresión¹ y la necesidad de hacer una terapia agresiva prontamente, incluso con isotretinoína. De allí que en toda entrevista debe escucharse, valorar los deseos del paciente y comunicación adecuada (Challela G, Comunicación Personal). Actualmente existen encuestas psicológicas como la APSEA¹ las cuales deben formar parte de la historia previa de un adolescente o púber que consulta por acné. La terapéutica dermatológica a emplear, dependerá de la severidad del acné (Isotretinoína oral, tópica; Radioterapia local, Radiocirugía, Crioterapia, Infiltración con esteroides, antibióticos, etc.), el cual tiene como finalidad prevenir y/o reparar el defecto³ Por otro lado debe ponderarse la terapia antiacné en función de la evolución a mediano y largo plazo desde el punto de vista físico, psí-

quico y social, sin tomar en cuenta la incidencia de costos de determinada terapia a corto plazo. Es necesario establecer en el paciente la expectativa de la reparación, a fin de que el cambio de la imagen corporal no ocasione un choque emotivo.⁸ Esto debe ir acompañado de Psicoterapia y/o Evaluación Psiquiátrica. Finalmente los servicios de salud y las aseguradoras que intervienen en el negocio salud deben hacer una revisión de sus políticas de prestación de servicio en enfermedades de la piel como el acné, dejando a un lado el pensamiento de trivialidad o estética que tienen y que impiden que estas enfermedades puedan aceptarse como tales y no como problema estético.

Correspondencia:

Para solicitud de separatas y envío de correspondencia: Dr. Jaime Piquero Martin. Departamento de Dermatología. Instituto de Biomedicina. Caracas. Venezuela. E-mail: piquero@telcel.net.ve.

BIBLIOGRAFÍA

1. Layton AM, Seukeran D, Cunliffe WJ. Scarred for life? *Dermatology* 1997; 195 (suppl 1), 15-21.
2. Koo J, Smith L. Psychologic aspects of acne. *Pediat Dermatol* 1991; 1:185-188.
3. Gupta MA. Psychiatric aspects of the treatment of mild to moderate facial acne. *Int J Dermatol* 1990; 29:719-721.
4. Gupta M, Gupta A. Depression and suicidal ideation in Dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol* 1998; 139: 346-850.
5. Koo J. The Psychosocial impact of acne.: Patients and Perceptions. *J Am Acad Dermatol* 1995; 32 (suppl); S26-S30.
6. Morgan M. Dermatology Quality of life scales, a measure of the impact of skin diseases. *Br J Dermatol* 1997; 136:202-206.
7. Cotterill JA, Cunliffe WJ. Suicide in dermatological patients. *Br J Dermatol* 1997; 137: 246-250.