

Acné infantil

D. Velázquez Tarjuelo, P. Zamberk Majlis, R. Cabeza Martínez, J.M. Hernanz Hermosa
Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario «Gregorio Marañón». Madrid

Resumen

El acné infantil es una patología poco frecuente, que aparece generalmente durante el primer año de vida. Su etiopatogenia está relacionada con una mayor producción de andrógenos por parte de la glándula adrenal, todavía inmadura, y en varones interviene además la producción de testosterona testicular, lo que hace que éstos sean más vulnerables a padecerlo. En casos persistentes es importante descartar los cuadros de hiperandrogenemia, como la hiperplasia adrenal congénita, la adrenarquia precoz o los tumores gonadales o adrenales. El tratamiento es similar al empleado en adultos, evitando las tetraciclinas por riesgo de decoloración permanente de los dientes. En casos graves puede emplearse, con buenos resultados, la isotretinoína oral.

Palabras clave

Acné infantil, hiperandrogenemia

Abstract

Title: Infantile acne

Infantile acne is a relatively uncommon condition that occurs primarily in the first year of life. It may be related to the high levels of androgens produced by the fetal adrenal glands, and boys, who, in addition, have testicular androgen, are perhaps even more vulnerable to acne. The differential diagnosis of persistent infantile acne accompanied by other signs of virilization should include premature adrenarche, congenital adrenal hyperplasia and androgen-producing tumors. Treatment is similar to that of adult acne, with the exclusion of the use of tetracyclines, as they can cause permanent tooth discoloration. Oral isotretinoin may be necessary in a small number of patients who are unresponsive to conventional long-term treatment.

Keywords

Infantile acne, hyperandrogenemia

26

Caso clínico

Niña de 2,5 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude a la consulta de dermatología pediátrica por la presencia de lesiones cutáneas asintomáticas en ambas mejillas, de aproximadamente 10 meses de evolución. Las lesiones permanecían estables y la paciente no había realizado hasta entonces ningún tratamiento.

En la exploración física, la paciente presentaba en la localización anteriormente reseñada una erupción cutánea, polimorfa, constituida por comedones, pápulas y alguna pústula sobre una base eritematosa. No se observaban lesiones similares en otras localizaciones, signos de androgenización ni de pubertad precoz (figuras 1 y 2).

Con el diagnóstico clínico de acné infantil se solicitó un estudio analítico completo, con hemograma, bioquímica y estudio hormonal (hormona luteinizante [LH], hormona foliculostimulante [FSH], testosterona total y libre, cortisol, androstendiona y deshidroepiandrosterona [DHEA]), cuyos resultados estaban dentro de los límites de la normalidad.

Se inició tratamiento tópico con peróxido de benzoilo al 5% y clindamicina al 1%, una aplicación por la noche, pero la mejoría fue escasa tras 2 meses de tratamiento, por lo que se decidió suspenderlo e iniciar terapia con adapaleno al 0,1%

(análogo de retinoides), una aplicación por la noche, con el que se observó una mejoría lenta pero progresiva de las lesiones.

Discusión

Dentro del primer año de vida, el acné puede aparecer de 2 formas¹: a) acné neonatal, de inicio en las primeras semanas de vida y de resolución espontánea en pocos meses, y b) acné infantil, menos frecuente que el anterior, de inicio aproximadamente a los 3-16 meses, más grave y persistente. Suele acabar resolviéndose en el primer o segundo año de vida, aunque en algunos casos puede persistir hasta los 4-5 años.

La etiopatogenia del acné infantil está probablemente más relacionada con la producción hormonal intrínseca que con la influencia hormonal materna, como ocurre en el acné neonatal². Desde el momento del nacimiento hasta los primeros 6-12 meses, la glándula adrenal es una glándula «fetal», con predominio del área reticular, encargada de la producción de andrógenos, en concreto DHEA^{2,3}. Además, durante este periodo, en los niños se produce un aumento de los niveles de LH y, por tanto, también de testosterona⁴. Así, mientras que en las niñas la producción de andrógenos parte exclusivamente de la glándula adrenal, en los niños también contribuye la producción de testosterona testicular. Esto explicaría el predominio del acné



Figura 1. Se observa la erupción polimorfa, con pápulas y comedones cerrados y abiertos



Figura 2. Lesiones similares a las anteriores, con pápulas inflamatorias además de los comedones

infantil en varones frente a mujeres. Entre el primer año de vida y los 7 años, el acné es muy raro, y cuando aparece, se debe descartar la existencia de hiperandrogenemia secundaria a ciertos procesos, como la adrenarquia prematura, las formas moderadas de hiperplasia adrenal congénita, los tumores gonadales o adrenales, el síndrome de Cushing o la pubertad precoz². También se han descritos casos de acné infantil secundarios a la ingesta materna de fenitoína durante el embarazo⁵. Algunos autores describen una mayor frecuencia y gravedad de acné vulgar en la pubertad en pacientes con historia de acné infantil⁶.

Clínicamente, se caracteriza por la presencia de comedones, abiertos o cerrados, pápulas y pústulas, predominantemente en las mejillas. Es raro encontrar formas graves con nódulos profundos y cicatrices residuales⁷.

El estudio de laboratorio debe incluir los niveles de LH, FSH, testosterona total y libre, cortisol, DHEA, DHEA-S, 17-alfahidroxiprogesterona y prolactina^{2,8}.

El tratamiento es similar al empleado en adolescentes; hay que evitar las tetraciclinas, que pueden producir una decoloración permanente de los dientes en niños menores de 8 años⁹. En casos leves se puede recurrir al tratamiento tópico con peróxido de benzoilo y/o antibióticos para las lesiones inflamatorias, y retinoides tópicos, como la tretinoína o el adapaleno, para los comedones. La eritromicina oral es el fármaco de elección en el acné moderado o grave, asociado o no a un tratamiento tópico³. En casos excepcionales en los que fracasan estos tratamientos, se ha descrito el empleo de isotretinoína oral en dosis de 0,5-2 mg/kg/día durante 4-6 meses, con muy buenos resultados⁷. En los niños incapaces de ingerir las cápsulas de isotretinoína, y debido a que los derivados de la vitamina A son liposolubles y sensibles a la luz, en un ambiente oscuro se puede verter el contenido de la cápsula en una tostada con margarina^{7,10}. Los principales efectos secundarios son mucocutáneos; las manifestaciones sistémicas, como las cefaleas o el aumento de GOT, GPT o LDH, son raras. ■

Bibliografía

1. Jansen T, Burgdorf WHC, Plewig G. Pathogenesis and treatment of acne in childhood. *Pediatr Dermatol.* 1997; 14: 17-21.
2. Lucky AW. A review of infantile and pediatric acne. *Dermatology.* 1998; 196: 95-97.
3. Cunliffe WJ, Baron SE, Coulson IH. A clinical and therapeutic study of 29 patients with infantile acne. *Br J Dermatol.* 2001; 145: 463-466.
4. Tabata N, Terui T, Watanabe M, et al. Infantile acne associated with a high plasma testosterone level in a 21-month-old boy. *J Am Acad Dermatol.* 1995; 33: 676-678.
5. Stankler L, Campbell AGM. Neonatal acne vulgaris: a possible feature of the fetal hydantoin syndrome. *Br J Dermatol.* 1980; 103: 453-455.
6. Chew EW, Bingham A, Burrows D. Incidence of acne vulgaris in patients with infantile acne. *Clin Exp Dermatol.* 1990; 15: 376-377.
7. Torreló A, Partor MA, Zambrano A. Severe acne infantum successfully treated with isotretinoin. *Pediatr Dermatol.* 2005; 22: 357-359.
8. Mann MW, Ellis SS, Mallory SB. Infantile acne as the initial sign of an adrenocortical tumor. *J Am Acad Dermatol.* 2007; 56: 15-18.
9. Ray WA, Federspiel CF, Schaffner W. Prescribing of tetracycline to children less than 8 years old. *JAMA.* 1977; 237: 2.069-2.074.
10. Elbaum DJ. Comparison of the stability of topical isotretinoin and topical tretinoin and their efficacy in acne. *J Am Acad Dermatol.* 1988; 19: 486-491.