

ACNÉ QUELOIDEO NUCAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DEL TEMA

ACNE KELOIDALIS NUCHAE AND ADHERENCE TO THE TREATMENT: A PROPOSAL OF A CASE AND REVIEW



ENE - DIC 2023 | Vol. 104

Caso Clínico

Rev. argent. dermatol. 2023; 104 ;11; 93 - 101.

Publicado en línea 2023, Diciembre / Published online 2023 December

Acné queiloideo nugal y adherencia al tratamiento: a propósito de un caso y revisión del tema

Autores | Contacto**Rengifo A,1 Solano Fiorela E,1,2 y Rojas-Varona Claudia3**

Facultad de Medicina Humana, Universidad Privada Antenor Orrego,
Trujillo, Perú. <https://orcid.org/0000-0003-3709-5624>

Sociedad Científica de estudiantes de Medicina, Universidad Nacional de
Piura, Piura, Perú. <https://orcid.org/0000-0001-9104-353X>

Médico especialista en dermatología, Dermamedic, Piura, Piura, Perú.
RNE 034047. <https://orcid.org/0009-0004-9691-9958>

De la autoría: Alessia Rengifo se encargó de la concepción de la idea, adquisición del caso, redacción, interpretación de los datos, aprobación final y edición. Fiorela E. Solano se encargó de la concepción de la idea, adquisición del caso, redacción, interpretación de los datos, aprobación final, y edición. Y Claudia Rojas-Varona se encargó de la redacción, interpretación de datos, aprobación final y edición del caso.

Agradecimientos: Se agradece al estudiante de medicina Rodrigo Mauricio Nuñez Coloma por la colaboración en la búsqueda de antecedentes.

Financiamiento: Este trabajo no ha recibido financiamiento.

Consideraciones éticas: Este trabajo consideró el consentimiento informado del paciente para ser publicado. Igualmente, pasó por el comité de ética de la Universidad Privada Antenor Orrego con número de resolución N°0168-2021-UPAO.

Recibido: 07/05/2023

Recibido 1°Corrector: 21/08/2023

Recibido 2° corrector: 18/10/2023

Aceptado para su Publicación: 29/12/2023

Los autores declaramos no poseer ningún tipo de conflicto de interés

RESUMEN

El acné queiloide nugal es una forma crónica de foliculitis cicatricial, caracterizada por el desarrollo de papulo-pústulas que se convierten en queloides cuyo proceso fisiopatológico no está bien dilucidado.

Se presenta un paciente de 19 años, con antecedente familiar de acné queiloideo nugal, cuya aparición es posterior al ingreso de una bacteria en el cuero cabelludo. El caso se reporta por la rara frecuencia de la enfermedad y como conocimiento de una posible activación de la enfermedad por el ingreso de una bacteria al organismo del paciente. En este caso, se realiza una revisión breve del tema y resalta la exacerbación del proceso inflamatorio y empeoramiento de la enfermedad con medicina alternativa usada deliberadamente por familiares del paciente.

ABSTRACT

Keloid acne nuchae is a chronic form of cicatricial folliculitis, characterized by the development of papules, pustules, and keloid-like plaques which pathophysiological process is not well elucidated.

We report a 19-year-old patient, with a family background of keloid acne nuchae, whose appearance is after the entry of a bacterium into the scalp. The case is also reported due to the rare frequency of the disease and as knowledge of a possible activation of the disease by the entry of a bacterium into the patient's organism. In this case, a brief review of the subject is made and the exacerbation of the inflammatory process and worsening of the disease

with alternative medicine deliberately used by the patient's relatives is emphasized.

PALABRAS CLAVE

Acné queloideo nupal, foliculitis, tratamiento (DecS).

KEY WORDS

keloid acne nuchae, folliculitis, treatment (MesH).

INTRODUCCIÓN:

El acné queloide nupal, también conocido como foliculitis queloide de la nuca, forma crónica de foliculitis cicatricial, se caracteriza por el desarrollo de papulo-pústulas en el cuero cabelludo de la región occipital extendida a la región cervical.¹ Su etiopatogenia no está bien definida. Se ha señalado como hipótesis a una reacción inflamatoria² o a un proceso infeccioso, sin ser esta la explicación total del cuadro sino un factor activador, aparentemente.³ Esta patología se encuentra en aumento, quizá por su notable relación con la insulinoresistencia y el síndrome metabólico,⁴ y puede ser importante el estado psicosocial del paciente.

Reporte de caso

Varón de 19 años de edad con antecedente de sinusitis, en tratamiento con fluticasona en spray de forma esporádica, y alergia crónica a polen según estudio de alergología hace seis años. Niega otros antecedentes. Padre de paciente con lesiones en nuca tratadas con escisión completa hace 20 años y con actual calvicie en dicha zona. Hace tres años y medio presenta un corte de cabello en sólo región de la nuca con una máquina afeitadora en común con otras 60 personas. Dos semanas después del hecho, presenta pápulas queloidales entre 0,5 cm a 2,5 cm de diámetro, eritematosas, no pruriginosas, que sobresalen en la zona occipital, con disminución de volumen de cabello en dicha zona.

Hace dos años y medio acude a dermatólogo, quien señala que “no existe tratamiento para tales lesiones”. Ante esta negativa, opta por medicina alternativa: sustancias como aloe vera, arcilla, matico, limón, lavados con agua caliente, zumo de cebolla y agua de mar se utilizaron de forma local durante varias ocasiones, sin mayor efecto y con períodos de irritación y ardor; se evidenciaba remisión leve en cuanto a volumen, sin afectar cantidad.

Acude a consulta por presentar supuración de estas lesiones (**Figura 1**). Se inicia tratamiento con dicloxacilina 500 mg VO cada ocho horas durante una semana, y a los cuatro días se realiza escisión completa de lesiones foliculares con apariencia queloidea y la inyección intralesional con ácido de triamcinolona de 0,05 % en el resto de las lesiones; se prescribe tratamiento con clobetasol 0,05 % loción capilar e isotretinoína 10mg vía oral c/24 horas.



Figura 1. Inflamación crónica de los folículos pilosos, donde se observan pápulas blandas y duras entre 0,5-2,5 cm. Algunas de ellas con secreción amarillenta alrededor.

A las dos semanas, el paciente presenta remisión en un 70 % (Figura 2). A los dos meses de tratamiento, presenta episodio de sinusitis exacerbado por resfrío y discontinuó tratamiento en su totalidad (Figura 3).



Figura 2. Remisión al 70 % de las lesiones



Figura 3. Presencia de pápulas sobre folículos pilosos de consistencia blanda en región occipital

Acude a consulta una semana después de tal episodio, con retorno de lesiones. Se destaca en la imagen que las lesiones presentan menor volumen que al inicio del tratamiento. Posteriormente a ello, se informa al paciente el reinicio de la terapia, para lo cual se realizan exámenes de sangre y cultivo de muestra de las lesiones. Sus resultados mostraron: perfil hepático dentro del rango, leucocitos en 10mil, abastionados 0 %, hemoglobina 15 g/dl, plaquetas 200mil y eosinofilia 10 %; se le realiza cultivo de una muestra de las lesiones para hongo y bacterias, y resulta positivo a *Staphylococcus aureus*, por lo cual se opta por esquema de isotretinoína y doxiciclina. A los cuatro días, el paciente presenta cefaleas recurrentes de intensidad moderada, motivo de la suspensión de medicamentos. Se evidencia remisión de cefalea y se realiza una intervención intralesional con ácido de triamcinolona 0,05 %. Se prescribe tratamiento con clobetasol en loción capilar por la noche y adapaleno 0,05 % durante el día. Al tercer mes de iniciada esta nueva terapia, se evidencia una mejoría del 95 % (**Figura 4**).



Figura 4. Mejoría de las lesiones

Discusión

El acné queloide nupal se presenta como pápulas inflamatorias firmes y pústulas sobre la nuca o la región occipital, que se describen con un proceso fibrótico y cicatricial con el tiempo y cuya frecuencia es mayor en varones de raza negra.^{3,5} El avance lento y recidivante de las lesiones en este caso permite señalar la enfermedad como crónica.

El paciente tratado tiene un componente genético, el mismo que se encuentra en reportes de casos anteriores.³ Existe la hipótesis de que se trata de una enfermedad autoinmune que se activa por ciertos hechos como la mediación de una bacteria, que no llega a explicar por sí sola el desencadenamiento de las lesiones, como sucede en este caso con el cultivo positivo a *Staphylococcus aureus*;⁶ ello podría ser respaldado por la confirmación de la mediación proinflamatoria de interleucinas y otras moléculas, en especial de la IL-6.⁷

Se reconoce la asociación significativa de esta patología con otras enfermedades como foliculitis crónica o síndrome metabólico, con cifras de alrededor del 30 % de estos pacientes. Asimismo, se relaciona significativamente con insulinoresistencia y acantosis nigricans en más de un 75 % de los casos.^{4,8} Otra asociación es con lesiones mecánicas y procesos de inflamación crónicos provocados por cortes de cabello, sin ser necesario el uso de navajas compartidas, sino que son explicadas por el método invasivo ocasionado en el paciente, que puede reactivar la patología.^{9,10}

Uno de los puntos de importancia es la influencia de la medicina alternativa y complementaria (MAC) como una opción frente a la ausencia de soluciones ante un problema médico, lo que sucede en gran porcentaje de la población peruana, con un uso de MAC de 19,5 % y más en algunas regiones donde la fitoterapia, como en este caso, es una de las terapias más usadas. Son consideradas muy frecuentemente por los pacientes, como lo reportado en el estudio de Ogunbiyi, que señala un 9,4 % de los pacientes con acné queloide que optaron por el uso de hojas tradicionales como tratamiento.^{10,11}

El paciente no presenta adherencia al tratamiento oral debido a la influencia de la familia y de la creencia en la “medicina natural”; sin embargo, existen otros tratamientos, como las terapias de luz ultravioleta y escisión quirúrgica que son eficaces para ciertos períodos y requieren pocas sesiones para una remisión prolongada de

las lesiones, lo que muestra que son una de las opciones más acertadas en comparación con el tratamiento oral o tópico.⁹

Se realiza seguimiento del paciente hasta los 9 meses posteriores y se nota que las lesiones de mayor gravedad siguen emergiendo cada 2 meses, por lo que se opta por una sesión de inyección intralesional con ácido de triamcinolona al 0.05 % una vez por mes hasta su desaparición completa, considerando lo reportado en la serie de casos publicada de Sandoval-Osses y colaboradores, donde se indica que se obtiene la remisión completa de las lesiones extirpadas por cirugía con cierre de segunda intención luego de un período de cinco años.^{12,13}

Por último, podemos concluir que el acné queiloide nuchal tiene una etiología multifactorial en la actualidad, que puede encontrarse bajo una influencia infecciosa, componente autoinmune o genético. Igualmente, se sugiere el uso de un tratamiento procedimental a partir de infiltraciones con corticoides intralesionales o la opción por un tratamiento quirúrgico en pacientes con buena adherencia al tratamiento médico para que la remisión de sus lesiones sea prolongada. Asimismo, no se recomienda el tratamiento en caso de pacientes poco disciplinados, debido a la recidiva de las lesiones.

Referencias

1. Bernárdez C, Molina-Ruiz AM y Requena L. Histopatología de las alopecias. Parte II: alopecias cicatriciales. *Actas Dermo-Sifiliográficas* [Internet]. 2015; 106(4): 260-270. DOI: 10.1016/j.ad.2014.06.016
2. Jacyk WK. Dermatitis corrientes en pacientes africanos de raza negra (II). Enfermedades cutáneas vistas más frecuentemente en negros africanos. *Actas Dermo-Sifiliográficas* [Internet]. 1998; 89(7): 365-378. DOI: <http://www.actasdermo.org/es-dermatosis-corrientes-pacientes-africanos-raza-articulo-13003348>
3. Garais JA, Pascualini MF, Ruiz Lascano A y Kurpis M. Acné queiloideo / foliculitis esclerosante de la nuca: presentación de tres casos y revisión de la literatura. *Rev Argent Dermatol* [Internet]. 2015; 96(4): 76-85. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2015000400007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. East-Innis ADC, Stylianou K, Paolino A y Ho JD. Acne keloidalis nuchae: risk factors and associated disorders – a retrospective study. *Int J Dermatol*. 2017; 56(8): 828-832. DOI: 10.1111/ijd.13678
5. Ogunbiyi A. Acne keloidalis nuchae: prevalence, impact, and management challenges. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2016; 9: 483-489. DOI: 10.2147/CCID.S99225
6. Dinehart SM, Herzberg AJ, Kerns BJ y Pollack SV. Acne keloidalis: a review. *J Dermatol Surg Oncol*. 1989; 15(6): 642-647. DOI: 10.1111/j.1524-4725.1989.tb03603.x
7. Togo S, Sugawara K y Tsuruta D. Acne keloidalis in an Asian female patient. *Clin Case Rep*. 2019; 7(7):1412-1414. DOI: 10.1016/j.ad.2014.06.016
8. Loayza E, Vanegas E, Cherrez A y Cherrez Ojeda I. Acne keloidalis nuchae in Latin America: is there a different phenotype? *Int J Dermatol*. 2017; 56(12): 1469-1470. DOI: 10.1111/ijd.13783
9. Brahe C, Peters K y Meunier N. Acne keloidalis nuchae in the armed forces. *Cutis* [Internet]. 2020; 105(5): 223-226. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32603383/>

10. Ogunbiyi A y Adedokun B. Perceived aetiological factors of folliculitis keloidalis nuchae (acne keloidalis) and treatment options among Nigerian men. *Br J Dermatol*. 2015 Jul; 173 Suppl 2: 22-25. DOI: 10.1111/bjd.13422.
11. Santiváñez-Acosta R, Valenzuela-Oré F, Angulo-Bazán Y, Santiváñez-Acosta R, Valenzuela-Oré F y Angulo-Bazán Y. Uso de terapias de medicina alternativa y complementaria en la provincia de Coronel Portillo, Ucayali, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020; 37(3): 510-515. DOI: 10.17843/rpmesp.2020.373.4939
12. Sandoval-Osses M, Rojas-Lechuga MJ y González-Aspillaga MC. Extirpación quirúrgica con cierre primario y posterior uso de Isotretinoína en Acné queloideo de la nuca. Serie de 6 casos clínicos. *Rev Chil Dermatol [Internet]*. 2018; 33(1): 15-19. DOI: 10.31879/rcderm.v33i1.53
13. Maranda EL, Simmons BJ, Nguyen AH, Lim VM y Keri JE. Treatment of Acne Keloidalis Nuchae: A Systematic Review of the Literature. *Dermatol Ther [Internet]*. 2016; 6(3): 363-378. DOI: 10.1007/s13555-016-0134-5