

## CASOS CLÍNICOS

# Acné Queloideo De La Nuca: Excelente Respuesta al tratamiento Con Imiquimod 5%

Eduardo Figueroa<sup>1</sup>, Silvana López<sup>1</sup>, Susana Romano<sup>2</sup>

### RESUMEN

El acné queoideo de la nuca (AKN) o foliculitis esclerosante es un proceso inflamatorio crónico del folículo piloso en la región de la nuca. Su incidencia es baja y su etiología desconocida. Afecta con mayor frecuencia a hombres de mediana edad y de raza negra. A lo largo del tiempo se han utilizado diferentes modalidades terapéuticas con resultados variables. Presentamos el caso de un paciente con AKN que mostró una excelente respuesta al uso diario de imiquimod 5% tópico durante ocho semanas

**Palabras claves:** Acné queoideo de la nuca; Imiquimod 5%

### ABSTRACT

Keloid acne of the neck (AKN) or sclerosing folliculitis of the nape of the neck is a chronic inflammatory process of the nape region. Its incidence is low and its etiology is unknown. It mainly affects brown-black males in middle age. Different treatment modalities have been used with different responses. We present the case of a patient with AKN who presented an excellent response to the daily use of topical imiquimod 5% for eight weeks

**Key words:** Keloid acne of the neck; Imiquimod 5%

<sup>1</sup>Institución: Centro de Medicina Privada Asares. San Miguel de Tucumán. Tucumán. Argentina

<sup>2</sup>Dermopatóloga. Sanatorio Modelo. San Miguel de Tucumán. Tucumán. Argentina

Trabajo no recibió financiamiento.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido: 19 de mayo 2021, Aceptado: 10 de mayo 2022.

Correspondencia autor:

Eduardo Figueroa  
Email: edufi2003@yahoo.com.ar

El acné queoideo de la nuca es una dermatosis propia de hombres de ascendencia africana, que en general no plantea dificultades en el diagnóstico clínico. Sin embargo, no existe un protocolo en relación con su manejo terapéutico. Se han utilizado a lo largo del tiempo distintas terapéuticas con diferentes respuestas. Es por ello que nos pareció interesante exponer el caso de un paciente con esta patología que presentó una excelente respuesta al uso diario de imiquimod 5% tópico durante ocho semanas.

### CASO CLÍNICO

Varón de 21 años, empleado administrativo, con antecedentes familiares de Diabetes Mellitus e hipertensión arterial y personales de obesidad (IMC 31), dislipemia, insulinoresistencia e hígado graso, sin alergias medicamentosas conocidas.

Consultó por lesiones asintomáticas de 8 meses de evolución en la nuca. Durante ese tiempo refirió un empeoramiento del cuadro con la aparición de nuevas lesiones. No realizó ningún tratamiento previo.

A la exploración física, se observan múltiples pápulas, eritematosas, hemisféricas, de diferentes tamaños, consistencia dura, algunas centradas por un pelo y otras confluentes entre sí, en la región de la nuca (Figura 1). Además, mostraba algunas lesiones pustulosas. Refería prurito ocasional. La analítica sanguínea informó: Colesterol Total 3,6 gr/lit, Insulinemia 96 uUI/ml, GOT 68 UI/lit y GPT 72 UI/lit, como datos relevantes.

Se realizó una biopsia de una de las lesiones cuyo estudio histopatológico mostró: en epidermis, acantosis regular de las crestas, un infiltrado inflamatorio linfocitario en dermis superficial y perifolicular (Figura 2).

Debido a los antecedentes patológicos del paciente se decidió iniciar tratamiento tópico con ácido fusídico cada 12 hs durante 5 días para eliminar lesiones infectadas y luego con Imiquimod 5% de forma diaria a la noche. Durante el tiempo de aplicación mostró signos leves de eritema e inflamación, tolerando adecuadamente la medicación. Tras ocho semanas de tratamiento se observó una excelente respuesta. (Figura 3)



**Figura 1**  
A la consulta



**Figura 2**  
Luego de 8 semanas de tratamiento con imiquimod 5%



**Figura 3**  
H&E histopatología

## DISCUSIÓN

El acné queiloideo de la nuca (AKN) es una dermatosis inflamatoria crónica superficial que compromete los folículos pilosos de la región occipital de cuero cabelludo.<sup>1,2,3</sup>

Su etiología es desconocida. Varios autores han propuesto que podría producirse por una irritación y oclusión crónica de los folículos pilosos, aunque otros factores incluirían autoinmunidad, exceso de andrógenos o aumento de la sensibilidad a los mismos, constitución seboreica, aumento del número de mastocitos en la zona y el uso de algunos medicamentos (difenilhidantoina, carbamazapina o ciclosporina).<sup>3,4</sup> Al principio, suele presentarse como pápulas y pústulas, eritematosas, inflamadas y firmes, en forma de cúpulas sobre la nuca, con el tiempo se produce fibrosis y fusión de las pápulas, formando placas cicatrizales que recuerdan al queloides.<sup>3</sup> Los pacientes suelen referir prurito, sensación de quemazón o dolor.<sup>5</sup> En la histopatología inicial aparece una inflamación folicular y perifolicular y luego folículos capilares alterados, una reacción de cuerpo extraño con inflamación aguda y granulomatosa y posterior fibrosis dérmica.<sup>6</sup>

Los tratamientos descritos hasta la fecha incluyen el uso tópico de antibióticos (ácido fusídico, eritromicina o clindamicina), retinoides, corticoides de alta potencia y urea.<sup>8</sup> También el empleo intralesional de acetónido de triamcinolona.<sup>7</sup> El uso de antibióticos orales como tetraciclina, minociclina o doxiciclina pueden mejorar el brote agudo.<sup>8</sup> Los retinoides orales, principalmente la isotretinoína, se ha mostrado útil en algunos pacientes.<sup>2</sup> El enfoque quirúrgico suele reservarse para lesiones más grandes que no responden a los tratamientos médicos e incluyen: electrocirugía, crioterapia, escisión e injerto, escisión con cierre primario, escisión y cierre por segunda intención, y escisión por cierre primario en etapas.<sup>7</sup> En los últimos años se ha reportado el uso de terapia laser (láser de CO<sub>2</sub>, Nd-YAG de 1.064 nm, láser colorante de pulso de 59 nm, láser de Diodo de 810 nm y láser de Alexandrita).<sup>9</sup>

En el manejo del AKN, el uso del imiquimod (IMQ) ha sido poco reportado en la literatura médica mundial. Un artículo informó que el uso de IMQ por cinco días consecutivos durante ocho semanas ha sido exitoso en algunos pacientes<sup>4</sup> y otro estudio, pequeño y abierto, mostro éxito con el uso de IMQ y pimecrolimus tópico

durante ocho semanas, siendo efectivo, bien tolerado y con buen beneficio cosmético.<sup>10</sup> El mecanismo de acción de este fármaco está relacionado con las vías inmunes innatas y adaptativas: estimula numerosas citocinas (INF Alfa, IL1, IL6, IL8, IL10, TNF Alfa), inhibe la angiogénesis, activa las caspasas 8 y 3 y sus ligandos aumentando la tasa de apoptosis y activa perforinas con aumento de la muerte celular de fibroblastos queloides, además de estimular y activar cuatro células presentadoras de antígenos: células de langherans, células dendríticas, macrófagos y linfocitos B.<sup>11,12</sup>

## CONCLUSIONES

Hasta la fecha las opciones para el tratamiento del AKN son limitadas y existen pocos estudios que examinen terapéuticas novedosas, no invasivas, eficaces, rentables y con pocos efectos secundarios para el manejo de esta dermatosis. El imiquimod 5% tópico usado de manera diaria durante al menos ocho semanas, sería una excelente opción terapéutica para casos leves a moderados de AKN.

## REFERENCES

1. Garais JA, Pascualini MF, Ruiz Lascano A, Kurpis M. Acne queiloideofoliculitis esclerosante de la nuca presentación de tres casos y revisión de la literatura. *Rev Arg Dermatol* 2015; 96 (4): 231-234
2. Pique Duran E, Palacios Llopis S. Foliculitis esclerosante de la nuca (acné queiloide). *Actas Dermosifiliogr* 2000; 91 (1): 29 – 38.
3. Daifallah M, Aboud Al ; Badri T. Acne keloidales nuchae. *StatPearls Publishing* 2020. En <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29083612/>. 18 de febrero de 2021.
4. Kelly AP. Pseudofolliculitis barbae and acne keloidalis nuchae. *Dermatol Clin*. 2003; 21:645–653
5. Dinehart SM, Herzberg AJ, Kerns BJ, Pollack SV. Acne keloidalis: a review. *J Dermatol Surg Oncol* 1989; 15: 642-7.
6. Okoye GA et al. Improving acne keloidalis nuchae with targeted ultraviolet B treatment: a prospective, randomized, split-scalp comparison study. *Br J Dermatol*. 2014; 171(5): 1156–1163
7. Beckett N, Lawson C, Cohen G. Electrosurgical Excision of Acne Keloidalis Nuchae with Secondary Intention Healing. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2011;4(1):36–39.
8. Maranda EL et al. Treatment of Acne Keloidalis Nuchae: A Systematic Review of the Literature. *Dermatol Ther (Heidelb)* 2016; 6:363-378.
9. D'Souza P, Iyer VK, Ramam M. Familial acné keloidalis. *Acta dermato-venereologica Norway*. 11998;78(5):382.
10. Barr J, Friedman A, Balwin A. Use of imiquimod and pimecrolimus cream in the treatment of acne keloidalis nuchae. *JAAD* 2015. En <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2004.10.265>
11. Allevato M, Marini M. Imiquimod. Estimula y acierta bien. *Act Terap Dermatol* 2005; 28: 374 – 386.
12. Figueroa EA, Lorenz AM. Cicatrices queiloide poscirugía estética. Buena respuesta a imiquimod 5%. *Act Terap Ddermatol* 2018; 41: 41 – 45.