

## módulo 2

Dermatología  
en distintas épocas  
de la vida

1. Dermatología durante el embarazo
2. Neonatología y posparto
3. Pediatría (niños)
4. Pediatría (adolescentes)
5. Adultos (hombres)
6. Adultos (mujeres)
7. Anciano
8. Anciano (encamado)

# Dermatología en el hombre adulto

María Dolores García Puerta

Licenciada en Farmacia, especialista en Farmacia Industrial y Galénica.  
Técnico Superior en Estética

La dermatología (del griego *derma*, «piel») es la rama de la medicina encargada del estudio de la piel y sus anejos: uñas, glándulas sudoríparas eccrinas y complejos pilosebáceos (pelo, su músculo erector, la glándula sebácea y la glándula sudorípara apocrina), así como de sus estructuras, funciones y enfermedades.

La presencia de esta disciplina en la sociedad va en aumento debido tanto a la creciente preocupación por el aspecto físico y la cosmética, como al desarrollo de una gran sensibilidad hacia la prevención en este campo y el acceso a la información gracias a Internet, lo que aumenta la demanda del tratamiento de patologías que antes pasaban inadvertidas.

En lo que se refiere al hombre adulto, la dermatología es una de sus prioridades, ya que la valoración del aspecto externo se incrementa cada día en nuestra sociedad, y afecta en gran medida a todos los aspectos de su vida: social, laboral, emocional, personal, etc.

La piel del varón adulto sigue manteniendo la influencia androgénica propia de su sexo, aunque el nivel de secreción de sus glándulas sebáceas con respecto a la adolescencia va disminuyendo con la edad. A medida que pasan los años, el órgano cutáneo también se va deshidratando, a la vez que se afina, pierde turgencia, resistencia y flexibilidad.

Uno de los objetivos fundamentales de la dermatología actual en el hombre adulto es mantener una adecuada calidad de vida del paciente, de manera que se encuentre bien consigo mismo, mitigando en lo posible los efectos de las distintas alteraciones que afectan a su piel, y previniendo la aparición, desarrollo y evolución de los signos del envejecimiento fisiológico a medida que pasan los años. Lo que más preocupa al hombre adulto es la caída del cabello, la caspa, la seborrea del cuero cabelludo y del cutis, las arrugas faciales, la sequedad de la piel del rostro y cuerpo y las manchas, entre otros.

© M. BELLERA/ISTOCKPHOTO



## Alteraciones Caída del cabello

La alopecia es un término médico que describe la disminución o la falta de cabello en una zona que normalmente lo posee.

Fundamentalmente, todas las alopecias se pueden catalogar como no cicatriciales cuando persisten folículos pilosos en la zona, o cicatriciales cuando hay ausencia total de folículos pilosos, por lo que la zona nunca se repoblará ni de forma espontánea ni con tratamiento médico. Citamos a continuación algunos ejemplos de ambas:

– Alopecias no cicatriciales: alopecia androgénica, *Tinea capitis*, alopecia traumática, alopecia *areata*, efluvio telegénico, alopecia por fármacos, alopecias carenciales y por enfermedades sistémicas.

– Alopecias cicatriciales: enfermedades alopeciantes, alopecias cicatriciales traumáticas y alopecias por quemaduras.

### *Alopecia androgénica*

• **Etiología.** Es una alteración que cursa con concentraciones elevadas de 5-alfa-reductasa y 5 alfa-DHT (5 alfa-dihidrotestosterona) en el cuero cabelludo. La testosterona que circula por la sangre, dentro del queratinocito del folículo piloso, se convierte, por la acción de la 5-alfa-reductasa (II) en 5 alfa-DHT (metabolito activo de la testosterona), que disminuye la síntesis proteica y, como consecuencia, acorta los ciclos anágenos (crecimiento) del cabello: el resultado de todo ello es un cabello más fino. Paralelamente, se origina un proceso inflamatorio que incrementa la síntesis de colágeno por parte del fibroblasto, originándose una cierta esclerosis alrededor del folículo que dificulta la actividad anágena y el desplazamiento de la papila dérmica hacia zonas más profundas de la dermis. Así, se reduce el tamaño del nuevo folículo y el cabello se miniaturiza, convirtiéndose en vello.

• **Frecuencia.** Es el tipo de caída del cabello más frecuente en los varones, instaurándose en el 50% de ellos a partir de los 40 años. Repercute negativamente en la autoestima y en la imagen personal y social del individuo.

• **Evolución.** Comienza con una leve reducción de la densidad del cabello en las sienes; en la coronilla los cabellos son reemplazados por otros más finos y cortos, aunque se mantienen relativamente en la zona posterior y lateral; finalmente, se aprecia un aclaramiento frontal.

• **Exploración.** La realización de una exploración del cuero cabelludo y una prueba de tracción del cabello ayudan a establecer el diagnóstico correcto.

• **Tratamiento.** El objetivo del tratamiento es incrementar la superficie de



cuero cabelludo cubierto, favoreciendo el crecimiento del pelo existente, y retardando al máximo posible la disminución del grosor del pelo. Los activos más efectivos contra la alopecia androgénica son los siguientes:

– El minoxidilo alarga la fase anagénica folicular y se prescribe en soluciones tópicas, a una concentración del 2-5%. Se aconseja una administración de 1 mL dos veces al día sobre cuero cabelludo limpio y seco. Aunque no está exento de efectos adversos (reacciones alérgicas inespecíficas, disnea, cefalea, vértigo, neuritis y, en raras ocasiones, cambios en la presión sanguínea, dolor torácico, hipertricosis y seborrea), su correcta utilización, según los estudios consultados, garantiza la detención de la caída en las zonas de aplicación entre el 30 y el 63%. Sin embargo, sus efectos dejan de apreciarse unos 3 meses después de dejar de aplicárselo.

– La finasterida es un antiandrógeno que inhibe la 5-alfa-reductasa, con lo cual reduce los niveles de 5-alfa-DHT. En dosis de 1 mg/día por vía oral durante más de 6 meses, ha demostrado eficacia en el vértex (región craneal formada por el hueso frontal, los dos huesos parietales y el hueso occipital) y en la región frontovertical,

siendo ineficaz en la región frontotemporal. Tópicamente, se ha utilizado entre el 0,005 y el 0,050%, con resultados contradictorios.

### **Descamación del cuero cabelludo**

La descamación del cuero cabelludo es un hecho fisiológico, igual que ocurre con el resto de la piel del organismo, que se debe a la renovación natural de los corneocitos, que son eliminados con el lavado o con la fricción de una forma imperceptible; sin embargo, si la descamación aumenta, da lugar a agregados grandes en forma de escamas de color marrón o grisáceo. Si dicha alteración cursa sin eritema ni inflamación, se denomina pitiriasis del cuero cabelludo, pitiriasis simple, pitiriasis seca o caspa, siendo ya la presencia de eritema e inflamación indicadores de una verdadera dermatitis seborreica.

• **Etiología.** Este aspecto ha sido muy discutido, y existen varias teorías:

– En la primera teoría se ha involucrado a un hongo saprofito del cuero cabelludo, *Pityrosporum ovale*, cuya proporción aumenta del 45% normal

al 75% sobre el total de la flora saprófita. Su actividad consiste en degradar los triglicéridos naturales del sebo cutáneo en glicerina y ácidos grasos libres, estos últimos inducen una parakeratosis (alteración en la capa córnea de la piel que se caracteriza por un trastorno de la queratinización de las células epidérmicas) por irritación.

– Posteriormente, la hipótesis de la aceleración del ciclo celular epidérmico hizo que fuera perdiendo apoyos la teoría fúngica, considerando que su causa es una incompleta queratinización por un *turnover* acelerado, que reduce a 7 o 10 días el tiempo que tarda una célula en alcanzar la capa córnea, en lugar de los 20 a 30 habituales. Así, la capa córnea no tiene tiempo suficiente para una correcta queratinización, y los corneocitos quedan agrupados por algunos desmosomas residuales aún activos.

Junto con estas dos teorías anteriores, existe una clara influencia neuronal, que se basa en la frecuente aparición en pacientes parkinsonianos, en pacientes con lesiones nerviosas y en el agravamiento debido al estrés o la fatiga.

El factor dietético, el metabolismo de las grasas, los problemas digestivos, el consumo de alcohol y otras sustancias vasodilatadoras también deben ser tenidos en cuenta.

- Frecuencia. Tiene su máxima incidencia entre los 20 y los 30 años, permaneciendo hasta los 50 y remitiendo lentamente. La incidencia en el conjunto de la población es del 40 al 70%. Se observan exacerbaciones en invierno y mejorías en primavera y verano.

- Evolución. La localización más usual es el vértice del cuero cabelludo, las regiones parietales y las temporales superiores, pudiendo quedar con el paso del tiempo limitada a estas zonas o afectar de modo uniforme a la totalidad del cuero cabelludo.

© H. FRERICH/S/STOCKPHOTO



- Exploración

- En la piritiasis simple (caspa tipo psoriasisiforme) es característica la presencia de escamas grisáceas, secas y finas que recubren todo el cuero cabelludo; el rascado produce una descamación blanquecina que es notoriamente visible, al depositarse sobre la ropa o quedar adherida al cabello, lo que afecta negativamente a la imagen social del individuo, al relacionarse erróneamente con una sensación de suciedad o de falta de higiene.

- En la piritiasis grasa o esteatoide (caspa tipo dermatitis seborreica) se observan escamas amarillentas, oleosas y adheridas, y se localiza en las regiones seborreicas, el vértex y región frontal, pudiendo también afectar al conducto auditivo externo, el pabellón auricular, las zonas preauriculares y las cejas; normalmente, cursa con prurito, lo que ya es signo de una dermatitis seborreica inicial.

- Tratamiento

- Activos inhibidores de la proliferación epidérmica: citostáticos (disul-

furo de selenio y derivados de la piritiona).

- Agentes queratolíticos y/o reductores: ácido salicílico, resorcina, azufre, entre otros.

- Queratoplásticos: urea y alfa-hidroxiácidos en baja concentración.

- Modificadores de la queratinización: ácido azelaico y derivados.

- Antifúngicos: nistatina, anfotericina B y los derivados del bencilimidazol (clotrimazol, econazol, isoconazol, miconazol y, principalmente, ketoconazol y sertaconazol).

- Antiinflamatorios.

- Antiseborreicos.

- Astringentes: sales de aluminio (citrato de aluminio).

## Seborrea

La palabra seborrea proviene del latín *sebum*, «sebo», y del griego *rheos*, «río», y significa «producción exagerada de sebo cutáneo y alteraciones cualitativas en su composición».

- Etiología. Los andrógenos son los responsables del control y del tamaño de la glándula sebácea. La velocidad de secreción depende fundamentalmente de factores hormonales, pero sufre variaciones circadianas con un máximo a las 24 horas y un mínimo a las 18 horas, aumenta en estados de nerviosismo, tensión emocional, agotamiento, lesiones neurales, epilepsia, párkinson y cambios en la alimentación (excesiva ingestión de alimentos hidrocarbonatos, salados, picantes, té y café). No ha podido probarse que el ritmo de reposición del sebo esté influenciado por el número de lavados, ya que la secreción sebácea aparece como continua por ser la glándula holocrina, y depende de la velocidad de secreción del índice de mitosis. Actualmente, el efecto rebote se plantea como una alteración de la emulsión epicutánea por factores endógenos y por una incipiente dermatitis seborreica.

La flora saprófita de la superficie cutánea hidroliza los triglicéridos, convirtiéndolos en ácidos grasos y glicerol.

- **Evolución.** La producción de sebo alcanza el máximo valor entre los 30 y los 40 años, para después descender paralelamente con la disminución de la actividad de las glándulas sexuales. La seborrea en el cuero cabelludo no tiene por qué desencadenar una alopecia, aunque la alopecia casi siempre se acompaña de seborrea.

- **Exploración.** La secreción de sebo es mayor en la región frontal, sienes y vértex, y mínima en las áreas parietales y occipitales, coincidiendo este patrón de distribución con el de la alopecia androgénica. Cuando aparecen lesiones eritemoescamosas a nivel de la línea de implantación o en los pliegues retroauriculares, constituye una dermatitis seborreica.

- **Tratamiento.** Los activos más importantes para el tratamiento de la seborrea son los siguientes:

- Por vía oral, 17-alfa-normetil-testosterona, espironolactona, cimetidina, glutamina, hidrocortisona, dexametasona, ácido 13-cis-retinoico, sulfato de cinc, aminoácidos azufrados (metionina, L-cistina y S-carboximetilcisteína) y vitaminas del grupo B (B<sub>5</sub>, B<sub>6</sub> y B<sub>8</sub>), entre otros.

- Por vía tópica, 11-alfa-hidroxiprogesterona en solución al 2%, azufre y derivados azufrados, ácidos politiónicos y sus sales alcalinas, los politionatos de amonio cuaternario, ácidos mercaptocarboxílicos, aminoácidos azufrados, tioxolona, brea de enebro y brea de pino, sulfuro de cadmio, piritonas, piroctona olamina, acetato de cinc, sulfato de cinc, peróxido de benzoilo, alantoinato de aluminio, vitamina B<sub>6</sub> y nicotinamida, entre otros.

Las formas cosméticas más usadas son las soluciones, geles y champúes, formuladas con un pH ácido (disminuye la sensación de prurito).

### Envejecimiento

El envejecimiento de la piel forma parte del ciclo vital del individuo; el órgano cutáneo también va degenerando como lo hacen el resto de los órganos

## CASO PRÁCTICO

### Planteamiento

Paciente de unos 40 años, presentador de televisión, al que le preocupa la rapidez con que se le engrasa el cabello; además, le pica bastante el cuero cabelludo, y al rascarse observa una masa serosa amarillenta. Sospecha que este problema le pueda originar la pérdida de cabello. Quiere solucionar su problema, ya que mejorará su calidad de vida y, además, la imagen es fundamental en la profesión que desempeña. Solicita consejo farmacéutico.

### Resolución

Teniendo en cuenta los datos aportados por el paciente, es probable que padezca una piritiasis grasa o esteatoide (tipo dermatitis seborreica), que suele cursar con una costra grasa amarillenta que se va desprendiendo con el rascado. Si además tiene picor, eritema e inflamación, debemos sospechar que padece una dermatitis seborreica incipiente, que debe ser diagnosticada y tratada por el médico, por lo que remitiremos al paciente a su médico.

Recomendaremos una loción y un champú para caspa grasa, además de indicarle que se manipule el cabello lo menos posible, ya que esto contribuye a la distribución de la grasa a lo largo del cabello.

Por otra parte, tranquilizaremos a nuestro paciente indicándole que la seborrea en el cuero cabelludo no tiene por qué desencadenar una alopecia, aunque debemos recordarle que la alopecia casi siempre se acompaña de seborrea.

del cuerpo. Como consecuencia, van apareciendo los signos del envejecimiento, que son el resultado de las alteraciones cutáneas producidas por el «envejecimiento cronológico» (debido al deterioro fisiológico de los tejidos cutáneos) y de aquéllas derivadas del «fotoenvejecimiento» o envejecimiento actínico (que no tiene nada que ver con la edad y se debe a la acción de la radiación ultravioleta solar sobre la piel). Además, sobre la aparición de dichos signos influyen las enfermedades propias del tejido conectivo y el envejecimiento endocrino u hormonal.

En el hombre, el espesor de la dermis es mayor que en la mujer debido a que el contenido en colágeno y demás fibras dérmicas es superior; todo ello se traduce en una piel más elástica, firme y resistente, por lo que la aparición de los signos del envejecimiento es más tardía. Sin embargo, aunque las arrugas aparecen después, suelen ser más profundas que en la

piel femenina. Por otro lado, la disminución de la actividad hormonal en el varón es más gradual, por lo que el envejecimiento cronológico se hace más largo en el tiempo.

El envejecimiento cronológico desencadena las siguientes alteraciones: atrofia cutánea (epidermis y dermis), atrofia del tejido muscular y subcutáneo, que da lugar a la aparición de arrugas, y un déficit metabólico que da lugar a una piel alópica, más fina, seca y descamante, más blanca, poco elástica y con áreas cuperósicas.

El fotoenvejecimiento se produce como consecuencia de repetidos eritemas solares, reacciones de fotoalergia y fototoxicidad, inmunosupresión actínica y del incremento de la mitosis a nivel de la epidermis (hiperqueratosis). Como consecuencia, se producen las siguientes alteraciones morfológicas: elastosis senil, hiperqueratosis actínica, manchas pigmentarias, arrugas y en algunas ocasiones púrpuras.

© JUANMONINO/STOCKPHOTO



Los principios activos más utilizados son el ácido hialurónico, los alfa-hidroxiácidos, el veneno de serpiente, el DMAE o deanol (dietilaminoetanol), los antioxidantes procedentes de la uva (resveratrol y proantocianidinas oligoméricas), las vitaminas A, E y C (en su forma estabilizada), productos de origen marino (algas, plancton, cartílago de peces, ADN obtenido del líquido seminal y esperma de peces, etc.),

aceites esenciales (azahar, enebro y naranja, entre otros), extractos de plantas ricas en flavonoides (Ginkgo biloba, té verde, castaño de indias, *Mimosa tenuiflora*, etc.), oligoelementos con actividad antioxidante (cinc, cobre, manganeso...), enzimas y coenzimas con actividad antirradicales libres (superóxido dismutasa [SOD] y la ubiquinona o coenzima Q) y derivados del cacao (chocolaterapia), entre otros.

## Bibliografía

- Balaguer F. Cosmética masculina. En: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, eds. Atención Farmacéutica en Dermofarmacia. Módulo I. Manual de Formación Continuada. Madrid: BGA Asesores, 2008; pp. 95-119.
- Carbajo JM. Cosmética capilar. En: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, eds. Atención Farmacéutica en Dermofarmacia. Módulo I. Manual de Formación Continuada. Madrid: BGA Asesores, 2008; pp.193-245.
- Charlet E. Cosmética para Farmacéuticos. Zaragoza: Acribia, 1996; pp.73.
- Molpeceres J, et al. Cosmetología Aplicada a la Estética Integral. Madrid: Videocinco, 2009; pp. 117.
- Parra JL, Pons L. Ciencia Cosmética. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 1995.
- Pons L. Cosmética antienvjecimiento. En: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, eds. Atención Farmacéutica en Dermofarmacia. Módulo I. Manual de Formación Continuada. Madrid: BGA Asesores, 2008; pp. 225-276.
- Quiroga M, Guillot C. Cosmética Dermatológica Práctica. Buenos Aires: El Ateneo, 1973.
- Wilkinson JB, Moore RJ. Cosmetología de Harry. Madrid: Díaz de Santos, 1990.

¡Acceda a [www.aulamayo.com](http://www.aulamayo.com) para responder a las preguntas del test de evaluación!