

SOBRE LOS FACTORES ENDOCRINOS EN LA PATOGENIA DEL ACNÉ

Dr. J. PIÑOL AGUADÉ

Médico Agregado

Se ha escrito mucho respecto a este tema, y un nuevo artículo sobre ello no resultaría excusable, si no se tratara de una dermatosis tan frecuente y que, por lo tanto, interesa conocer a fondo.

Si bien se trata de una afección de las más benignas y conocidas, resulta acaso de las más ignoradas, en cuanto a patogenia y tratamiento interno se refiere. No solamente esto, sino que, a pesar de parecer tan simple y fácil su curación, en numerosos casos, representa un verdadero problema para el dermatólogo que, al surgir nuevos brotes, ve derrumbarse los pacientes cuidados que supone la terapéutica tópica. Además, en gran cantidad de casos, la tendencia cicatricial de los elementos hacen que la enfermedad resulte algo más que una molestia inestética pasajera, ya que del mismo quedan restos indelebles.

Antes de abordar la cuestión debemos decir que nos limitamos exclusivamente a hablar de la patogenia endocrina del llamado acné polimorfo juvenil, dejando por completo aparte la de todas las demás clases de acné (eczemático o miliar recidivante, acnés artificiales, conglobata rosácea, etc.), pues cada uno de ellos supondría un capítulo y nos alejaría enormemente de nuestra primitiva intención.

Y vamos a lo que tenemos que referirnos: la posibilidad de que los factores endocrinos tengan una determinada importancia en la patogenia de esta enfermedad.

Para comprender la misma debemos insistir sobre un punto ya conocido. Sabemos que el acné precisa para su desarrollo una especial preparación, una piel que se ha llamado seborreica, y la seborrea en las regiones lampiñas se caracteriza por el aumento de los poros cutáneos y la exageración de la secreción sebácea, que hace brillante y grasienta la piel de las regiones cutáneas afectadas. Sin embargo, esta seborrea se nos ofrece de una forma distinta de otras que hallamos en adultos o en los parquinsonianos, por ejemplo. En todo caso sería una seborrea de calidad especial, de fácil concreción en comedones y con unas cualidades biológicas que hacen fácil el desarrollo de los gérmenes productores de la papulopústula del acné.

Así pues, aumento de secreción sebácea, calidad especial de la misma e infección sobreañadida son las bases sobre las que asienta el acné. Combinando estos tres factores y modificándolos en cuanto a cantidades, podremos deducir los distintos tipos clínicos de acné polimorfo. Algunos de ellos, como el quístico, el indurado profundo, los quistes mucoides, comedones gigantes, etc., no son más que variantes por degeneración, o por las especiales condiciones de terreno en que se desarrolla.

Ahora bien, esta seborrea tiene su iniciación en la época puberal, y no sólo su iniciación, sino que llega a su acné precisamente en sus alrededores. El filamento o cocon seborreico es esencialmente juvenil, ya que en los adultos o en la menopausia, raras veces lo encontramos en sus formas características.

Es precisamente, por esta coincidencia de flujo gonádico y seborreico, que se ha relacionado el acné con la sexualidad. Este hecho destaca evidentemente y se ve apoyado por una serie de datos clínicos, de los cuales citaremos los siguientes:

a) El acné de los recién nacidos, ligado claramente a la hormonología sexual materna.

b) El acné no lo encontramos en el niño ni en el viejo.

c) Tampoco en eunuocos, castrados, adiposo-genitales y, en general, en todos los procesos con disminución clara de la sexualidad.

d) La periodicidad de los brotes en relación con la menstruación, en muchas mujeres acneicas.

e) El hecho de que se encuentre algunas veces, en otro período plenamente sexual: la menopausia.

Y finalmente, el que el acné haya podido mejorar, empeorar y aun aparecer, después de tratamientos con hormonas sexuales.

Anatómicamente, también se encuentran algunos datos para ligar la sebo-

rrea con la sexualidad; así, por ejemplo, conocemos que las glándulas sudoríparas apocrinas dan origen a secreciones olorosas cuyo olor es cambiante en determinadas crisis sexuales (menstruación, coito, celo, etc.). Ahora bien, se sabe que su interdependencia anatómica y embriogenética con las glándulas sebáceas, es íntima.

Todos estos datos son los que han llevado a la deducción de que el acné se liga íntimamente a la sexualidad o genitalismo (SAINZ DE AJA, etc.).

Sin embargo, el obscuro por su latitud, calificativo de genitalismo, no nos aclara, ni etiopatogenia, ni nos da exacta orientación terapéutica a seguir, ya que actualmente sabemos que la sexualidad no es, en realidad, la consecuencia de la acción de una determinada substancia para cada sexo, sino que representa un complejo hormonal muy variado y además que la misma, en sus fases extremas, representa para el organismo una verdadera revolución endocrina en la que si bien las glándulas sexuales desempeñan el papel más importante, las alteraciones de las restantes, y por lo tanto sus posibilidades disfuncionales, son también extremadamente crecidas.

Refiriéndonos concretamente a la crisis puberal, época como hemos dicho electiva de la eclosión del acné, sabemos que en ella influyen de una manera decisiva, entre otros, los siguientes factores:

a) La hipófisis con sus hormonas gonadotropas.

b) Las glándulas sexuales con su complejo hormónico de estrógenos, andrógenos y hormonas progestativas.

c) El tiroides.

d) Las glándulas suprarrenales, con su hormona cortical.

Dejemos aparte la epifisis e involución tímica, menos importantes, para la comprensión de lo que queremos indicar.

Pues bien, influyendo en la pubertad tantos factores, de cada uno de ellos se han hallado bases suficientes para atribuir a sus alteraciones la patogenia del acné, y para que se comprenda la obscuridad que reina en este interesantísimo problema, vayamos enumerando las razones por las cuales puede atribuirse, a una y otra secreción interna, el papel más importante, en la patogenia de esta dermatopatía.

Hipófisis: Son numerosos los datos por los que podría atribuirse a una alteración, en calidad o cantidad de las secreciones de esta glándula, un papel preponderante en la hipersecreción seboreica. Así, vemos que la seborrea aparece precisamente cuando aquella glándula sobrepone a su función puramente morfogenética de la infancia, la maduración sexual por medio de sus gonadotropinas. Es sabido, gracias a las dosificaciones hormonales urinarias, que estas substancias tienen dos momentos de producción y eliminación culminantes; por una parte la menopausia y por otra la pubertad, empezando en ésta a producirse, precisamente, poco tiempo antes de iniciarse la primera menstruación. Son, por tanto, dos épocas de elección para la manifestación del acné.

Por otro lado, existen varias observaciones clínicas de algunos casos de hiperfunción hipofisaria, en los que se ha manifestado acné (PINETTI, etc.) y se sabe que en síndromes hipofuncionales hipofisarios (síndrome de Froelich, infantilismo hipofisario, etc.), el acné no se produce. Algún autor (DESAUX) ha hecho la observación de que algunos acnéicos presentan caracteres gigantoides.

Pero la hipófisis es una glándula de secreción polihormonal, por lo que se hace difícil dilucidar a qué hormona hipofisaria podemos atribuir la producción de la seborrea y, por ende, la infección de la misma por gérmenes sebófitos. No sólo eso, sino el hecho de que la alteración endocrina sea en exceso o en defecto.

Si dedujésemos de los resultados obtenidos por algunos autores (LAWRENCE FEIGENBAUM, ROSENTHAL, etc.) en el tratamiento del acné y de las afirmaciones de otros CANTILLO, LLEVELYN, KOHN, etc.) sobre el éxito obtenido en las alopecias seboreicas, mediante las hormonas del lóbulo anterior de hipófisis, parecería que insuficiencia secrecional de este lóbulo sería la ocasionante de estos trastornos.

DESAUX, en cambio, cree que es la hipersecreción del hormón de crecimiento el productor de estas complicaciones. Basa sus afirmaciones en el ya antes indicado desarrollo morfológico de algunos acnéicos. A este exceso de hormón somatotropo se uniría un déficit relativo de hormonas gonadotrópicas, lo que explicaría las menstruaciones insuficientes o inestables, de muchas acnéicas. Un apoyo a estos asertos sería, precisamente, la aparición del acné en el período de crecimiento rápido puberal o prepupal. De opiniones parecidas son MUSSIO, FOURNIER, BRUÑO y ALBRIEUX.

Sin embargo, estas afirmaciones no concuerdan mucho con la clínica ya que, según hemos indicado, la eliminación de gonadotropinas tiene en esta fase uno de sus momentos máximos. Y por lo que se refiere al hormón morfogenético, el acné tendría que encontrarse con mucha más frecuencia en gigantes y acromegálicos, de ser verdad aquéllas. Finalmente, no son infrecuentes los brotes acnéicos iniciales o, por lo menos, marcadas acentuaciones de la enfermedad en épocas

alejadas de la del máximo crecimiento, ni se encuentra nunca en gigantes eunucoides.

Estos datos, unidos a los resultados terapéuticos y conclusiones etiológicas de otros autores (MAC CARTHY HUNTER, WILLIAMS, NOMLAND) los cuales no consiguen éxitos apreciables con las gonadotropinas, hacen dudar de que tampoco el déficit de estas sustancias sea la causa productora de la seborrea y del acné.

Quedaría la posibilidad de que las hormonas gonadotropas fuesen segregadas en exceso, por los datos que hemos enunciado al principio de este apartado, pero por una parte las frecuentes irregularidades menstruales (atrasos, hipomenorrea) de muchas acneicas, atribuibles con mucha probabilidad a hipofuncionalismo hipofisario, y por otra la frecuente concomitancia del acné con procesos acroasfícticos (eritema supramaleolar, acrocianosis puberal) resolubles con preparados hipofisarios (PEYRI, trabajos de ORBANEJA con enemas de orina de embarazada, etc.) hacen que el papel de la hipófisis en el acné se presente como sumamente intrincado.

Glándulas genitales. En textos de Dermatología ya antiguos, está ya señalado el hecho de la gran importancia que en acnés y seborreas podían tener los trastornos genitales. Los hechos indicados anteriormente y el que el acné curase con el matrimonio, embarazo o mejoría de las irregularidades menstruales, hacían relacionar intimamente la dermopatía con las glándulas sexuales.

Como sabemos, éstas, además de sus secreciones germinativas, poseen secreciones internas que se clasifican actualmente en tres grupos principales: a) los andrógenos; b) los andrógenos, y c) las hormonas progestativas.

Vayamos repasando cuál de estos grupos de sustancias puede ocasionar, con sus alteraciones, las condiciones propicias para la aparición de las papulopústulas del acné, favoreciendo la hipersecreción sebácea.

a) *Estrógenos.*— Los estrógenos o grupo de sustancias de acción estrogénica (estróna, estradiol, estriol, etc.) han sido incriminados, por su exceso, según algunos; por déficit, según otros, como causantes de aquella dermopatía, y debemos confesar que existen razones experimentales, clínicas y terapéuticas que apoyan cada suposición. Veamos algunas de ellas.

Experimentalmente está comprobado que las inyecciones repetidas de foliculina en la rata blanca determinan una hiperplasia de las mamas, así como de las glándulas sudoríparas y tegumentarias (SABRAZES, CHUITON y GINESTRE).

Como que es verosímil que la hipertrofia mamaria que se observa antes de la pubertad (periodo en el que suele aparecer el acné) sea debida a una continua producción de foliculina, no sería, pues, ilógico homologar la causa de la misma a la de la hiperproducción sebácea que se observa. Respecto a esto son también sumamente interesantes los trabajos de SEYLE, COLLIP y THOMPSON referentes a las modificaciones cutáneas obtenidas en el macaco mediante la administración de dosis elevadas de estrógenos.

En terreno humano, CANTILLO ha observado que las repetidas inyecciones de foliculina en el hombre provocan un aumento de la seborrea y es un hecho, de observación relativamente frecuente entre dermatólogos, el empeoramiento de algún acné por las inyecciones de estrógenos. Incluso se han publicado acnés seguramente gonadoterapéuticos, en enfermas hipogenitales a las que ha aparecido la enfermedad después de tratamientos foliculínicos prolongados (JAUSION, GIARD y CALOP).

Por otra parte DESSAUX ha estudiado las reacciones cutáneas en el síndrome hiperfolicular, encontrando muy frecuentemente la seborrea, acompañada o no de acné, en dicho síndrome.

Incluso las reactivaciones premenstruales, tan frecuentes en las acneicas, podrían explicarse por la elevación foliculínica premenstrual. Es sabido que hay un aumento de foliculinemia y eliminación urinaria de estrógenos entre los 12 y 14 días del ciclo y que, decreciendo después, vuelve a elevarse unos días antes de la menstruación (FULMANN, FRANK, GOLDBERG, BRANDWEIN, SIERKE, etc.). La reactivación se verificaría por un mecanismo parecido al de la mastalgia premenstrual hiperfoliculínica.

Pero estos argumentos, que serían en verdad impresionantes para abonar la hipótesis hiperestrogénica del acné, se ven desvirtuados, en primer lugar, por la observación clínica de que muchas acneicas presenten sintomatología claramente hipogenital (reglas escasas, leucorrea, etc.), y por otra parte, por el éxito que a veces se obtiene en el tratamiento del acné con la foliculina, ya sea en aplicación tópica, ya por vía parenteral (MUSSIO, FOURNIER, BRUÑO, ALBRIEUX, STEINER y otros).

Esta cuestión parecería haber entrado actualmente en fase resolutive, ya que hoy día disponemos de medios para la dosificación de estas sustancias hormonales. Pues bien, las tasas hormonales realizadas hasta ahora en sujetos acneicos por varios autores (ROSENTHAL, KURZOK, SORBA, JAUSION, CAILLARD, GIARD y CALOP, etc.) son de resultados muy dispares, ya que oscilan, según las diferentes comprobaciones, desde la hipereliminación hasta el déficit eliminatorio, pasando

por la normalidad. La técnica extremadamente engorrosa de estos análisis, junto a que, en realidad, sería precisa una curva mensual de producción y eliminación de cada caso, hace que sólo puedan darse a las dosificaciones aisladas un valor muy relativo.

b) *Andrógenos.*—Está actualmente de moda el atribuir a estas substancias un papel preponderante en la etiología del acné. Esta tendencia deriva, por una parte, del hecho clínico, comprobado por algunos, de que las mujeres acnéicas, o buena parte de ellas, se nos presentan con ligero hirsutismo. También el que el acné se presenta en menopáusicas con signos viriloides muy marcados (MARAÑÓN), el que se nos ofrezca en niñas con pubertad precoz heterosexual (casos que presentan elementos intersexuales: virilización pilar, rasgos óseos, dentales y musculares viriles, voz líbido masculina, etc.) el que lo hallemos en mujeres con síndrome adrenogenital virilizante, y el hecho de que haya curado el acné al extirpar la neoformación causal, han contribuido a corroborar esta hipótesis.

Pero más que por estos datos clínicos, la doctrina androgenética del acné ha tomado vuelos después de las dosificaciones hormonales efectuadas en estos últimos tiempos, principalmente en los casos en que se ha establecido el cuadro hormonal, con la llamada relación o cociente $\frac{\text{andrógenos}}{\text{estrógenos}}$

Es sabido que actualmente se halla, al parecer, confirmada la teoría de la intersexualidad evolutiva de MARAÑÓN, o, por lo menos, lo que sí está plenamente demostrado es el hecho de que, en ambos sexos, se pueden hallar los tres grupos hormonales genitales, andrógenos, estrógenos y hormonas progestativas. La distribución cuantitativa, así como los cambios cíclicos y transmutaciones hormonéticas, que al parecer se efectúan, son lo que, en realidad, dan la característica a cada sexo.

Pues bien, WILE SNOW y BRADBURY, encuentran en todos los sujetos afectos de acné, una franca disminución de estrógenos en hombres y mujeres, en comparación con las tasas urinarias de sujetos sanos, y, en cambio, una elevada excreción de andrógenos, en relación con hombres y mujeres normales.

También en 1940, LAWRENCE y WESTERSEN, encuentran en las mujeres con acné aumentado este cociente, aunque este aumento era producido por una disminución de estrógenos, sin cambios apreciables en el material androgénico.

Incluso se ha llegado a decir que en estos casos de aumento de hormonas masculinas, que cuando disminuyen las mismas, mejora el estado de la piel, agravándose la afección cuando aquéllas vuelven a aumentar.

En definitiva, se produciría una rotura de equilibrio, entre andrógenos y estrógenos, ya sea por disminución de estrógenos o por aumento de andrógenos. *En ambos casos, como es natural, sería la administración de foliculina, la que restablecería el equilibrio.*

Por otra parte, el acné provocado por la terapéutica con testosterona, ha sido repetidamente señalado (GEST SALMON, GAINES, GREENHILL y FRED, JAUSION y colaboradores, etc.).

Finalmente debemos señalar que la seborrea ha sido considerada por algunos, como casi un carácter sexual masculino.

Sin embargo, esta teoría tiene también sus fallos, ya que no es cierto que todas las acnéicas ofrezcan caracteres viriloides, al contrario, como hemos indicado en el apartado anterior, muchas ofrecen una feminidad incluso acentuada.

Por otro lado, debemos considerar que en síndromes adrenogenitales y de pubertad precoz, se encuentran también elevadas tasas de substancia estrogénicas.

En lo que se refiere a las dosificaciones practicadas, si bien los autores antes citados, encuentran los datos que hemos indicado, otros autores (CORNBICET, BARNES, JAUSION y colaboradores, DESSAUX, etc.), encuentran cifras muy variables, incluso, en alguno de los casos, una franca disminución de las substancias androgénicas, y en otros, aumento de las estrogénicas.

No sólo es esto, sino que la hormonoterapia testicular que, según esta hipótesis, debería provocar o agravar el acné, ha sido utilizada como profiláctica (HAMILTON) y como curativa del acné de hombres y mujeres (MOLITH, WINKLER, EITNER, SPILRINGER, KARPELIS, ZUBIRI VIDAL, etc.).

Finalmente debemos considerar que si bien la seborrea es un carácter electivamente viril, la hipersecreción sebácea masculina es preferentemente de localización craneana, alopeciante, mientras que en el acné, la seborrea es más bien de zonas lampiñas, aunque en muchos casos hay que confesar que coexisten ambas.

También el que la hormonoterapia femenina exclusiva sea incapaz en la mayor parte de los casos de curar el acné, es una nota más en contra de la teoría anteriormente expuesta.

Hormona progestativa.—Si bien se ha insistido mucho en el papel que en el acné pueden desempeñar los estrógenos y andrógenos, en cambio acaso no se ha

hecho el hincapié suficiente en la importancia del cuerpo lúteo y, por tanto, de la progesterona en la génesis de esta complicación de la seborrea.

Aquí, sin embargo, no se presenta como en los anteriores hormones, el problema de hiper o hipofuncionalidad, ya que si algún papel puede desempeñar el cuerpo lúteo en esta dermatosis, sería, con grandes probabilidades, por su ausencia o insuficiencia funcional.

Conocemos que la producción de la progesterona nula o casi inapreciable antes de la pubertad y después de la menopausia, se presenta con toda su pujanza, precisamente en el período intermedio de la vida, pasando tanto en la época puberal, como en la menopausia, por fases balbucientes, en los que el cuerpo lúteo se forma mal o incompletamente.

En efecto, en la época puberal, cuando el acné se manifiesta con toda su intensidad es un período en el que con gran frecuencia, a pesar de verificarse la menstruación, ésta no representa la maduración de un folículo seguida de su luteinización, sino una hemorragia debida a ondulaciones cíclicas foliculínicas. En una palabra, existe menstruación, pero no ovulación ni, por tanto, cuerpo amarillo.

Pueden pasar varios años con estas falsas menstruaciones (BOTELLA LLUSIÁ). Pero es que también es muy posible que, sin llegar a estos ciclos anovuladores, la persistencia de acción folicular por luteinización defectuosa, sea todavía más frecuente.

También en la menopausia, estos trastornos de equilibrio foliculínico-luteínico, son extremadamente comunes (MORICARD).

Así pues, vemos que precisamente en los dos períodos en que la labilidad del cuerpo lúteo se halla más comprometida, es cuando de una forma más destacada, aparece el acné. No es descabellado, pues, suponer que pueda existir una relación entre aquel estado patológico cutáneo y la insuficiencia del freno que el cuerpo lúteo representa para las hormonas estrogénicas, ya que sabemos que la hormona luteínica se nos ofrece, en algún aspecto, como regulador de la acción foliculínica y, en cierto modo, como antagonista de la misma.

Por otra parte, es muy frecuente que el acné cure, o por lo menos mejore, durante el embarazo, período en el que la acción luteínica es más acusada.

Finalmente, el hecho de que el matrimonio influya muchas veces en la mejoría o curación del acné, de ser ciertas las suposiciones anteriores, podría explicarse por la influencia que el coito puede tener en la ovulación. Se sabe que este acto produce la ovulación en ciertos animales (coneja, etc.) y que, al entender de algunos autores (CAFFIERE, BESOLD, SEITZ, etc.), lo mismo ocurre en la mujer.

Ahora bien, caben en esta labilidad adquisitiva del cuerpo lúteo, en primer lugar, el que fuese primitivamente ovárica, o también el que se hallase determinada por un mecanismo hipofisario, principalmente en lo que respecta al déficit de la gonadotropina coriónica.

Estos datos anteriormente citados, hacen sospechar una intervención del cuerpo lúteo en el mecanismo patogenético del acné, por lo menos, de una forma indirecta.

Tiroides.—Bastaría recordar la frecuencia, facilidad de producción y aparatoidad de una determinada forma de yodismo, el acné yódico, para que lógicamente se pensase en relacionar la patogenia del acné con el metabolismo de este meta-loide y, por ende, con el funcionamiento de la glándula reguladora del mismo: la tiroides.

Y efectivamente, sobre el papel de esta glándula incretora en el acné, se ha discutido también, habiéndose señalado casos de acné en terreno hipertiroideo y otros en enfermos con funcionalismo tiroideo retardado.

Existe, pues, en este caso, el mismo desacuerdo que anteriormente hemos señalado para otras hormonas, atribuyéndose posibilidades causales a la falta y al exceso de un mismo factor. Y lo curioso es, que ambos casos se presentan evidentemente en los acneicos.

Por lo que respecta al hipertiroidismo, ha sido repetidamente señalado en el acné vulgar e incluso en el acné queiloideo (CARRERAS). Si recordamos las características de la piel del hipertiroideo, con su cara reluciente muchas veces, rojiza, encendida, sebácea, en contraste con la seca y arrugada del mixedematoso, podemos deducir que no es una extrañeza en que sobre un revestimiento con aquellas cualidades se desarrolle aquella enfermedad e incluso el hecho señalado por algunos, de que el acné de los hipertiroideos ofrezca una gravedad poco común. Sabemos también que el hipertiroidismo puberal es muy frecuente.

Por otro lado, se han obtenido éxitos mediante la terapéutica reguladora de esta secreción hormonal. Así PEYRI señala el haber logrado curar seborreas fuentes de la cara, con o sin producción de alopecia, mediante el suero antitiroideo. Recientemente, MERCADAL PEYRI y nosotros, en nota previa, presentada en la Academia de Dermatología, hemos señalado las propiedades antiseborreicas selectivas de un moderno compuesto bociógeno: la thiourea.

Otro de los medicamentos indicados para el tratamiento de la seborrea, la vitamina A, como sabemos es un frenador de la secreción endocrina del tiroides.

Se ha señalado la íntima relación de acné y tuberculosis. Dejando aparte esta cuestión, que cae fuera de nuestros propósitos, debemos hacer la observación de que esta enfermedad ocasiona, como se ha demostrado recientemente, frecuentes alteraciones del tiroides, que producirían una sobreactividad secretoria de esta glándula.

El factor tiroidec podría obrar en la producción de una hiperseborrea, ya directamente por su acción sobre la yodemia (elevada en el hipertiroidismo), o indirectamente mediante sus íntimas relaciones con los órganos genitales en la pubertad (acción mordiente de la tiroxina sobre el foliculo ovárico, estimulante de la maduración folicular). Se ha observado que las hipertiroideas, por lo menos en las hipertiroideas moderadas, son muy femeninas (MARAÑÓN). Queda finalmente la posibilidad de que estas alteraciones observadas en el funcionamiento tiroideo en el acné, fuesen consecuencia de la contrarregulación tiroidea debida a las secreciones genitales en este aspecto. Además de las alteraciones funcionales tiroideas, producidas por las variaciones de la foliculina, recordemos aquí las alteraciones que en la yodemia puede producir la hormona luteínica.

Así pues, parecería que un hiperfuncionamiento tiroideo tendría posibilidades patogénicas en la génesis del acné, pero en contra debemos señalar que la observación de acnés en individuos hipotiroideos, ha sido señalada por varios autores, entre ellos por MARAÑÓN, y que con la tiroidina, se han mejorado también acnés y seborreas (DARIER, etc.).

Hormona cortical.— Aunque de esta hormona existan pocos datos que hagan pensar en que la misma tenga importancia en la patogenia de la seborrea patológica, señalaremos que RITTER y WADEL, apoyándose en los datos obtenidos mediante dosificaciones interferométricas y en la acción de esta hormona sobre el metabolismo lipóideo, principalmente colesterínico, tratan el acné juvenil y la rosácea con extractos suprarrenales, según ellos, con éxitos.

Alguna otra razón, como es el que la hipercolesterinemia se encuentre frecuentemente en los acneicos y la hipertrofia cortical del embarazo, podrían apoyar las afirmaciones anteriores.

Pero la acción frenadora de esta hormona sobre las sustancias estrogénicas, podría hacer suponer que la inyección de aquella podría obrar por un mecanismo indirecto, o también el hecho de que en síndromes adrenogenitales haya sido hallado el acné, queda desvirtuado, o por lo menos, no cuenta en gran manera, ya que en estos síndromes las elevaciones sanguíneas y eliminaciones correspondientes de andrógenos y estrógenos han sido halladas muy aumentadas.

Es por lo tanto también algo dudosa la participación de esta secreción interna en la patogenia de las seborreas.

Ya repasada la posible acción de cada una de las más importantes secreciones endocrinas, en la patogenia del acné y seborrea juvenil, nos hallamos ante un panorama desconcertante, ya que según lo anteriormente dicho, cada enfoque unilateral del problema es suficiente para explicar o impugnar el papel de cada una de aquéllas.

Si nos remitimos a la clínica, vemos que, evidentemente, ésta parece confirmar el hecho de la pluralidad etiológica de la hormonología del acné. Así nosotros, de 48 mujeres y 4 hombres acneicos estudiados desde un punto de vista endocrino, hemos comprobado, entre otros, los siguientes datos:

a) En 27 mujeres, una sintomatología que podemos catalogar como hiperestrogénica, tipología asténica, adelantos o irregularidad menstrual, junto con abundancia y mayor duración de las reglas, mastalgia premenstrual, en dos de ellas amenorrea y mastalgia, junto con épocas de verdadera menorragia. En dos de ellas polimenorrea, etc.

b) En 8 enfermas, las reglas eran escasas, pero con períodos normales, ello junto a la ligera leucorrea que aquejaban, el retraso en el establecimiento de la pubertad, sistema piloso de distribución infantil, etc., podrían hacérmolas clasificar como hipogenitales, mejor dicho, como hipoestrogénicas.

c) En nueve de ellas se podía apreciar un hirsutismo notable, junto con ligeros signos de virilización.

d) En 19 de ellas, retrasos menstruales, hipomenorreas, acroasfíxia, ligera obesidad, escaso desarrollo mamario, etc., caracteres que correspondían a una posible hipofunción hipofisaria.

e) En 18 de las acneicas se verificó el *test* de tolerancia a los glúcidos. Sus resultados fueron normales en dos, con curvas *planas* únicamente en dos de ellas y precisamente en dos enfermas con las características del apartado anterior, lo que confirmaría en cierto modo su insuficiencia hipofisaria.

f) En 5 de las enfermas la regla se presentaba con regularidad.

g) De 32 metabolismos basales efectuados en nuestros enfermos, 18 de ellos se encontraban más elevados que normalmente. La cifra máxima encontrada fué de +36 por 100. El metabolismo más descendido dió un resultado de -7 por 100. Debemos advertir, sin embargo, que los metabolismos aumentados correspondían, por regla general, a enfermas con hiperestronismo clínico evidente.

h) La tasa de colessterina en sangre fué variable y, en general, adaptada a las variaciones metabolimétricas. La dosificación fué practicada en 12 enfermas.

i) El examen ginecológico practicado en 22 enfermas no dió alteraciones de importancia, a excepción de hipoplasias muy ligeras y, por tanto, no suficientes para concederles un valor clínico. En dos enfermas se encontró anexitis fímica, tórpida en un caso y fibrocásea unilateral en otro.

j) En los cuatro varones estudiados, la cifra metabolimétrica fué elevada en dos de ellos. Por otra parte, los caracteres sexuales secundarios estaban en ellos bien desarrollados.

Todos estos datos, que sin las dosificaciones hormonales no tienen naturalmente más que un valor relativo y de suposición son, sin embargo, suficientes para darse cuenta de que es una realidad el que en el acné pueden presentarse síndromes endocrinos variados. Ello unido a las dispareas terapéuticas propugnadas para el mismo, dan a la patogenia endocrina de esta enfermedad una inseguridad decepcionante.

Sin embargo, desde un punto de vista no detallista, sino que procure abarcar el problema en un conjunto, pueden, a nuestro entender, sacarse algunas consecuencias razonables, o por lo menos, lógicas.

La primera de ellas es que si algún tratamiento endocrino debe realizarse en el acné, éste debe tender a normalizar las alteraciones endocrinas encontradas, y como éstas pueden ser variadas, no podemos, en forma alguna, practicar tratamientos standard, sino que debemos regularizar, para cada caso, la terapéutica conveniente.

En segundo lugar parece también razonable que las alteraciones de las secreciones sexuales, y de ellas los estrógenos y andrógenos, son las que con más argumentos cuentan para que puedan ser considerados como posibles factores patogénicos. Como que éstos pueden hallarse en los acneicos en tasas elevadas o disminuidas, sugerimos el que en estos procesos podrían actuar estas substancias de las dos formas siguientes: a) por exceso de secreción andrógena o estrogénica, y b) hallándose estas secreciones en tasas normales o disminuidas, por su continuidad de acción, es decir, por falta o insuficiencia de la regulación de sus oscilaciones cíclicas.

Mediante esta argumentación pueden explicarse la mayoría de los hechos, al parecer paradójicos, que presenta el acné. Así el que se produzca tanto en mujeres con exceso estrogénico, como en las que presentan un déficit del mismo, sería debido, con grandes probabilidades, a que en las primeras el exceso de foliculina circulante actuaría sobre las glándulas sebáceas provocando o su hipertrofia o la alteración cualitativa de la secreción propicia para la infección, y en las segundas con tasas de foliculina normal o descendida, siendo incapaces de efectuar la ovulación completa, o por lo menos realizándola de una forma defectuosa, se alargaría el tiempo de acción de los estrógenos sobre aquellas glándulas holocrinas. Hay que tener en cuenta que también en el primer caso (exceso de secreción) la luteinización también se verificaría de una forma incompleta o defectuosa muchas veces, ya que, como ha sido demostrado (Гоєккє) en enfermas con ciclos cortos, la disminución del período intermenstrual se verificaría a expensas de la fase progestativa.

Nos apoyamos en esta suposición, además de la prueba bastante convincente de la posibilidad de realización de acnés gonadoterapéuticos, en el hecho, señalado ya, de que precisamente unos meses antes de la primera menstruación que, como hemos ya indicado, es el momento preferente de aparición del acné e hiperseborrea, existe un flujo foliculínico insuficiente para provocar la menstruación, pero que actuaría sobre la secreción sebácea por su continuidad irregular.

Estas alteraciones en la maduración folicular, y por lo tanto en la formación luteínica, podrían ser, como se comprende, debidas a alteraciones primitivas ováricas o depender del tiroides o hipófisis, en virtud de sus íntimas relaciones con las glándulas genitales.

Si vamos separando cada uno de los hechos y teorías consignadas al hablar de cada una de las secreciones glandulares, veremos como la totalidad, o casi totalidad de los problemas planteados, podrían ser explicables con estas argumentaciones.

Así, por ejemplo, el hecho que parecería paradójico: el que la foliculina pueda mejorar o curar algunos acnés, sería debido a que la sobrecarga foliculínica en mujeres hipoestrogénicas primitivas contribuiría a mejorar el ciclo al verificarse con ella la completa maduración del folículo y con la misma la presentación no defectuosa de la fase progestativa.

En cuanto a la discusión andrógenos-estrógenos, basándonos en los resultados de las dosificaciones practicadas por los distintos autores, en la provocación indistinta, en los resultados terapéuticos, etc., creemos que ambos pueden conducir a los mismos resultados sobre la seborrea. Es decir, que esta acción no sería función característica de una de las cadenas laterales en el núcleo colesterínico de las hormonas sexuales. Además el hecho de que actualmente se hayan hallado sustancias de acción intermedia, andrógeno-estrogénica (androestriol, adrostenodiona, etc.) en individuos normales, hace perder alguna importancia a esta cuestión, ya que sugiere la posibilidad de transmutaciones.

Debemos advertir, sin embargo, que en nuestros casos de acné, citados anteriormente, precisamente las formas más graves se desarrollaban en las enfermas con caracteres viriloides, adoptando los elementos formas forunculoideas difícilmente resolvibles, cicatriciales, a diferencia de las formas casi exclusivamente mentonianas de las acneicas con insuficiencia ovárica o de las hiperseborreicas de los casos en que la función tiroidea estaba aumentada. No queremos con ello, ni mucho menos, sentar una tipología diferencial de los acnés. Nos limitamos a consignar lo que hemos visto.

Con los razonamientos antes expuestos, lo único difícil de explicar acaso sería el hecho que varios autores consignan, referente a la mejoría de los acnés masculinos, con terapéutica hormonaltesticular. De ser cierto ello, sería el único punto oscuro que podríamos encontrar en nuestras argumentaciones. Debemos hacer constar aquí, que nosotros no hemos obtenido ningún efecto y sí una agravación en uno de nuestros acneicos, en los casos en que hemos empleado esta terapéutica en varones.

Como que en definitiva la prueba terapéutica es lo que en realidad representa el máximo apoyo para una hipótesis, podemos consignar que los mejores resultados los hemos obtenido siguiendo esta directriz. Con ello hemos logrado curar varios acnés sin terapéutica local o con tratamiento tópico mínimo.

Como se comprende, la conducta a seguir varía según los casos. En la mayoría de ellos nos limitamos a medidas anabolizantes y frenadoras de la función androgénica o estrogénica (acnés con supuesta hipersecreción de estrógenos o andrógenos, en los que se halla muy a menudo unido un exceso secretacional tiroideo) mediante la administración de los preparados convenientes (thiourea, progesterona, vitamina A, vitamina C, hormona cortical, etc.). En otros cabe la administración previa de foliculina, antes de favorecer la fase progestacional.

Finalmente, en un buen número de casos, la terapéutica hipofisaria estaría indicada principalmente en lo que atañe a la gonadotropina coriónica unida o no a la progesterona.

Claro que ello hace preciso un estudio endocrinológico previo de cada caso, pero estamos convencidos que esta singularización diagnóstica es esencial para un buen tratamiento.

Como hemos indicado, omitimos aquí el papel de la tuberculosis en estas afecciones, así como el de otros factores como el constitucional, que creemos de gran importancia en las mismas. Tampoco hablaremos del mecanismo de producción del acné. Todo ello haría demasiado extenso este artículo y pensamos realizarlo en un trabajo más completo que el presente, fundado casi exclusivamente en meras suposiciones.

Para terminar debemos señalar los peligros que entraña la aplicación sistemática de estrógenos o andrógenos en estas afecciones. Los primeros, ya hemos indicado, que en ocasiones pueden agravar los acnés en los casos de hiperfoliculinemia. Otra contraindicación de los mismos es la inhibición hipofisaria que puede ocasionar en caso de déficit pituitario. En cuanto a los andrógenos creemos absolutamente rechazable su empleo sobre todo en mujeres, por las posibles alteraciones ováricas que pueden ocasionar (WINKLA).

Si el día de mañana se logra una mayor sencillez en la dosificación hormonal, el problema del acné será posiblemente resuelto. Entretanto, creemos que lo más lógico es seguir esta conducta que, en definitiva, no es más que procurar normalizar una endocrinología alterada en un período transicional, dándole o intentando darle las características de la adultez.