

Clinica dell'acne

Gabriella Fabbrocini, Giuseppe Monfrecola, Valeria Battimiello

Dipartimento di Patologia Sistemica, Università Federico II di Napoli

L'acne è una patologia ad eziopatogenesi multifattoriale con una prevalenza molto alta nella popolazione giovanile (circa l'80% degli adolescenti, con incidenza maggiore nei maschi), periodo in cui l'immagine corporea rappresenta un biglietto da visita importante per la vita di relazione¹. La notevole variabilità nella presentazione del quadro clinico, nell'età di insorgenza e nell'andamento evolutivo, comportano la necessità di un'attenta valutazione del paziente nella fase attuale di presentazione della patologia al fine di inquadrare al meglio la scelta terapeutica.

Le aree più frequentemente interessate sono il volto, il dorso e il torace. Essa può insorgere e perdurare anche in età matura. Nei pazienti più giovani le lesioni sono più frequentemente presenti a livello del volto, interessando fronte, guance, mento. In età più matura, invece, le lesioni si localizzano preferenzialmente a livello della regione periorale nelle donne e a livello del tronco negli uomini.

Le manifestazioni cliniche dell'acne sono primitivamente rappresentate dal microcomedone, lesione elementare non visibile ad occhio nudo. Esso è la diretta conseguenza dell'azione combinata dei vari momenti patogenetici della patologia acneica (iperplasia delle ghiandole sebacee con iperseborrea, alterata cheratinizzazione infundibolare, colonizzazione da parte di *Propionibacterium acnes* e conseguente processo infiammatorio con attivazione immunitaria).

Progressivamente, il follicolo si riempie di frammenti cellulari, lipidi e batteri, potendo far evolvere i microcomedoni in lesioni non infiammatorie rilevabili al controllo clinico (comedone aperto o chiuso) oppure, a causa dell'attività del *P. acnes* si genera un ampio processo flogistico con conseguente richiamo di mediatori infiammatori, e i comedoni evolvono in lesioni infiammatorie che possono essere clinicamente descritte come papule, pustole e/o noduli.

La complessa patogenesi dell'acne rende ragione della presenza, il più delle volte contemporanea, delle diverse lesioni elementari generando un complesso polimorfismo che, per un'esigenza clinica e terapeutica, viene classificato in un algoritmo terapeutico. Quest'ultimo definisce, in base alla gravità e al tipo di lesioni, un'acne *lieve* quando si riscontrano prevalentemente comedoni e solo alcune papulo-pustole, *intermedia*, in presenza di numerose papulo-pustole ed alcuni noduli, e *severa*, quando prevalgono gli elementi nodulari su un substrato fortemente infiammatorio. Bisogna però sottolineare che tale distinzione secondo le recenti evidenze scientifiche è prevalentemente clinica poiché le attuali vedute patogenetiche rivelano che a livello microscopico (soprattutto immunoistochimico) l'acne è malattia infiammatoria già dalle prime fasi tipiche del cosiddetto microcomedone. L'*acne comedonica*, è caratterizzata dalla prevalenza di piccole microcisti follicolari. L'acne comedonica (Fig. 1) è una condizione molto frequente nelle fasi preadolescenziali e comunemente iniziali dell'acne. In genere è più pronunciata sulla fronte, naso e regioni limitrofe, mento. I comedoni si definiscono chiusi (punti bianchi) quando una massa composta da sebo e lamelle cornee occlude l'orifizio esterno o aperti (punti neri), quando lo sbocco è aperto in superficie e la tirosinasi dell'orifizio follicolare ossida la melanina determinando la tipica pigmentazione brunastra. In tale contesto, il processo infiammatorio che coinvolge i numerosi comedoni aperti, può generare una forma *papulo-pustolosa* (Fig. 2). Le papule, rilevate



Figura 1
Acne comedonica.



Figura 2
Acne papulo-pustolosa.

rispetto alla superficie cutanea, si presentano eritemato-se, solide e tese. Ad esse di norma si associa seborrea con aspetto spiccatamente lucido della cute del viso (Fig. 3). Le pustole insorgono per colonizzazione batterica delle papule da parte del *P. acnes* e sono costituite da una raccolta di essudato purulento, di colorito giallastro, che sormonta un rilievo circoscritto edematoso e dolente. Nei casi più severi, le lesioni infiammatorie possono evolvere in elementi nodulari, di colorito rosso vivo grandi da 0,5 a 1,5 cm di diametro, di consistenza duro-elastica, che caratterizzano l'*acne nodulare* (Fig. 4). Tali lesioni risolvono in un periodo maggiore rispetto alle papule e alle pustole e possono dar luogo a raccolte flemmonose pseudocistiche. Spesso infatti questi pazienti, con maggiore frequenza per il sesso maschile, sviluppano l'*acne nodulo-cistica* in cui le lesioni papulo-pustolose o nodulari evolvono in grosse formazioni cisti-



Figura 3
Acne papulo-pustolosa.



Figura 4
Acne nodulo-cistica.

che con fenomeni suppurativi ed ascessuali che danno esito a cicatrici profonde e deturpanti, causa di gravi danni estetici e possibili disturbi dismorfofobici. L'acne nodulare pura è rara, molto più frequente invece è la forma polimorfa, papulo-nodulare o nodulo cistica, in cui ai noduli si associano comedoni, papule, pustole.

Un particolare tipo di acne nodulo-cistica, definita *conglobata* si manifesta in prevalenza nell'età adolescenziale ma, diversamente da quanto accade per le altre varianti di acne, questa forma tende ad evolvere verso una forma progressivamente più grave nella seconda e terza decade di vita. Clinicamente è contraddistinta da comedoni, lesioni infiammatorie multiple (papule e pustole), noduli e cisti spesso associati a fistole, ascessi, flemmoni e seni di drenaggio. Queste lesioni possono interessare tutte le aree cutanee, anche le regioni lombari e glutee, variando così l'aspetto classico dell'acne; tali manifestazioni sono di solito più severe sul dorso, dove possono residuare cicatrici estese e deturpanti.

L'eventualità clinica più comune, con la quale la pratica clinica ci confrontiamo, è rappresentata dalla compresenza, nell'ambito dello stesso soggetto, di lesioni di vario tipo con evidente polimorfismo clinico evolutivo, condizione che viene comunemente definita *acne polimorfa*. Le varie componenti, comedoni, papule, pustole, noduli, possono ciclicamente prevalere gli uni sugli altri, con fasi di remissione o peggioramento variabili per anni. In questa forma di acne gioca un ruolo essenziale l'iter terapeutico che deve essere gestito dal medico

Dossier Acne



Figura 5
Esiti cicatriziali.

valutando, di volta in volta, la fase di stato della patologia con schemi rotazionali per una corretta modulazione clinico-evolutiva della terapia dell'acne². L'inadeguatezza della terapia e la manipolazione delle lesioni acneiche da parte del soggetto stesso, possono aggravare e prolungarne il decorso e dare origine ad esiti cicatriziali persistenti (Fig. 5). La necessità del trattamento si impone in quanto anche forme di acne che in apparenza non sembrano particolarmente aggressive possono avere esiti variabili, con discromie più o meno transitorie o cicatrici di vario grado, in genere depresse o anche ipertrofiche e perfino cheloidi³.

Forme particolari di acne

È questo il caso delle forme di acne che insorgono in epoche anomale quali l'*acne neonatorum* che è presente alla nascita o comunque compare entro il 3° mese di vita. Colpisce principalmente i neonati di sesso maschile ed è prevalentemente un'acne di tipo comedonico. È dovuta al passaggio di ormoni androgeni di origine materna attraverso la via transplacentare; è spesso presente all'anamnesi materna l'utilizzo di progestinici durante la gestazione per minaccia d'aborto con conseguente attivazione delle ghiandole sebacee del neonato. Tende a risolversi spontaneamente con il fisiologico smaltimento degli ormoni materni. Simile ma più tardiva è l'*acne infantile* che si presenta oltre i 3-6 mesi di età. Clinicamente, la formazione dei comedoni è più imponente rispetto alla forma neonatale e può residuare in esiti cicatriziali. Possono essere presenti lesioni cistiche e noduli infiammatori. La patogenesi di questa tipologia di acne riflette gli squilibri ormonali intrinseci al processo di crescita del bambino oppure può essere secondaria ad alterazioni benigne o maligne del surrene.

Acne fulminans

È la forma più severa di acne cistica ed è caratterizzata dalla presenza di lesioni nodulari e suppurative in associazione con varie manifestazioni sistemiche. Questa variante è di non comune riscontro clinico e colpisce principalmente adolescenti di sesso maschile tra i 13-16 anni. I pazienti sono di solito affetti da un'acne lieve o moderata prima del manifestarsi di *acne fulminans*. I comedoni diventano fortemente infiammati e si raccolgono in placche rialzate e dolorose con croste emorragiche che interessano il volto, la schiena, il petto e gli arti superiori. Tali lesioni spesso possono portare ad esiti cicatriziali sfiguranti. Lesioni ossee di tipo osteolitico possono associarsi alle manifestazioni cutanee: sono comuni febbre, artralgie, mialgie ed epatosplenomegalia. Occasionalmente, è stato osservato anche eritema nodoso. Le analisi laboratoristiche non sono utili nel percorso verso la diagnosi ma possono essere utili nel valutare la risposta alla terapia: le alterazioni più comuni sono una VES elevata, proteinuria, immunocomplessi circolanti, leucocitosi e anemia. Completamente diverso è il trattamento rispetto all'acne classica.

Acne escoriata (*des jeunes filles*)

Come il nome suggerisce, è tipica delle donne giovani. Rappresenta la conseguenza della pratica di toccare le lesioni o di ricorrere alla pulizia del viso. I tipici comedoni e le papule infiammatorie sono sistematicamente e psicoticamente escoriati, lasciando cicatrici e erosioni. Erosioni lineari dovrebbero suggerire la diagnosi.

Acne estivalis o acne di Maiorca

Si presenta con numerosi elementi papulosi in assenza di comedoni. Fu descritta per la prima volta nel 1972 dal dermatologo danese Niels Hjorth che la osservò in alcuni lavoratori scandinavi che d'estate lavoravano sull'isola di Maiorca. Coinvolge le aree foto esposte ed è influenzata dal clima caldo umido. Clinicamente, è caratterizzata da un quadro di acne nodulo cistica francamente infiammatoria che coinvolge il volto ed il tronco. Il quadro può essere complicato da una sovrainfezione stafilococcica.

Manifestazioni simil acneiche

Possono comparire lesioni di aspetto sovrapponibile a quelle acneiche anche in seguito all'uso sporadico o continuativo di alcune sostanze cosiddette "comedogeniche" come ad esempio alcuni composti contenuti nella formulazione di sostanze cosmetiche utilizzate per la detersione e per il make-up. Questo tipo di quadro, detto *acne cosmetica*, è caratterizzato sul piano clinico da lesioni prevalentemente comedoniche che conferiscono

un aspetto monomorfo, con scarsa componente infiammatoria. Quadro clinico simile si riscontra nell'*acne meccanica* causata dalla ripetuta ostruzione meccanica e da frizione del dotto pilo sebaceo. Fattori predisponenti sono lo sfregamento del casco o l'utilizzo di collane o monili in questa area. Un tipico esempio di acne meccanica è quella del collo dei violinisti, causata dal trauma continuo dello strumento sul collo. La zona si presenta iperpigmentata, lichenificata e con numerosi comedoni con caratteristica disposizione lineare e geometrica.

Le sostanze che possono generare eruzioni di tipo acneico sono molteplici; di ausilio alla diagnosi di *acne iatrogena* è l'evidenza di un anomalo aspetto monomorfo di papule infiammatorie in contrasto con l'estrema eterogeneità morfologica del quadro acneico classico. Numerosi farmaci possono provocarla. Tra i più frequenti ricordiamo gli steroidi anabolizzanti, i corticosteroidi, il litio e i derivati dello iodio. Meno frequenti sono le manifestazioni acneiche da ciclosporina e tetracicline. Le lesioni risolvono dopo la sospensione del farmaco in causa.

L'insorgenza di lesioni acneiche diffuse, polimorfe e refrattarie alle terapie in giovani donne con segni di irsutismo o alterazioni del ciclo mestruale deve far sospettare un iperandrogenismo talvolta associato a insulino resistenza. La sindrome dell'ovaio policistico (PCOS) è la più comune endocrinopatia nelle pazienti con acne ed è associata ad elevati livelli di testosterone e un elevato rapporto LH/FSH.

L'esposizione della superficie cutanea a sostanze insolubili occlusive che si possono rilevare nei luoghi di lavoro quali oli e solventi derivati del petrolio, carboni arricchiti con cloro e derivati del catrame, dà origine alla variante di *acne occupazionale*. La cloracne è il termine utilizzato per definire un'acne occupazionale causata dall'uso di idrocarburi aromatici con alto contenuto di cloro e che si sviluppa dopo numerosi mesi di continua esposizione. La regione malare, retroauricolare, mandibolare con il cavo ascellare e lo scroto sono le regioni più colpite da piccole papule cistiche e noduli. Tali lesioni possono residuare in cicatrici permanenti e possono esserci numerose ricadute cliniche anche a grossa distanza dall'esposizione. Tutto quanto descritto non presenta rimarcabili varietà razziali nel quadro clinico-evolutivo sebbene in soggetti di pelle scura siano in genere più frequenti quadri fortemente infiammatori con esiti peggiori in termini di discromie e cicatrici di tipo cheloideo⁴.

Acne con prevalente componente cicatriziale

Esistono alcune forme di acne che pur non essendo particolarmente gravi possono provocare esiti cicatriziali già

dalle prime fasi del processo flogistico⁵. A tal proposito ricordiamo brevemente le cicatrici di acne più frequentemente osservate anche in una fase iniziale della patologia acneica.

Le cicatrici che esitano sulla cute di un soggetto acneico possono essere di 3 tipi: a punteruolo, ampie e avvallate, varioliformi.

Le cicatrici a punteruolo, anche dette "icepick", sono caratterizzate da piccole depressioni di diametro inferiore ai 2 mm che ricordano il segno di un chiodo.

Le cicatrici ampie e avvallate, anche dette tipo "rolling", sono dovute a fibre cicatriziali che ancorano la pelle al grasso sottostante con un diametro di circa 4-5 mm.

Le cicatrici varioliformi, anche dette "boxcar" sono rappresentate da depressioni rotondeggianti a bordi netti, simili a quelle che si osservano dopo la varicella.

Diagnosi differenziale

La diagnosi di acne volgare è piuttosto agevole. Tuttavia presentiamo di seguito alcune caratteristiche fondamentali di patologie dermatologiche di frequente riscontro che possono generare dubbi diagnostici: la rosacea, la dermatite periorale, le verruche piane.

La rosacea è una dermatosi infiammatoria che coinvolge la regione centrale del volto; insorge più tardivamente e, nonostante la presenza di papule e noduli, in essa i comedoni sono sempre assenti.

La dermatite periorale è caratterizzata da papulo-pustole, insorge più tardivamente e ha una disposizione prevalentemente periforale.

Le verruche piane si ritrovano prevalentemente al volto, sono determinate da papilloma virus ma pur presentandosi in forma di papule, non presentano mai pustole, né comedoni.

Bibliografia

- 1 Pawin H, Beylot C, Chivot M, et al. *Physiopathology of acne vulgaris: recent data, new understanding of the treatments*. Eur J Dermatol 2004;14:4-12.
- 2 Taylor MB. *Treatment of acne vulgaris. Guidelines for primary care physicians*. Postgrad Med 1991;89:40-2, 45-7.
- 3 Gollnick H, Cunliffe W, Berson D, et al.; Global Alliance to Improve Outcomes in Acne. *Management of acne: a report from a Global Alliance to Improve Outcomes in Acne*. J Am Acad Dermatol 2003;49(1 Suppl):S1-37.
- 4 McWilliam J. *Acne vulgaris: clinical features, assessment and treatment*. Nurs Stand 2009;23:49-56.
- 5 Ingram JR, Grindlay DJ, Williams HC. *Management of acne vulgaris: an evidence-based update*. Clin Exp Dermatol 2009 Oct 23.

Key-message

- L'acne volgare è una delle più comuni e polimorfe affezioni cutanee
- L'età più frequentemente colpita è rappresentata dall'adolescenza ma può insorgere e perdurare anche in età matura
- La lesione fondamentale è il comedone: una cisti di ritenzione costituita da sebo, cheratina, peli, pigmenti melanici e batteri microaerobi (*Propionibacterium acnes*)
- I comedoni sono definiti punti bianchi quando sono chiusi; sono invece definiti punti neri quando sono aperti, e, per ossidazione della melanina, acquisiscono la pigmentazione brunastra
- Le varietà cliniche più comuni sono: l'acne comedonica, in cui prevalgono le cisti micro follicolari, la papulo-pustolosa, caratterizzata da prevalente componente infiammatoria, la nodulo-cistica, in cui i fenomeni suppurativi ed ascessuali evolvono spesso in cicatrici profonde e deturpanti