

TRATAMIENTOS PARA LAS ESTRÍAS Y CICATRICES

Estudio a doble ciego del tratamiento de estrías con Estrianon® crema * a base de ácidos grasos

Autores:

- Dr. **Alejandro Cordero** (h) (Médico Dermatólogo)
- Dra. **Mercedes Bestué** (Médica Dermatóloga)
- Dra. **Cristina Kien** (Dermatopatóloga)

CAPITULO I

Resumen

Se ha realizado un estudio **durante 12 meses**, con una crema* a base de ácidos grasos (Estrianon®), para el tratamiento de estrías en fase I (inicial) y estrías en fase II (tardías), en un grupo de **30 personas de ambos sexos**, sanos y con edades comprendidas entre los **13 a 35 años**. Se dividieron en dos grupos al azar, cada uno de 15 personas; el primero se denominó: grupo control, al cual se le administró una crema placebo a base de vaselina y al segundo grupo se lo llamó: grupo estudio, el cual utilizó la crema original.

En ambos grupos, las personas se colocaron la crema tres veces por día en las zonas afectadas por estrías. El estudio incluyó evaluaciones periódicas (pre tratamiento y cada 3 meses) hasta finalizar el estudio, haciendo controles clínicos, fotográficos, histológicos y analíticos.

Al finalizar el trabajo lo que se observó no fue sólo mejoría clínica, sino también histológica, con aislados efectos secundarios en algunos pacientes, como eritemas y ardor inicial, los cuales cesaron con el uso continuado de la crema.

(* *Estrianon® Crema*)

CAPITULO II

Introducción

Las estrías son atrofias lineales de la piel.

Dentro de los aspectos clínicos se pueden diferenciar dos fases en el desarrollo de la estría:

1) Estado inicial o inflamatorio pseudohipertrófico, en el que la lesión se presenta como una elevación (papulosa) en banda o con diferentes formas: rectilínea, curvilínea, ondulada, en forma de -S-, -zig -zag o enroscada.

En esta fase el color comienza siendo francamente eritematoso cuando aparecen, para ir aclarándose progresivamente y convertirse en rosado; un signo subjetivo típico en esta fase es el prurito; esta fase raramente está ausente en los adolescentes.

2) Estado tardío o fase cicatrizal, que sigue al anterior y es el que le da aspecto final a la estría.

Una zona atrófica comienza en el centro de cada estría, extendiéndose en forma centrífuga, creando una depresión en la zona media. La epidermis aparece como afinada, flácida, toma un aspecto liso, levemente plegado y brillante, la coloración torna a blanco nacarado. A la palpación han perdido elasticidad, son suaves y su aspecto clínico es debido a la atrofia del tejido conjuntivo. Posteriormente puede disminuir el tamaño, pero la estría persiste indefinidamente. En esa zona las glándulas sudoríparas, sebáceas y folículos pilosos están atrofiados o ausentes.

Las topografías más frecuentes son: abdomen, flancos, nalgas, caderas, mamas. Normalmente suelen ser simétricas, agrupándose en bandas paralelas.

En su etiopatogenia intervendrían diferentes factores como los mecánicos, endocrinológicos y bioquímicos, siendo la etiología más frecuente el embarazo (75-90%), pero es muy común en la pubertad (25% en mujeres y 10% en varones), no viéndose en ancianos y en ciertas razas pigmentadas (negros en Africa y mujeres nativas de Java); otras etiologías son: tratamientos con corticoides (tópicos o sistémicos), obesidad, desnutrición, distensiones mecánicas, enfermedades infecciosas como: fiebres tifoideas, tuberculosis, difteria, endocarditis, brucelosis.

CAPITULO III

Pacientes y Métodos

Pacientes

Un total de 30 pacientes de ambos sexos, sanos, con edades comprendidas entre los 13 y 35 años, con piel tipo I, II y III, que presentaban diferentes estadios de sus estrías, las cuales aparecieron por diferentes etiologías, sin antecedentes de enfermedades ni ingesta de medicamentos. Se dividieron en dos grupos, al azar, de 15 personas cada uno, denominándose uno como "grupo control" y el otro como "grupo estudio".

Método

El tratamiento tuvo una duración de 12 meses. Consistió en la aplicación de una crema placebo (con vaselina) en el "grupo control" y la crema de ácidos grasos * en el "grupo estudio". Las aplicaciones fueron hechas tres veces por día mediante un leve masaje en la zona afectada hasta ser absorbida.

Cada paciente recibió instrucciones escritas detalladas sobre el uso de la medicación, efectos secundarios y contraindicaciones de uso junto con otras medicaciones tópicas, tiempo probable de mejoría clínica y duración del tratamiento.

Los controles fueron de tipo clínico, histológico y analítico, pretratamiento y cada tres meses hasta finalizar el estudio.

• Control clínico:

Los pacientes fueron examinados antes de comenzar el estudio y se les clasificó sus estrías dentro de la fase I o inicial o en fase II si ya eran antiguas.

Al finalizar el tratamiento, la mejoría clínica global, comparada con el inicio, fue clasificada en "Excelente", "Buena" y "Pobre". Fotografías pre y post-tratamiento documentan el trabajo.

• Control histológico:

Se realizaron biopsias quirúrgicas mediante la toma de un "losange" de piel, que incluía piel sana y afectada. Las tomas se hicieron pre y post-tratamiento; estas últimas a 1-2 cm de las primeras, evitando la cicatriz anterior.

El material fue precisado, fijado en formaldehído, embebido en parafina, cortado y teñido con hematoxilina-cosina (H-E) y tinción de Weigert para visualizar las fibras elásticas.

- **Control analítico:**

A todos los pacientes se les dosó antes de comenzar el estudio, el cortisol plasmático, eligiéndose a aquellos en los que éste se encontraba dentro de los límites normales.

(* *Estrianon® Crema*)

CAPITULO IV

Resultados

- **Clínicos**

Al finalizar el estudio de 12 meses de duración, las diferencias entre el “grupo control” (placebo) y el “grupo estudio” fueron evidentes, mientras que en el primero no se observó ningún tipo de mejoría, en el segundo fue notable, si bien pudimos ver que dentro de este segundo grupo había algunas diferencias en las personas con estrías en fase I (8 pacientes de 15) y las que las tenían en fase II (7 restantes).

La mejoría en las estrías fase I, las podríamos clasificar en “excelentes”, viéndose aclaramiento casi total de la coloración rojo-violácea ya en el primer control a los tres meses de iniciado el tratamiento, así como una disminución en el tamaño y longitud de la estría y moderada mejoría en cuanto a la atrofia.

En el grupo en fase II, la mejoría podría clasificarse como “buena”, observando leve cambio en la pigmentación de la estría, asemejándose más a la coloración de la piel circundante, así como una disminución en el brillo característico de esta fase.

- **Histológicos**

- **Pre-Tratamiento:**

- * H-E (40X): epidermis y dermis sin lesiones significativas en la zona de la estría.

- * Weigert para fibras elásticas (100X): ausencia focal de fibras elásticas en la zona de la estría.

- **Post-Tratamiento:**

- * H-E (40X): leve incremento del colágeno en dermis reticular.

- Weigert para fibras elásticas (100X): presencia de fibras elásticas en la zona de la estría, algunas dispuestas en acúmulos irregulares en dermis reticular.

CAPITULO V

Discusión

La crema* a estudiar está compuesta por ácidos grasos como el ácido mirístico, ácido palmítico, ácido esteárico, ácido oleico, linolénico, ácido araquidónico y solubilizados en un agente de naturaleza oleosa vegetal. Todo esto hace que al ser compuestos de naturaleza lipídica, ser moléculas de pequeño tamaño y estar disueltas en un medio oleoso, puedan llegar sin inconvenientes a la capa basal de la epidermis, en donde actuaría no sólo en los queratinositos basales, sino también en los melanocitos y en las fibras elásticas disminuídas en la zona tratada. El efecto sobre los queratinositos sería aumentando el número de mitosis así como el aumento del contenido de filamentos intermedios de queratina con aumento del refuerzo que los mismos confieren a los desmosomas

intercelulares, logrando una mayor adhesión entre las células; todo esto da como resultado un engrosamiento y una mayor consistencia de la capa epidérmica que estaba adelgazada.

Sobre los melanocitos induciría un aumento de la actividad enzimática aumentando la actividad de la tirosinasa y así aumento en la producción de melanina que a través de los melanosomas pasaría a los queratinocitos, mejorando así la pigmentación de la epidermis de la estría en forma centrípeta.

Faltaría hacer un estudio más exhaustivo a nivel microbiológico para ver el mecanismo de acción sobre las fibras elásticas, en las cuales se ha podido observar su regeneración con el uso continuado de dicha crema, así como un incremento del colágeno en dermis reticular.

(*Estrianon® Crema)

CASOS

Estrías Nacaradas (antiguas)

Sexo: Femenino – **Edad:** 28

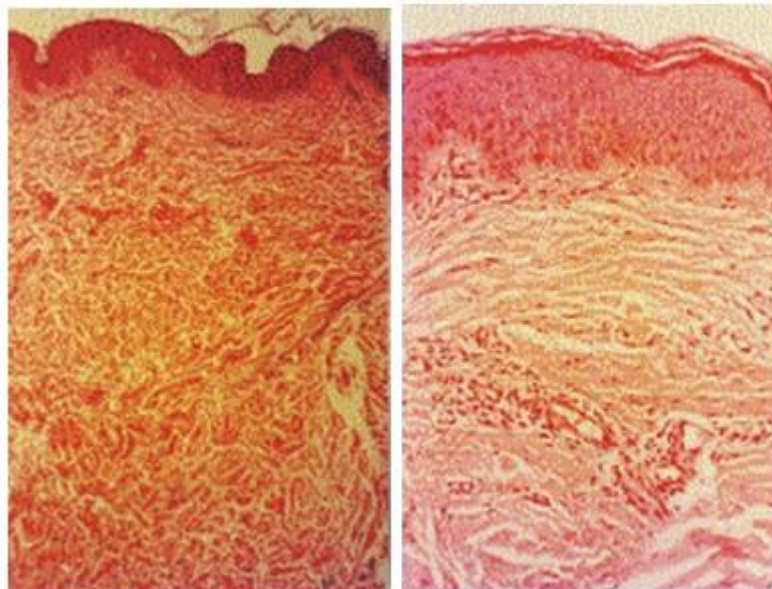
Tratamiento: 150 días

Estrías Rojo Vinosas (recientes)

Sexo: Femenino – **Edad:** 26

Tratamiento: 90 días

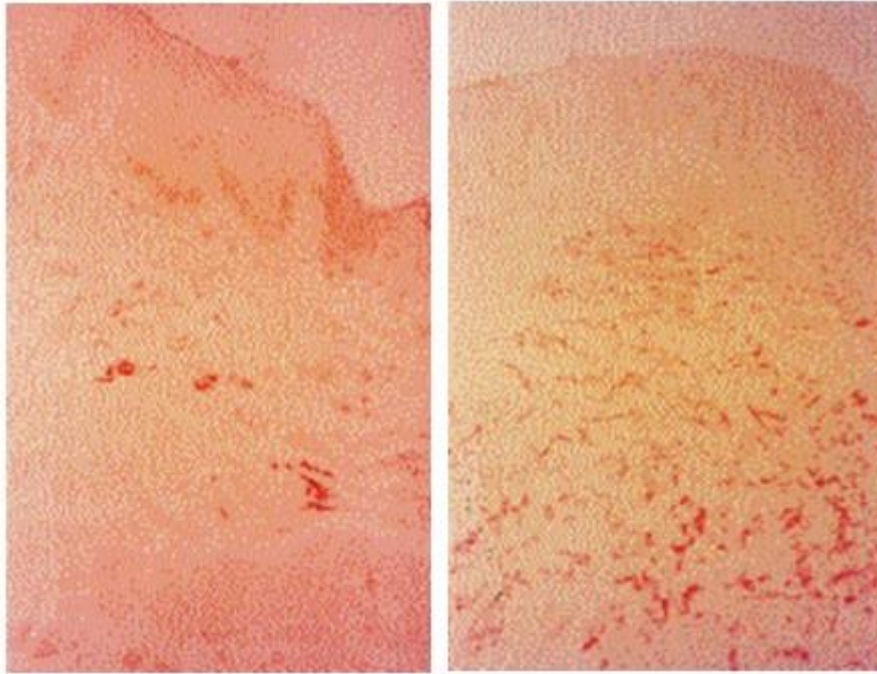
Histología de epidermis y fibras colágenas



Paciente D.L.
26/01/94

Paciente D.L.
16/05/94

Histología de dermis y fibras colágenas



Paciente D.L.
26/01/94

Paciente D.L.
16/05/94

Estrias Nacaradas (antiguas) / Sexo: Femenino / Edad: 28



Estrias Rojo Vinosas (recientes) / Sexo: Femenino / Edad: 26



BIBLIOGRAFIA

1- -Elson, M. L.

Treatment of striae distensae with topical tretinoin.

Dermatol. Surg. Oncol. 1990; 16:267-70

2- -Murray, J. C.

Pregnancy and the skin.

Dermatol. Clin. 1990; 8 (2): 327-34

3- -Lee, K. S.; Rho, Y.J.; Jang, S.I.; Shuh, M.H.; Song J.Y.

Decreased expression of collagen and fibronectin genes in strial distensal tissue.

Clin. Exp. Dermatol. 1994; 19 ():285-8

4- -Madlon-Kay. D.J.

Strial gravidarum. Folklore and fact.

Arch. Farm. Med. 1993; 2(5): 507-11

5- -Burket, J. M. ; Zelickson, A.S.; Padilla, R. S.

Linear focal elastosi (elastosis strice)

J- Am. Acad. Dermatol. 1989; 20: 633-6

6- Civatte, J.

Histopathologic cutanée. 1982

Flammarion médecine scienses – Paris.

7- -Gautrey, J.P.; Guincamp, M.; Miskulin, N; Tixier, J.M.; Robert A.M.; Robert, L.

Modification de la biosynthese des macromolécules de la matrice intercellulaire du derme dans les vergetures mise en évidence par une méthode de biopsic et d'incorporation des précurseurs radioactifs.

Journal des Agrégés. 19480,13,464-473.

8- Maquart, F.; Randoux, A.; borel, J.P.

Influence du taux de glucose sur laa synthèse du collagène par les fibroblastes humais, les cultures .

Revue Français d'Endocrinologic Clinique. 1979, 20 (1), 17-20.

9- -Mercadal-Peyri, J.; Sans Mascaro, J.; Martin-Gasso, C.

Sur la anatomic pathologique des vergetures et anetodermies in «les maladies du tissu élastique citané».

XII Congrès de L'association des Dermatologues et Syphigraphes cutanée. 1980.

Ed. De la Porte Verte – Paris.

10- -Meynadier, F.

Précis de physiologic cutanée. 19480.

Ed. De la Porte Verte – Paris.

11- -Thiers, H.; Moulin, G.; Larive, M.

Les Vergetures de la corticothérapie locale.

Ann. Dermatol. Shphil. 1969.96 (1), 29-36.

12- -Parkes ,Weber, F.

Idiopathic striae atrophicae of puberty.

Lancet. 1935; ii: 885-6.

13- -Fabio Rosa Carrasmaschi; Gilles Landman; Luis Philipe Molina; Vana e Marcus Castro Ferreira.

Estudo das fibras oxitalánicas em estrias variações em relação a pele.

Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S.Paulo 50(Supl.) 35-38. 1995

14- -Robert, L.

Tissu conjonctif et diabète.

Revue Française d'Endocrinologie clinique.

1979, 20 (1), 7-16.

15- Vilanova, X.; Pinol Aguade, J.

Les Vergetures in «les maladies du tissu élastique en tané» .

XII Congrès de L'Association des Dermatologues et Syphiligraphes de Langue Française.
1968. Mansson.

Paris

16- D. Meller.

Lumbar physiological striae in adolescence suspected to be non-acidental injury.

BNJ. 1995; 311-738.