

BASES PRÁCTICAS PARA EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME SEBORREICO EN EL PERRO.

P.J. Ginel, J.M. Molleda, M. Novales, R. Lucena, E. Martín, R. López

R E S U M E N

El término seborrea o síndrome queratoseborreico describe un trastorno de la queratinización de carácter inespecífico que puede presentarse con origen primario o secundario, asociado, en este último caso, a muchas dermatosis del perro. El tratamiento sintomático de la seborrea es fundamental como apoyo al tratamiento específico y la única posibilidad terapéutica en los casos de seborrea primaria idiopática. Actualmente, el tratamiento antiseborreico se basa en productos de aplicación tópica y a menudo es difícil elegir entre la extensa gama de champús, lociones, cremas, etc., disponibles comercialmente. En la práctica, es importante conocer las características de sus principios activos y los efectos que tienen sobre la piel y trabajar con un número limitado de estos productos.

Palabras clave: Seborrea; Queratinización; Tratamiento tópico; Perro.

A B S T R A C T

The term seborrhea or keratoseborrheic syndrome describes a non-specific state of abnormal epidermal keratinization, that may arise with a primary or secondary origin, associated, in this latter case, with multiple canine dermatoses. Antiseborrheic therapy plays an important role in supporting specific treatment of the primary cause; moreover, it is the only possible treatment in those cases of idiopathic primary seborrhea. Currently, antiseborrheic therapy is based on topical formulations, but sometimes we are confused by the huge amount of shampoos, lotions, creams, ointments and others commercially available stuffs. Their proper use depends upon an understanding of their formulation and indications of their active components. From that point it is better to use a limited number of well known products.

Key words: Seborrhea; Keratinization; Topical therapy; Dog.

INTRODUCCIÓN.

El síndrome queratoseborreico, o simplemente seborrea, es uno de los síndromes cutáneos más frecuen-

tes y también uno de los más decepcionantes de tratar para el dueño y para nosotros.

Básicamente, el hecho fundamental que caracteriza a la seborrea es la presencia de una queratiniza-

Dpto. de Patología Clínica Veterinaria; Facultad de Veterinaria; Universidad de Córdoba; Av. Medina Azahara s/n. 14005 Córdoba.





ción anormal por un incremento en la tasa de división celular de la capa basal de la epidermis^(9, 23). De hecho, el término seborrea es inapropiado, pues significa literalmente flujo de sebo o de secreción sebácea, lo cual no ocurre en la mayoría de los trastornos de la queratinización, y algunos autores aconsejan utilizar el término síndrome queratoseboreico^(1, 7) aunque en este trabajo emplearemos ambos términos indistintamente.

Actualmente, la seborrea se clasifica en primaria o idiopática, cuando no tiene una etiología conocida, y en secundaria cuando se conoce su causa. Esta última es la más frecuente, aunque a veces el gran número de causas primarias (Cuadro I) hace imposible el diagnóstico etiológico. La seborrea aparece, pues, como una respuesta inespecífica de la piel y sólo cuando es primaria constituye una entidad patológica⁽²³⁾.

PATOGENIA.

Los elementos cutáneos implicados en el desarrollo de la seborrea son: (1) la epidermis, (2) el folículo piloso y (3) las glándulas sebáceas.

A nivel de la epidermis, el proceso normal de queratinización se altera profundamente. Durante este proceso de formación del estrato córneo, los queratinocitos o células de la capa basal se cargan de queratina transformándose, de forma ordenada, en células muertas con una matriz de queratina y una membrana reforzada por proteínas y lípidos de superficie⁽²²⁾. Sin embargo, dicho proceso es extremadamente susceptible de verse alterado, situación que se manifiesta por una queratinización acelerada. Esta gran sensibilidad hace que la mayoría de los trastornos de la queratinización sean secundarios^(1, 23).

En condiciones normales, el tiempo de maduración de un queratinocito es de unos 22 días. Este período de maduración puede verse disminuido por muchos factores, incluso el simple pelado lo reduce a 17 días, y en perros seborreicos puede llegar a ser de tan sólo 7 días⁽³⁾. La rápida queratinización conduce a una muerte celular desordenada y a una descamación excesiva, con grupos de células córneas que se descaman juntas formando agregados en forma de caspa visible^(9, 23).

El aumento de la queratinización también afecta a las estructuras del folículo piloso⁽¹³⁾. El exceso de queratina produce la formación de tapones foliculares o comedones con obstrucción del folículo que entra en fase de telogén, siendo la alopecia el resultado final^(13, 16).

Cuadro I. Dermatitis asociadas a seborrea secundaria.

- **Alérgica:**
Alergia a pulgas. Atopia. Alergia alimentaria. Dermatitis de contacto.
- **Endocrinas:**
Hipotiroidismo. Hiperadrenocorticismo. Desequilibrios hormonas sexuales. Hiposomatotropismo.
- **Parasitarias:**
Sarna sarcóptica. Cheiletiellosis. Demodicosis. Sarna otodéctica. Pediculosis. Leishmaniosis.
- **Fúngicas:**
Dermatofitosis. *Malassezia sp.*
- **Nutricionales:**
Deficiencias de vitamina A, zinc o ácidos grasos.
- **Autoinmune:**
Pénfigo foliáceo, LES.
- **Tumorales:**
Linfoma cutáneo.
- **Metabólicas:**
Maladigestión-malabsorción.
- **Congénitas:**
Ictiosis.
- **Ambientales:**
Sequedad ambiental, exceso de lavados, aire acondicionado, secadores...
- **Adenitis sebácea**

Las glándulas sebáceas son un elemento secundario y no siempre se encuentran afectadas, aunque el exceso de secreción sebácea tenga gran importancia estética. El mal olor se debe a la formación, por las bacterias cutáneas, de ácidos grasos de cadena corta a partir de la secreción sebácea^(7, 11, 23).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

La simple formación de descamación visible es suficiente para afirmar que existe seborrea (Fig. 1). Además, se caracteriza por ser una dermatosis crónica, mientras que la aparición de un exceso de secreción



Fig. 1. Exceso de descamación, el síntoma característico de la seborrea. Muchas dermatosis pueden producir esta imagen en un momento dado.





sebácea y de fenómenos inflamatorios son síntomas opcionales^(9, 23). Clínicamente, todas las formas de seborrea son similares: aparece descamación excesiva, costras, piel y pelo grasoso, tapones foliculares (comedones), alopecia y mal olor. Secundariamente puede existir inflamación en distinto grado, prurito y pioderma. Es frecuente el desarrollo de otitis externa ceruminosa e hiperplasia de la glándula supracaudal^(7, 9, 19, 23).

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO.

En muchas ocasiones, la compleja etiología de este proceso y su carácter crónico hacen que el tratamiento sintomático sea la única opción disponible para controlar el problema. Además, permite el control de la seborrea mientras se encuentra la causa primaria, y sirve de apoyo al tratamiento específico acelerando la desaparición de los síndromes⁽²³⁾. Este tratamiento sintomático debe cubrir una serie de objetivos:

Restaurar el proceso normal de queratinización: queratolíticos y queratoplásticos.

Los queratolíticos y queratoplásticos constituyen la parte más importante del tratamiento antiseborreico sintomático. Los queratolíticos ayudan a romper las uniones intercelulares de las células del estrato córneo facilitando su descamación ordenada. Las células se desprenden y la formación de caspa se reduce aun-



Fig. 2. Seborrea en un caso de pénfigo foliáceo, hay descamación y formación intensa de costras. Junto con el tratamiento inmunosupresor, la administración tópica inicial de sulfuro de selenio, seguida de productos a base de salicílico y azufre, ayudan a mejorar el aspecto de la piel.

que necesarios de 10 a 14 días de tratamiento antes de apreciar su efecto⁽⁹⁾. Por su parte, los queratoplásticos restauran el proceso normal de queratinización al disminuir la actividad mitótica y la velocidad de división de las células basales de la epidermis^(10, 16).

Son muchos los productos que se emplean primariamente por su acción queratolítica y/o queratoplástica, lo que demuestra que no existe ninguno ideal. En el Cuadro II se resumen algunas de sus características más importantes^(2, 8-10, 14, 15, 18, 19, 24).

Mantener la hidratación de la piel: humectantes y emolientes.

El uso excesivo de jabón y otros agentes desengra-

Cuadro II. Características más importantes de los principales queratolíticos/queratoplásticos de aplicación tópica.

Principio activo	Ventajas	Inconvenientes
• Azufre (2-5 %)	Queratolítico, queratoplástico. Lavado folicular ligero, efecto antiprurítico. Antifúngico, bactericida y parasiticida.	Mal antiseborreico, efecto rebote, reseca la piel, irritante
• Ácido salicílico (2-6 %)	Buen queratolítico, acción sinérgica con el azufre. Humectante, ligeramente antiprurítico, bacteriostático y antiinflamatorio	Carece de acción queratoplástica probada
• Brea de hulla (3-4 %)	Acción desengrasante, queratoplástico, queratolítico suave y antiséptico. Antiprurítico y vasoconstrictor	Eficacia variable, potencialmente irritante, desecante, carcinogénico, sensibilizante y fotosensibilizante; pueden teñir el pelo, olor desagradable
• Sulfuro de selenio (1-2,5 %)	Queratolítico potente, queratoplástico y desengrasante. Acaricida (<i>Cheyletiella</i>)	Desecante, detergente, irritante, efecto rebote; sensibilizante, nunca uso continuado
• Peróxido de benzoilo (2-3 %)	Acción queratolítica y antiprurítica. Desengrasante potente: reduce la secreción y concentración de ácidos grasos en las glándulas sebáceas	Efecto desecante, potencialmente irritante y sensibilizante, sobre todo al 5-10 %. Puede teñir el pelo. Combinarlo siempre con humectantes
• Ácido láctico (2-5 %)	Queratolítico suave a altas concentraciones, humectante a bajas concentraciones	Ninguno





santes produce la eliminación constante de los lípidos superficiales, y a más o menos corto plazo, su desecación y un incremento de la descamación. Los humectantes y emolientes tienen como misión reducir la pérdida de agua y rehidratar la piel en casos de dermatosis descamativas y con piel seca, o después de lavar con champús desecantes como el peróxido de benzoilo^(9, 16).

Los **humectantes** son sustancias no lipídicas como ácido carboxílico, ácido láctico, urea y propilen glicol entre otros, que actúan atrayendo y reteniendo agua en la epidermis superficial^(9, 18). Su principal indicación es la de hidratar la piel sin aumentar el problema sebóreo añadiendo más lípidos^(9, 10, 23). Gracias a su excipiente acuoso pueden pulverizarse directamente sobre el pelo o aplicarse con el último aclarado después del baño^(1, 9, 10).

Los **emolientes** actúan como una especie de secreción sebácea artificial reduciendo la pérdida de agua, por lo que son más eficaces una vez que la piel está hidratada (después de bañar); además suavizan las superficies rugosas del estrato córneo rellenando los espacios entre las escamas con pequeñas gotas de lípidos. Los emolientes más comunes incluyen aceites vegetales como el aceite de oliva, coco, semilla de algodón o maíz, grasas animales (lanolina), hidrocarbonos (parafina y aceite mineral), y lipoaminoácidos^(8, 9). Sus efectos no son inmediatos y se aprecian a las 4 semanas, incluso a veces se necesitan de 6 a 8 semanas para obtener el máximo beneficio. Muchos champús los llevan incorporados pero es más eficaz administrarlos después de aclarar el champú^(9, 23).

Control de la flora bacteriana: antisépticos.

El control de la flora bacteriana es fundamental para eliminar problemas secundarios al exceso de secreción sebácea como el mal olor y las piodermas. Los antisépticos tópicos como el peróxido de benzoilo, la clorhexidina, el lactato de etilo y la povidona yodada (Cuadro III) están indicados como terapia de apoyo a los productos ya vistos^(2, 9, 10, 18, 19).

Reducir el prurito y la inflamación.

Los glucocorticoides sistémicos están casi siempre contraindicados por el riesgo de infección sobre una piel predisuelta⁽⁷⁾. Algunos queratolíticos y queratoplásticos tienen acción antiprurítica como el salicílico o el azufre y su empleo frecuente, junto con emolientes y humectantes, ayuda a hidratar la piel y reducir el nivel de prurito.

BASES PRÁCTICAS DEL TRATAMIENTO.

Nuestro tratamiento debe estar dirigido siempre a dos aspectos bien diferenciados: el primero consiste en luchar contra la causa primaria una vez identificada; en segundo lugar, debe incluir el tratamiento sintomático de la seborrea, bien como apoyo del tratamiento específico o bien como la única forma de tratamiento en el caso de las seborreas primarias idiopáticas. En este último caso, estamos ante un proceso que nunca curaremos pero que podemos controlar hasta límites razonables^(9, 19, 23).

Cuadro III. Principales características de los antisépticos tópicos más importantes.

Principio activo	Ventajas	Inconvenientes
<ul style="list-style-type: none"> • Peróxido de benzoilo (2-3 %) 	Antiséptico superior a la clorhexidina y la povidona yodada. Lavado folicular; indicado en seborreas grasas con pioderma	Efecto desecante y potencialmente irritante y sensibilizante, sobre todo al 5-10 %. Puede teñir el pelo. Combinarlo siempre con humectantes
<ul style="list-style-type: none"> • Etil lactato (10 %) 	Actividad antiséptica similar al peróxido de benzoilo; solubiliza las grasas, reduce la secreción sebácea, inhibe su hidrólisis en ácidos grasos libres y el mal olor. Efecto cosmético superior al peróxido de benzoilo, elimina los ácidos grasos acumulados. Ideal para uso prolongado	Relativamente caro
<ul style="list-style-type: none"> • Clorhexidina (0,5 %) 	Bactericida, de acción rápida; esporicida y fungistático, no se absorbe por la piel. Ideal para piodermas secas porque no es desecante.	Ninguno
<ul style="list-style-type: none"> • Povidona yodada (1 %) 	Rápida acción antiséptica. Amplio espectro	Puede teñir el pelo; reseca la piel en mayor medida



Con respecto al tratamiento sintomático, los productos tópicos siguen siendo los más importantes a falta de una mejor valoración de los productos sistémicos. La elección de los principios activos depende de la forma predominante de seborrea y de los problemas secundarios (inflamación, prurito, infección). Desde un punto de vista práctico podemos establecer cuatro categorías o formas principales de seborrea. Esta clasificación resulta de gran utilidad para instaurar un tratamiento inicial que iremos modificando posteriormente según la evolución de cada paciente^(10, 23).

Categoría (1): Ligera descamación seca, secreción sebácea normal.

La mejor opción son los champús hipoalérgicos y rehidratantes. Estos champús son prácticos para clientes que tienen la tendencia a dar excesivos baños. Contienen emolientes y humectantes como la lanolina, ácido láctico, urea, glicerina o ácidos grasos, y no tienen acción detergente. Limpian y rehidratan la piel. Añadiremos baños con clorhexidina al 0,5-4 % si existe pioderma.

Categoría (2): Descamación moderada-intensa, secreción sebácea ligera.

En este caso necesitamos agentes queratolíticos y queratoplásticos con mínima acción desengrasante, como los champús a base de ácido salicílico y azufre. Independientemente de la causa, esta forma de seborrea es la que se presenta con mayor frecuencia. Si no responden bien, añadir breza, teniendo en cuenta que tanto el azufre como la breza resecan la piel en exceso, por lo que hay que acompañarlos de emolientes después del baño y humectantes entre baños. En casos de uso prolongado es bueno simultanearlos con champús hipoalérgicos.

Categoría (3): Descamación moderada-intensa, secreción sebácea moderada.

Existe un mayor grado de secreción sebácea que hace necesario incluir breza. Los champús de breza y azufre o de breza-azufre-salicílico son los más beneficiosos por su acción desengrasante, queratolítica y queratoplástica.

Categoría (4): Descamación ligera, secreción sebácea intensa.

Requiere una fuerte acción desengrasante con capacidad queratolítica y queratoplástica ligera. El olor es intenso y suele haber pioderma generalizada. Este tipo de seborreas son casi siempre secundarias y necesitan tratamientos más agresivos, siendo el peróxido de benzoilo la primera elección. Los productos con concentraciones del 5 y 10 % pueden ser irritantes, aunque podemos emplearlo al 5 % en casos graves y durante períodos limitados (2 a 3 semanas). Una buena alternativa consiste en simultanear el peróxido de benzoilo con un champú ácido a base de breza-azufre y salicílico. El lactato de etilo tiene una efica-

Cuadro IV. Algunos consejos prácticos para obtener la máxima eficacia de los champús antiseborreicos.

- En perros de pelo largo, pelar y mantener el pelo corto.
- Diluir el champú al 1:5 o al 1:10 antes de su aplicación.
- Si hay descamación intensa, dar una primera aplicación con un champú detergente.
- Asegurarnos un tiempo de contacto mínimo de 8-15 minutos.
- Bañar primero las zonas más afectadas.
- Aclarar con abundante agua.
- No secar con aire caliente.

cia similar y menos contraindicaciones en uso continuado. Finalmente, los champús de selenio deben usarse con cuidado porque producen una seborrea reaccional cuando se emplean de forma intensiva. Todos estos productos son desecantes potentes porque eliminan los lípidos superficiales de la piel y es conveniente prescribir humectantes, nunca emolientes, por el exceso de secreción sebácea^(9, 23).

Pautas de aplicación.

La pauta general es la misma para las cuatro categorías de seborrea. Comenzamos con baños diarios o cada 2-3 días durante 10-15 días, espaciándolos a medida que el problema responde hasta reducirlos a 1-2 baños mensuales y cambiando a preparaciones más suaves cuando sea posible. Hay que instruir al propietario sobre cómo realizar los baños (Cuadro IV); además éste debe ser consciente de que a veces son necesarias varias semanas antes de apreciar una mejoría y de que, en casos graves, se necesitarán baños cada 7-10 días indefinidamente para mantener el perro en buenas condiciones^(9, 10, 16, 23).

Antiseborreicos sistémicos.

Los productos sistémicos son todavía una última opción reservada para algunos tipos de seborreas primarias, para los casos desesperados, o en aquellos donde no se puede realizar el tratamiento tópico.

Hasta ahora se han empleado retinoides sintéticos, especialmente el etretinato (1 mg/kg/día PO; Tigason) en casos de seborrea primaria, pero sólo ha sido eficaz en el Cocker spaniel, mientras que en el resto de razas los efectos son clínicamente insignificantes^(12, 20, 21, 22). También se ha investigado, con buenos resultados, la administración de ácidos grasos esenciales suplementando la dieta de perros con seborrea con aceite de girasol, rico en ácido linoleico, ya que estos animales presentan una disminución en las concentraciones cutáneas de este ácido. Por su mayor comodidad de aplicación pueden ser una alternativa interesante en un futuro próximo^(4, 5, 6, 17).



CONCLUSIÓN.

El tratamiento sintomático de la seborrea puede proporcionar una mejoría temporal de los síntomas clínicos mientras establecemos un diagnóstico específico y acelera la recuperación del animal una vez que tratamos la causa primaria. Sin embargo, los resulta-

dos no serán nunca inmediatos o espectaculares, de lo cual hay que advertir y concienciar previamente al cliente para quien este tipo de tratamiento supone una gran inversión de trabajo y tiempo; los resultados llegarán con un poco de paciencia.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Ackerman, L., Nesbitt, G.H. Keratinization disorders (seborrhea). *En: Dermatology for the small animal practitioner*. pp. 147-154. Veterinary Learning Systems, Illinois, 1991.
2. Ascher, E., Maynard, L., Laurent, J., Goubet, B. Controlled trial of ethyl lactate and benzoyl peroxide shampoos in the management of canine surface pyoderma and superficial pyoderma. *En: von Tschärner, C., Halliwell, R.E.W. (Eds). Advances in veterinary dermatology Vol. 1*. pp. 375-382. Baillière Tindall, Londres, 1990.
3. Baker, B.B., Maibach, H.I. Epidermal cell renewal in seborrheic skin of dogs. *Am. J. Vet. Res.* 48: 726-728, 1987.
4. Campbell, K.L. Fatty acid supplementation and skin disease. *Vet. Clin. North Am.* 20: 1475-1486, 1990.
5. Campbell, K.L. Therapeutic indications for dietary lipids. *En: Kirk, R., Bonagura, J.D. (Eds): Current Veterinary Therapy (XI)*, pp. 36-39. W.B. Saunders, Filadelfia, 1992.
6. Campbell, K.L., Uhlend, C.F., Dorn, G.P. Effects of oral sunflower oil on serum and cutaneous fatty acid concentration profiles in seborrheic dogs. *Veterinary Dermatology* 3: 29-36, 1992.
7. Guaguère, E. Le syndrome kératoséborrhéique. 2e Partie: Diagnostic-Traitement. *Prat. Med. Chir. Anim. Cie.* 25: 198-203, 1990.
8. Guaguère, E. Cosmetologie canine. Bases anatomiques, physiologiques et cliniques. *Prat. Med. Chir. Anim. Cie.* 25 (suppl): 7-12, 1990.
9. Halliwell, R.E.W. Rational use of shampoos in veterinary dermatology. *J. Small Anim. Pract.* 32: 401-407, 1991.
10. Harvey, R.G. Introduction to topical therapy. *In Practice*, 13: 111-115, 1991.
11. Jenkinson, M. Sweat and sebaceous glands and their function in domestic animals. *En: von Tschärner, C., Halliwell, R.E.W. (Eds). Advances in veterinary dermatology Vol. 1*. pp. 229-251. Baillière Tindall, Londres, 1990.
12. Kowchka, K.K. Retinoids in dermatology. *En: Kirk, R.W., Bonagura, J.D. (Eds): Current Veterinary Therapy (X)*. pp. 553-560. W.B. Saunders, Filadelfia, 1989.
13. Kwochka, K.W. Cell proliferation kinetics in the hair root matrix of dogs with healthy skin and dogs with idiopathic seborrhea. *Am. J. Vet. Res.* 51: 1570-1573, 1990.
14. Kwochka, K.W., Smeak, D.D. The cellular defect in idiopathic seborrhea of Cocker spaniels. *En: von Tschärner, C., Halliwell, R.E.W. (Eds). Advances in veterinary dermatology Vol. 1*. pp. 265-277. Baillière Tindall, Londres, 1990.
15. Kwochka, K.W., Kowalski, J. Prophylactic efficacy of four antibacterial shampoos against *Staphylococcus intermedius* in dogs. *Am. J. Vet. Res.* 52: 115-118, 1991.
16. Kwochka, K.W. Topical therapeutics. *En: Locke, P.H., Harvey, R.G., Mason, I.S. (Eds). Manual of small animal dermatology*. pp. 220-232. BSAVA, Shurdington, 1993.
17. Lloyd, D.H. Essential fatty acids and skin disease. *J. Small Anim. Pract.* 30: 207-212, 1989.
18. Martínez, H. Approches thérapeutiques des états kératoséborrhéiques au cours des dermatoses. *Prat. Med. Chir. Anim. Cie.* 19: 261-265, 1984.
19. Muller, G.H., Kirk, R.W., Scott, D.W. (Eds). *Small animal dermatology*. 4th ed. pp. 169-172. W.B. Saunders, Filadelfia, 1989.
20. Power, H.T. The efficacy of tretinoin (Tegison®) in the treatment of keratinization disorders in dogs. *En: von Tschärner, C., Halliwell, R.E.W. (Eds). Advances in veterinary dermatology Vol. 1*. pp. 447-448. Baillière Tindall, Londres, 1990.
21. Power, H.T., Ihrke, P.J. Synthetic retinoids in veterinary dermatology. *Vet. Clin. North Am.* 20: 1525-1539, 1990.
22. Power, H.T., Ihrke, P.J., Stannard, A.A., Backus, K.Q. Use of tretinoin for treatment of primary keratinization disorders (idiopathic seborrhea) in Cocker spaniels, West highland white terriers, and Basset hounds. *J. Am. Vet. Med. Assoc.* 201: 419-429, 1992.
23. Shanley, K.J. The seborrheic disease complex. *Vet. Clin. North Am.* 20: 1557-1577, 1990.
24. Sousa, C.A., Kowchka, K.K. Workshop report: Shampoos and other topical therapy. *En: von Tschärner, C., Halliwell, R.E.W. (Eds). Advances in veterinary dermatology Vol. 1*. pp. 434-436. Baillière Tindall, Londres, 1990.

