

# Acné

R. Grimalt Santacana

El acné es una enfermedad inflamatoria de la unidad pilosebácea. Es una de las patologías dermatológicas más frecuentes, ya que afecta casi al 80% de los adolescentes entre los 13 y los 18 años. Representa el 25% de las consultas al dermatólogo y posiblemente este número sea aún mayor en la consulta del pediatra y médico de cabecera. Puede durar muchos años, dejar cicatrices persistentes y provocar efectos adversos importantes en el desarrollo psicológico del adolescente que la sufre. Su etiología es multifactorial y actualmente existen tratamientos muy efectivos para controlar cada uno de los factores patogénicos implicados.

El conocimiento correcto de las bases fisiopatológicas del acné permite efectuar una aproximación terapéutica adecuada que a menudo es definitiva en casos leves o moderados, y permite ayudar de forma correcta los más graves. En este momento, entrados en el siglo XXI resulta inaceptable que un adolescente tenga que oír: «El acné es cosa de la edad, ¡ya se te pasará!».

## Patogenia

Se puede definir al acné como a una enfermedad inflamatoria de etiología multifactorial que afecta la unidad pilosebácea con la intervención del *Propionibacterium acnes* y otras bacterias. Su patogenia aún no queda del todo definida, pero el conocimiento de los distintos factores que intervienen en la misma ha permitido desarrollar nuevas medidas terapéuticas específicas.

## Factores patogénicos

En la patogenia del acné es menester considerar cuatro factores básicos (Tabla 1):

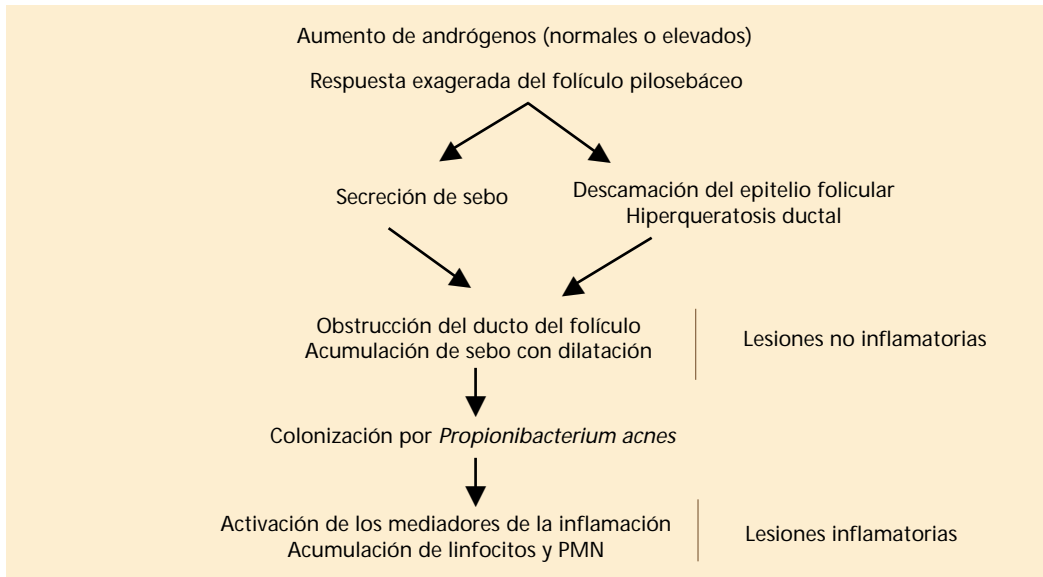
1. Aumento de la secreción sebácea.
2. Hiperqueratosis ductal con obstrucción del folículo pilosebáceo.
3. Colonización bacteriana por *P. acnes*.
4. Inflamación secundaria.

La lesión inicial, el microcomedón, es el resultado de la obstrucción de los folículos sebáceos por un exceso de sebo junto con células epiteliales descamadas procedentes de la pared folicular (hiperqueratosis ductal). Estos dos factores causan lesiones no inflamatorias como los comedones abiertos (puntos negros o barrillos) y los microquistes o comedones cerrados. Una bacteria anaerobia, el *P. acnes*, prolifera con facilidad en este ambiente y provoca la aparición de mediadores de la inflamación.

## Otros factores patogénicos y algunos mitos

Existen algunas evidencias que confirman una cierta predisposición genética en la aparición del acné. Existen también factores raciales ya que, por ejemplo, la raza negra tiene más tendencia a padecerlo. Factores fisiológicos como el ciclo menstrual y el embarazo pueden así mismo influir en su aparición. La impresión popular que algunos alimentos pueden provocar lesiones de acné no ha podido ser nunca demostrada científicamente: ni el chocolate, ni

Tabla 1. Patogenia del acné



los frutos secos, ni los embutidos, así como tampoco el contenido calórico de la dieta, el yodo o el flúor se han demostrado importantes en la patogenia del acné. El clima resulta también un factor controvertido: si bien la mayoría de los pacientes mejoran durante el verano, otros pueden empeorar para padecer el llamado *acné solaris* o *aestivalis*. El estrés juega también un papel importante, y el uso de cosméticos que no sean elaborados como «libres de grasa», pueden hacer persistir el acné en pacientes post-adolescentes y hacer fracasar cualquier aproximación terapéutica en la que no se tenga en cuenta este factor. En el acné iatrogénico, los corticoides (Figura 1), algunos antidepresivos tricíclicos, fenilhidantoínas y litio, así como los derivados de la vitamina B, pueden estar implicados.

### Bases para tomar decisiones

La exploración de un paciente con acné es básica a la hora de establecer el tratamiento adecuado. Existen cuatro puntos a no olvidar:

1. Tipo de lesión: de predominio inflamatorio o no inflamatorio.



Figura 1. Acné esteroideo en una niña de 8 años con colitis ulcerosa.

2. Gravedad del cuadro: intensidad-estadio de las lesiones.
3. Extensión: afectación de cara, pecho y/o espalda.
4. Factores asociados.

### Tipo de lesión

Resulta fundamental diferenciar las lesiones inflamatorias de las no inflamatorias, así como también definir la lesión predominante (Tabla 2).

**Tabla 2.** Tipos de lesiones en el acné

#### Lesiones no inflamatorias

- Comedones cerrados (microquistes)
- Comedones abiertos (puntos negros o barrillos)

#### Lesiones inflamatorias superficiales

- Pápulas
- Pústulas

#### Lesiones inflamatorias profundas

- Nódulos
- Quistes
- Máculas

#### Lesiones residuales

- Hiperpigmentación
- Cicatrices

### Lesiones no inflamatorias

Entre las lesiones no inflamatorias, los comedones cerrados o microquistes son el elemento más característico, y lo que define al acné (Figura 2). Por el contrario, los comedones



Figura 2. Acné no inflamatorio (comedoniano).



Figura 3. Acné inflamatorio leve.



Figura 4. Acné inflamatorio grave.

abiertos o barrillos no se encuentran siempre ni acostumbran a presentar cambios inflamatorios. Su aspecto es debido a la compactación de células foliculares en el ducto y a la oxidación del sebo y la melanina, no a la suciedad. Es bueno recordar que el diagnóstico diferencial entre el acné auténtico o verdadero y las

Tabla 3. Estadios de las lesiones del acné

Grado 0:	pre-acné
Grado 1:	comedones y pápulas (acné comedónico)
Grado 2:	pápulas y pústulas superficiales
Grado 3:	pústulas profundas y nódulos
Grado 4:	nódulos y quistes (acné nódulo-quístico)

llamadas reacciones acneiformes se establece porque estas últimas suelen ser monomorfas y no presentan barrillos.

### Lesiones inflamatorias

Las lesiones inflamatorias incluyen, pápulas, pústulas (Figura 3), nódulos, quistes (Figura 4) y posteriormente cicatrices. Estas últimas no siempre van ligadas a una manipulación impulsiva de las lesiones ni tampoco a la gravedad del acné

### Estadios de las lesiones

Para valorar el estadio inicial del acné y la posterior evolución del tratamiento instaurado, es muy importante señalar en la historia clínica la gravedad del cuadro estableciendo en cuál de los cinco grados de estadio se encuentran las lesiones (Tabla 3), que, de un modo más práctico, se puede simplificar a tres: formas leves, moderadas y graves.

### Localización y extensión de las lesiones

Casi todos los acnéicos presentan lesiones en la cara, y aproximadamente la mitad las presentan en la espalda y pecho. Sólo un 1% de ellos tiene lesiones severas en tronco sin afectación facial.

### Posibilidades terapéuticas

Analizaremos los distintos tipos de tratamientos tópicos y sistémicos utilizados según su

Tabla 4. Posibilidades terapéuticas según el factor patogénico del acné a tratar

Factor a tratar	Tratamiento tópico	Tratamiento sistémico
Hiperqueratosis ductal	Tretinoína Isotretinoína Ácido salicílico Adapaleno Tazaroteno Antibióticos (efecto indirecto)	Isotretinoína
Proliferación de <i>P. acnes</i>	Peróxido de benzoilo Eritromicina Clindamicina Ácido azelaico Nadifloxacino	Doxiciclina (100 mg/d) Minociclina (100 mg/d) Trimetoprim (160 mg/12h) Eritromicina (500 mg/12h) Tetraciclina (500 mg/12h)
Exceso de producción sebácea		Isotretinoína Estrógenos Antiandrógenos
Inflamación grave	Metronidazol	Isotretinoína Corticoides

acción sobre uno o más de los factores patogénicos de la enfermedad (Tabla 4).

### Tratamientos dirigidos a reducir la descamación de las células epiteliales ductales

Existen distintas posibilidades:

- Tretinoína tópica e isotretionina tópica: son derivados del ácido retinoico (ácido trans-retinoico y 13-cis-retinoico, respectivamente). Disminuyen la descamación y por tanto también el número de comedones y microcomedones. Existen cremas y geles de tretinoína a distintas concentraciones (0,01%, 0,025% y 0,05%). Si se empieza a usarlo a concentraciones inferiores, se consigue que el adolescente no abandone este tratamiento por el efecto irritante (beneficioso, pero molesto) que las concentraciones elevadas, usadas de entrada, producirían. Es eficaz para lesiones no inflamatorias, y en general no es necesario asociarlo a antibióticos tópicos. No mancha la ropa y es discretamente fotosensibilizante.
- Ácido salicílico: en formulación hidroalcohólica del 0,5% al 2%. Es menos efectivo que los anteriores.
- Nuevos tratamientos: adapaleno (gel al 0,1%, similar a la tretinoína tópica, aunque menos irritante) y tazaroteno (nuevo fármaco escasamente superior a la tretinoína).

### Tratamientos dirigidos a evitar la proliferación del *P. acnes*

*P. acnes* es sensible a muchos antibióticos *in vivo*, pero no todos pueden llegar a concentración suficiente en el ambiente rico en lípidos del folículo sebáceo.

- Peróxido de benzoilo: disponible en tres concentraciones (2,5%, 5% y 10%). Antiguo pero muy eficaz para el tratamiento tópico de las lesiones inflamatorias, sobre todo si se asocia a un antibiótico tópico como la eritromicina. Puede irritar la piel si

se usa de modo inadecuado y decolora intensamente por contacto la ropa oscura de vestir o de cama.

- Clindamicina tópica, eritromicina tópica o ácido azelaico parecen poseer una eficacia parecida contra el *P. acnes*, pero menor que la del peróxido de benzoilo. Recientemente se ha señalado la extraordinaria eficacia de una nueva quinolona tópica, el nadifloxacino.
- Tratamientos antibióticos sistémicos con doxiciclina, minociclina o trimetoprim-sulfametoxazol (cotrimoxazol), los tres son más liposolubles que la eritromicina o la tetraciclina. La dosis diaria de minociclina o doxiciclina es de 100 mg al día. El tratamiento deberá mantenerse hasta que no aparezcan nuevas lesiones inflamatorias (aproximadamente 4-8 semanas).

### Tratamientos dirigidos a reducir la producción de sebo

- Isotretinoína oral (ácido 13-cis-retinoico): Es un metabolito de la vitamina A capaz de disminuir la producción sebácea de tal manera que, incluso en formas severas de acné de adolescentes, consigue alcanzar remisiones que pueden alcanzar los 2 o 3 años. El tratamiento dura entre 4 o 5 meses a dosis de 0,5 a 1 mg/kg/día por vía oral hasta dosis totales acumuladas de unos 100-120 mg/kg. Resulta el tratamiento de elección cuando existe riesgo de cicatrices, pero tanto la prescripción como el control deberá realizarlo un dermatólogo experimentado.

### Cuándo y cómo debe tratarse un acné

El tratamiento debe realizarse a partir del momento en que el familiar o el paciente consulten, sin necesidad de esperar la aparición de lesiones graves. Cada tipo de lesión tiene un tratamiento específico y es menester saber escoger según la clínica el más adecuado en base

al tipo de lesión predominante. El tratamiento habitual se dirige a reducir la inflamación y evitar la proliferación del *P. acnes*. Todos los tratamientos tópicos deben aplicarse sobre la zona afecta y no sobre cada una de las lesiones individuales. Al iniciar los tratamientos es posible que aparezca una dermatitis irritativa con enrojecimiento y descamación de la piel que pueden llegar a ser molestos. Es imprescindible explicar bien los efectos secundarios del tratamiento, y hay que empezar por concentraciones bajas y espaciar las primeras aplicaciones (Tabla 5).

## Tratamiento dependiendo del tipo de la lesión y la gravedad

### Acné comedogénico no inflamatorio

Un acné con barrillos en frente (Figura 2) y en área paranasal, típico del inicio de la pubertad, puede ser tratado con tretinoína tópica una vez al día. El ácido salicílico, el adapaleno y el ácido azelaico, así como el ácido glicólico, resultan opciones menos eficaces. El tratamiento deberá mantenerse durante meses. Puede resultar aconsejable asociar un antibiótico tópico para evitar la aparición de lesiones pustulosas (Tabla 6).

**Tabla 5.** Conceptos esenciales sobre cuándo y cómo tratar un acné

- Tratar desde el inicio, cuando consulten
- Adecuar el tratamiento a la lesión: tipo predominante, extensión y gravedad
- Efectuar siempre tratamientos completos y prolongados
- Explicar bien la posibilidad de nuevos futuros brotes, por lo que el tratamiento tópico debe ser mantenido durante años, aunque pueda ser suspendido durante los meses en que se tome el sol
- Dar importancia a lo que se receta
- No esperar respuesta antes de 2 meses
- Mínimo dos fármacos, muchas veces tres. ¡Nunca monoterapia!
- Exigir controles periódicos y revisar el cumplimiento del tratamiento

### Acné inflamatorio leve

Acné caracterizado por pápulas y pústulas con menos comedones y sólo en la cara (Figura 3). Se puede iniciar sólo con un antibiótico tópico (eritromicina) asociado a peróxido de benzoilo.

### Acné inflamatorio moderado

Si existen más lesiones pustulosas y comedones se pueden combinar la tretinoína (predominio de comedones) o el peróxido de benzoilo (mayoría de lesiones pustulosas) con un antibiótico tópico y/o sistémico dependiendo de la severidad de las pústulas y de la afectación o no del tronco.

**Tabla 6.** Algunas opciones de tratamiento según tipo y gravedad de las lesiones

Acné comedogénico, no inflamatorio	Tretinoína o isotretinoína tópicas +/- antibiótico tópico
Acné inflamatorio superficial leve	Antibiótico tópico y peróxido de benzoilo
Acné inflamatorio moderado	Derivado retinoico con un antibiótico tópico y/o oral Siempre que predominen las pústulas, o si hay afectación de pecho y/o espalda: derivado retinoico tópico o P. de benzoilo con un antibiótico oral
Acné inflamatorio grave	Isotretinoína oral (derivar al dermatólogo)

### Acné inflamatorio grave

Implica la aparición de nódulos o quistes (infrecuente antes de los 13 años) con inflamación importante (Figura 4). Es aconsejable que un dermatólogo valore la necesidad de iniciar un tratamiento con isotretinoína oral y practicar el necesario seguimiento posterior.

Como conclusión final, cabe recordar que el acné

es una enfermedad frecuente y a menudo grave para el que la sufre. Dispone de un tratamiento muy efectivo que debe iniciarse en el momento en que el paciente consulta y que el riesgo de dejar cicatrices en los acnés moderados y graves es elevado y evitable con un buen tratamiento. Cuando en un acné bien valorado y bien tratado no se obtenga la respuesta esperada, es menester derivar el paciente al dermatólogo.

### Bibliografía

- Cunliffe WJ. A pocket guide to acne. London: Science Press, 1988.
- Cunliffe WJ. Nuevos conceptos en el tratamiento del acné. Londres, Martin Dunitz ed., 1994.
- Garriga M, Ricos G, García-Tornel S, Vicente A. Acné en el adolescente. *Act Ped Esp* 1996; 54: 640-652.
- Gelmetti C, Menni S, Grimalt R. Les acnes de cause externe. *Rev Int Pediatr* 1994; 241: 13-20.
- Grimalt R, Mirada A. L'acne una malaltia que requereix tractament. *Pediatr Cat* 1999; 59: 190-197.
- Grimalt R. Adolescencia e imagen: Acne. En: Psicopediatría del Adolescente. Sasot Llevadot J, Moraga Llop FA. Eds. Prous Science 1996, Barcelona.
- Grimalt R, Mascaró JM, Ferrando J, Lecha M. Macronodular iatrogenic acne due to aminopeptine. *Eur J Dermatol* 1999; 9: 491-492.
- Hurwitz S. Disorders of the sebaceous and sweat glands. In: Hurwitz S. Clinical pediatric dermatology. Philadelphia, Saunders ed., 1993; 136-163.
- Leyden JJ. Therapy for acne vulgaris. *N Engl J Med* 1997; 336: 1156-1162.
- Shalita AR. Periodic synopsis: Acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 1987; 16: 410-412.