

## AURORA GUERRA

Profesora titular de Dermatología.  
Universidad Complutense, Madrid. Jefa de sección de Dermatología.  
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.



## ACNÉ: GUÍA DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO

El acné es una inflamación crónica de la unidad pilosebácea de la cara y parte superior del tronco que afecta al 85% de la población durante la adolescencia y la juventud. Y la guía de tratamiento en el acné debe llevarla a cabo el médico respondiéndose a una serie de preguntas. La primera: ¿Es un acné? En la cara y, en menor proporción, en espalda, hombros y pecho aparecen una serie de lesiones variadas que conforman un aspecto polimorfo: seborrea y comedones (no inflamatorias), pápulas y pústulas (inflamatorias superficiales), nódulos y quistes (inflamatorias profundas), y máculas y cicatrices (residuales).

De todas ellas la más significativa es el comedón, que manifiesta la obstrucción y taponamiento por sebo y queratina del canal folicular. Puede ser abierto (vulgarmente llamado espinilla, o punto negro), o cerrado, más difícil de visualizar, que es una pequeña elevación de la superficie de la piel, dura y de color blanquecino-amarillento. En algún momento de la evolución del comedón, tanto abierto como cerrado, la queratina irrumpe en el interior de la dermis y se comporta como un cuerpo extraño. Frente a ello la piel reacciona con un infiltrado inflamatorio y la aparición de eritema, abultamiento y pus.

¿Qué tipo de acné? Cuando predominan los comedones es un acné no inflamatorio, mientras que en el inflamatorio abundan pápulas, pústulas, nódulos y quistes. Esta distinción tiene interés a la hora de instaurar un tratamiento preferentemente comedolítico o antiinflamatorio y antibacteriano. ¿Qué grado de acné? La Escala Española de Gravedad del Acné (GAE) clasifica su gravedad de acuerdo a la impresión

óptica comparándolo con una serie de imágenes estandarizadas.

¿Cuál es la causa? Aunque la causa básica se desconoce, la teoría patogénica más aceptada considera el acné como un fenómeno secuencial: los andrógenos inducen una producción de sebo excesiva y una hiperqueratinización del folículo, que junto a una anormal descamación del epitelio de éste provoca su obstrucción (el comedón) e inflamación, circunstancia que favorece la multiplicación bacteriana, en especial del *Propionibacterium acnes*, que exacerba la clínica y todo el círculo que constituye la patogenia del acné.

Conviene señalar que, aparte del habitual acné del adolescente (11-18 años), podemos hablar en función de la edad de acné neonatal (hasta los 2 años de edad), infantil (2-6 años) y prepuberal (7-10 años), con una presencia entre poco frecuente y excepcional.

### En función de la clínica

Ya en el terreno del acné del adolescente (vulgar, polimorfo), hay que considerar otras alteraciones de la fisiología de la pubertad. En chicas jóvenes con otros signos de androgenización hay que valorar la posibilidad de síndrome de ovario poliúístico, que cursa con oligomenorrea con o sin quistes, pero también del llamado síndrome SAHA (iniciales de seborrea, acné, hirsutismo y alopecia), una enfermedad sistémica importante con riesgo elevado de síndrome metabólico y alteraciones cardíacas.

Y en este terreno podemos mencionar

la relación entre insulina, dieta y acné. Hoy sabemos que los alimentos con alta carga glicémica y la leche y sus derivados (a través de factores que contienen IgF-1) causan la hiperinsulinemia que provoca esos cambios metabólicos que favorecen el acné.

También podemos ver acné exoriado en personas con la pulsión de rascarse, que realmente obedece a un trastorno obsesivo compulsivo; acné por fármacos (anticonvulsivantes, anabolizantes), como resultado de una reacción acneiforme sistémica; acné conglobata, con lesiones muy extensas, que puede presentar la llamada tétrada de oclusión folicular (foliculitis decalvante del cuero cabelludo, hidrosadenitis y quiste dermoide) y requiere tratamiento muy intenso y continuado; y acné que loide, que presenta pequeñas lesiones pero con gran respuesta cicatricial que van a dejar secuelas irreversibles y duraderas.

### Tratamiento tópico

Abordaremos la terapéutica a partir del tratamiento tópico y del peróxido de benzoilo, que mantiene su vigencia e interés por su acción queratolítica, antibacteriana y sebastática. Habitualmente se utiliza entre el 2,5% y 10%, se puede aplicar 1-2 veces al día dependiendo de la tolerancia, porque produce irritación y descamación, y es seguro en el embarazo, algo que no ocurre con muchos medicamentos.

Los retinoides tópicos son derivados de la vitamina A que se emplean en muchos otros procesos dermatológicos (psoriasis, ictiosis, etc.) y poseen acción queratolítica y

antiinflamatoria. El más utilizado en el acné es adapaleno (al 0,1%), por ser menos irritante, pero también disponemos de tretinoína (0,025%, 0,05% y 0,1%), isotretinoína (0,05%), e incluso tazatreno, el más irritante de ellos.

Los antibióticos tienen únicamente acción sobre las lesiones inflamadas superficiales. Los más utilizados en el tratamiento del acné son eritromicina (al 2%) y clindamicina, en forma de fosfato o clorhidrato (1%). La mejoría se establece a las 6 semanas de tratamiento. No obstante, es bien sabido que pueden producir resistencias cruzadas. Ante el aumento de éstas, podemos limitar el uso prolongado de monoterapia antibiótica o asociarla con otros fármacos (peróxido de benzoilo, adapaleno), multiplicando así la potencia de sus efectos y reduciendo los efectos secundarios, por lo que este tipo de combinación es hoy la tendencia en boga.

El peróxido de benzoilo mantiene su vigencia por su acción queratolítica, antibacteriana y sebastática

En el tratamiento tópico, las asociaciones de fármacos mejoran los resultados terapéuticos

### Tratamiento sistémico

En ocasiones debemos pasar al tratamiento oral, por la propia importancia clínica del acné, por el incumplimiento del tratamiento tópico por parte del paciente o porque hay asociadas otras alteraciones a combatir. Los antibióticos orales tienen interés fundamentalmente en el tratamiento del acné inflamatorio. Doxiciclina y minociclina parecen ser igual de eficaces a dosis de 100 mg/d, pero el primero es habitualmente más utilizado porque con minociclina existe mayor posibilidad de provocar una toxicodermia grave, el síndrome DRESS.

La terapia hormonal con antiandrogénos está únicamente indicada en las chicas con algún signo de hiperandrogenismo. El más usado y eficaz es el acetato de ciproterona, que reduce de forma marcada la

producción de sebo a la dosis de 50-100 mg/d. Desde hace unos meses ha surgido la polémica con una combinación de acetato de ciproterona y un estrógeno, etinilestradiol, usada también como anticonceptivo, que ha sido retirada en Francia por un riesgo excesivo de tromboembolismo venoso. En realidad, se trata de un buen medicamento que requiere un buen manejo, y del que no podemos prescindir en el tratamiento del acné en mujeres con algún signo de androgenización.

Finalmente llegamos al gold standard del tratamiento antiacneico actual, la isotretinoína, un retinoide de especial interés por su acción múltiple: reduce la secreción sebácea, la cantidad de P. acnes, y actúa como antiinflamatorio.

En los últimos años ha cambiado la prescripción de este fármaco, ya que antes se empleaba sólo en formas muy graves, noduloquísticas, pero hoy en día se utiliza para casi todos los casos, puesto que utilizado adecuadamente es un fármaco seguro. Así, en la actualidad está indicado también en acné resistente a los tratamientos convencionales, acné prolongado, acné que produce lesiones cicatriciales de forma precoz y acné que provoca una repercusión psicológica importante.

Los efectos secundarios de isotretinoína, dosis dependientes, incluyen la exacerbación precoz de los síntomas en el primer mes, por lo que es imprescindible avisar al paciente; la sequedad de piel y mucosas, con queratitis en el 100% de los casos; la elevación de lípidos y transaminasas, que exige analíticas previas; artralgias y mialgias, aunque son poco frecuentes, y la posibilidad de hipertensión intracraneal cuando se combina con tetraciclinas. No obstante, el riesgo más importante de la isotretinoína es su carácter teratogénico, lo que limita su uso en la mujer fértil porque provoca daños al feto incompatibles con la vida.

Isotretinoína es el gold standard del tratamiento sistémico

El acetato de ciproterona (antiandrogénico) sigue siendo de elección en chicas con signos de androgenización

