

MITOS EN ACNÉ

Aurora Guerra Tapia

Este libro ofrece una información que, en un lenguaje cercano y accesible a la vez que científicamente impecable, desempeña una función primordial en la evolución de la enfermedad y en el establecimiento y progresión del tratamiento. Se trata de la relación médico-paciente, de cómo ésta determina la capacidad del profesional sanitario para interferir en creencias y mitos del paciente que puedan perjudicar o entorpecer su proceso terapéutico y de los elementos básicos de la comunicación que intervienen en esta relación.

Esta obra, de hecho, trata sobre los mitos dentro de la medicina, las creencias irracionales que puede tener un paciente en relación con su enfermedad, con las causas de ésta y con los posibles tratamientos. Creencias, además, profundamente arraigadas en el paciente o en sus familiares, que, en principio, gozan de más credibilidad y confianza que cualquier diagnóstico basado en la realidad y en el método científico.



NDX-MITOS OTC



MITOS EN ACNÉ

Aurora Guerra Tapia

MITOS EN ACNÉ

Aurora Guerra Tapia

mitos en **Acné**

Aurora Guerra Tapia

Jefa de Sección de Dermatología
del Hospital Universitario «12 de Octubre».
Profesora titular de Dermatología
y directora del Departamento de Dermatología
de la Universidad Complutense de Madrid.
Presidenta de la Sección Territorial Central de la Academia
Española de Dermatología y Venereología (AEDV)
y presidenta de la Sociedad de Dermatología
de la Comunidad Autónoma de Madrid (DERMAS)

Edita:



©2009 Aurora Guerra Tapia
©2009 Ilustraciones: Sergio Garrido
©2009 EDICIONES MAYO, S.A.
Aribau, 185-187 / 08021 Barcelona
Segre, 29 / 28002 Madrid

ISBN: 978-84-9905-002-7

Depósito legal: B-49.506-08
Preimpresión: M4 Autoedición Asociados, S.L.
Impresión: Press Line
Impreso en España – *Printed in Spain*

Reservados todos los derechos. No se puede reproducir ninguna parte de esta publicación, ni almacenarla en un sistema recuperable, ni transmitirla por ningún medio electrónico, mecánico, fotocopiado, en discos, ni por cualquier otra forma, sin la previa autorización escrita de los propietarios del *copyright*. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

El empleo de los nombres registrados, marcas registradas, etc., en esta publicación, no significa –incluso en ausencia de una declaración explícita– que tales nombres están exentos de las leyes y reglamentos protectores pertinentes y que por tanto pueden emplearse libremente.

Responsabilidad de productos: el editor no puede garantizar los datos sobre la posología y aplicaciones de los medicamentos indicados en este libro. En cada uno de los casos, el usuario tiene que comprobar su precisión consultando otra literatura farmacéutica.

www.edicionesmayo.es

SUMARIO

Presentación	IV
Comunicación médico-paciente	V
El acné lo producen el chocolate y otros alimentos grasos como el chorizo o los frutos secos <i>Influencia de la dieta en el acné</i>	1
El acné sólo se produce en la adolescencia <i>Acné persistente o de la mujer madura</i>	5
Cuanto más te lavas la cara menos acné tienes, pues eliminas la infección <i>Significado de la higiene en el acné</i>	9
El tabaco no influye en el acné y, en todo caso, puede mejorar su evolución <i>Los fumadores presentan un acné más intenso y persistente</i>	13
El acné es sólo un problema estético sin importancia <i>Impacto psicológico del acné</i>	15
Tomar el sol es bueno para que desaparezca el acné <i>Acné y exposición solar</i>	19
Quitándote los granos, el acné desaparece <i>La manipulación de las lesiones empeora el acné</i>	23
En época de exámenes me aumenta el acné a causa de los nervios <i>Importancia del estrés en la aparición del acné</i>	27
El acné está relacionado con el sexo <i>La actividad sexual, incluida la masturbación, o la abstinencia no tienen efectos sobre el acné</i>	30
Cuando se tiene acné, no se pueden usar cosméticos <i>Posibilidades cosméticas en caso de acné</i>	33

Presentación

«¿De qué servirá que atesoréis muchas verdades si no las sabéis comunicar? Para comunicar la verdad, es menester persuadirla, hay que hacerla amable; es menester despojarla del oscuro científico aparato, simplificarla, acomodarla a la comprensión general e inspirarle aquella fuerza, aquella gracia que, fijando la imaginación, cautiva victoriosamente la atención de cuantos la oyen.»

JOVELLANOS

A la ciencia le gustan las verdades absolutas. Nosotros, los servidores de ella, buscamos para agradarla evidencias rigurosas, términos estrictos, conclusiones definitivas. Pero no me atrevería a descartar que en esa actitud tan ortodoxa no exista un cierto grado de prepotencia.

¿Deberíamos tal vez ser más comprensivos con el error? Recordemos que la ciencia aprende de sus equivocaciones. No en vano dijo Edison, cuando le preguntaron cuántos fracasos tuvo que soportar antes de lograr su magnífico invento: «¿Fracasos? ¿Qué fracasos? ¡Yo he diseñado las mil maneras de cómo no hacer una bombilla!».

Así pues, en este libro hemos querido –de una forma afectuosa– sacar punta al lápiz del error. Pretendemos recordar las ideas confusas que circulan entre los pacientes con acné, y argumentar de forma razonable y comprensible, con un cierto tono divulgativo –que no vulgar–, con el fin de aportar herramientas a los informadores (médicos, padres, profesores...) y a todos aquellos que, de una u otra forma, se relacionan con esta enfermedad.

Las falsas creencias a menudo están tan firmemente arraigadas en la tradición que es difícil para el médico argumentar en su contra. El diseño de este libro pretende aportar los elementos de juicio necesarios para ello, apoyándose en la literatura reciente internacional en torno al tema.

Esperamos que resulte de utilidad, para que el axioma del escritor británico Phyllis Bottome («Nada hay de definitivo en un error, salvo que se le tome por definitivo») siga cumpliéndose.

Aurora Guerra Tapia

Comunicación médico-paciente

Begoña Aguirregabiria Rubio

Psicóloga.

Máster en Psicología Clínica.

Consultora en RR.HH.

Profesora de Psicología y Comunicación en la EUNCET-UPC

(Escola Universitària de Negocis de Caixa de Terrassa-Universitat Politècnica de Catalunya)

INTRODUCCIÓN

Cuando decidiste estudiar Medicina, seguramente una de tus motivaciones fue la de ayudar a los demás: tratar su enfermedad, mitigar su dolor, prevenir recaídas... Posiblemente, durante tu periodo de formación admiraste, y aún admiras, a algún profesional que para ti era o es un modelo de referencia. ¿Qué admirabas en esa persona? Sus conocimientos, su experiencia, sus habilidades... Es posible que también admiraras algunas de las características de su personalidad: su seguridad, su capacidad de conectar de forma empática con el paciente, su habilidad para conducir una entrevista, sus dotes de comunicación, la confianza que sabía transmitir... De todas aquellas cosas que admiraste o aún admiras en esa persona, algunas se enseñan en la facultad de medicina. Otras, sin embargo, no aparecen (al menos de forma explícita) en ningún manual ni están programadas en ninguna asignatura de la carrera.

De todas las habilidades profesionales, curiosamente, la más valorada por los pacientes en un profesional médico no es su nivel de conocimientos (eso se da por supuesto), sino su capacidad de comunicarse de forma efectiva y afectiva con las personas. También es el mayor motivo de quejas expresadas por pacientes y familiares, y la mayor causa de insatisfacción en la relación médico-paciente.

Saber comunicar, entre otras cosas, supone ser capaz de crear, dentro del marco de la entrevista clínica, un clima facilitador en el que el médico, el paciente y sus familiares puedan expresarse de forma adecuada. Es la habilidad para obtener del paciente una explicación completa y ajustada a la realidad de su enfermedad tal como él la está experimentando. Esta información te ayudará a realizar un mejor diagnóstico y una orientación terapéutica más adecuada.

Hablar de comunicación en medicina es tratar de un concepto muy complicado. En él se engloban una serie de habilidades que es preciso desarrollar, potenciar y, en algunos casos, adquirir.

A menudo, cuando trato con profesionales médicos de estos temas, escucho la frase: «Yo es que soy así; ni puedo ni quiero ni tengo tiempo para hacer de psicólogo».

Bueno, es que nadie te pide que lo seas. Se ha comprobado que en atención primaria, en más de la mitad de los casos, una buena comunicación ha proporcionado un diagnóstico correcto y, en casi la totalidad de ellos, ha sido la causa de un mayor cumplimiento terapéutico. Esto es especialmente llamativo cuando se trata de asesorar al paciente sobre cambios de hábitos o de estilos de vida: reducir o suprimir el tabaco y el alcohol, cambiar hábitos de conductas, mejorar comportamientos inadecuados asociados al estrés, la ansiedad, el trabajo, etc. ¿Por qué? Creo que la respuesta ya la conoces: porque en estos casos es imprescindible haber conseguido crear un vínculo entre el médico y el paciente basado en la CONFIANZA y el RESPETO mutuos.

En este libro vamos a tratar los mitos dentro de la medicina. En el diccionario se define «mito» como «historia o relato que altera las verdaderas cualidades de una persona o de una cosa y le da más valor del que tiene en realidad». Si te fijas, en esta última frase reside el principal peligro de los mitos dentro de la medicina: las creencias irracionales que puede tener un paciente en relación con su enfermedad, con las causas de ésta y con los posibles tratamientos. Y esas creencias están, además, tan profundamente arraigadas en el paciente o en sus familiares que, en principio, tienen más valor y les otorgan más credibilidad y confianza que cualquier diagnóstico basado en la realidad y en el método científico. A veces, estas creencias no son peligrosas y «los remedios» no suponen riesgo para el paciente (las famosas hierbitas de la abuela), sino que más bien actúan como una especie de placebo para ellos y son compatibles con el tratamiento adecuado. Sin embargo, todos sabemos que en otros muchos casos pueden ser –y, de hecho, son– peligrosas para el bienestar y la salud del paciente y, en algunas ocasiones, además son incompatibles con el diagnóstico médico y con el tratamiento adecuado.

En la práctica clínica de la psicología nos encontramos con frecuencia con estas creencias, que suelen estar asociadas a determinadas patologías (juego patológico, trastornos de la conducta alimentaria, trastorno obsesivo-compulsivo...). Entendemos perfectamente tu inquietud y, en muchos casos, también tu impotencia para contrarrestar, desde la razón, creencias del todo irracionales. Y a menudo ahí está nuestro error: la lucha de la razón y de la emoción. Los mitos tienen una base fundamentalmente emocional y suelen estar tan arraigados en el sistema de creencias del paciente o de sus familiares que resulta una lucha desigual e injusta. En algunos casos, además, a esa creencia se le asocia una fuerte carga emocional basada en el miedo, en el temor que subyace a la idea del paciente de dejar de hacer algo que «se ha hecho en su familia o en su pueblo durante toda la vida y nunca ha causado daño a nadie». En otros casos, resulta difícil explicar a determinados pacientes por qué el estilo de vida que llevan o el estrés que van acumulando es una de las principales causas que explican su patología. Puede ocurrir también que, aunque te crean, piensen que les resultará «imposible» cambiar su estilo de vida, o que se justifiquen diciendo que «no tienen tiempo» para incorporar hábitos más saludables en su vida. Y un largo etcétera, que seguro que con tu experiencia clínica podrías ampliar sobradamente.

Ante este estado de cosas, a menudo solemos refugiarnos en una actitud emocionalmente distante y puramente clínica. Nos limitamos a informar y, como consideramos que son adultos, dejamos la decisión final en sus manos.

Pero informar es transmitir datos y generalmente se trata de un proceso unidireccional que va del emisor al receptor. No tiene mucho que ver con la comunicación, y mucho menos con la comunicación persuasiva, que tiene como objetivo fundamental provocar cambios en las creencias y en los comportamientos de la otra persona.

Para conseguir establecer con el paciente una auténtica comunicación persuasiva, tenemos que aprender a «conectar» con la realidad interior del otro, con su sistema de creencias, con sus valores, con sus miedos, con sus motivaciones y con sus deseos y necesidades. Ya sé que eso no es fácil. Pero también sé que es posible y que lo haces en multitud de ocasiones al cabo del día (aunque no siempre te des cuenta de ello).

En principio, partimos de una situación que nos es claramente favorable: el paciente está en tu consulta, delante de ti y, en principio, ha acudido voluntariamente a solicitar tu ayuda. Ha optado por acudir a un profesional de la medicina, y no a un curandero (por ejemplo). Tiene cierta disposición positiva que le hace acudir a ti en busca de ayuda, de consejo y de tranquilidad. Bien, aprovechemos esta situación favorable y procuremos dirigirla a nuestro favor.

ESTABLECIENDO LAS BASES DE LA CONFIANZA

Recuerdo que en la facultad nos hablaban de la importancia de la entrevista clínica como herramienta fundamental de evaluación y diagnóstico. Establecían diferentes tipos de entrevistas en función de parámetros bien diferenciados y nos aconsejaban desarrollar una serie de habilidades como entrevistadores clínicos. Seguro que te resulta familiar, ¿no? Personalmente, recuerdo esas clases como muy frías, en ocasiones, demasiado teóricas. La práctica clínica me ha demostrado (y seguro que a ti también) que cada paciente es diferente y que lo que te sirvió para conectar con el Sr. Gómez no te vale de nada con la Sra. Hernández, ni con el hijo del Sr. Ramírez, que es un «ciber-enterado» y antes de venir a verte ha consultado decenas de páginas web y llega a tu consulta con un diagnóstico de lo que tiene su padre (y hasta un tratamiento experimental que hacen en «no sé qué» hospital de Estados Unidos).

En cualquier caso, es importante comprender cada caso en concreto y actuar en consecuencia. Vamos a ver algunos aspectos que pueden ayudarte a conseguirlo.

El lenguaje en la entrevista clínica

El lenguaje es el vehículo de comunicación del que disponemos para conectar con los demás. Pero también es la principal causa de problemas, malentendidos y discusiones, en ocasiones innecesarias.

En el ámbito de la comunicación persuasiva, decimos que para conseguir crear un clima facilitador en la entrevista es importante prestar atención, no sólo a qué digo, sino también, y muy especialmente, a cómo digo lo que digo. Es decir, al lenguaje no verbal (gestos, postura corporal, distancias interpersonales, mirada, expresiones faciales, entorno físico...) y al paralenguaje (entonación, ritmo, volumen, inflexiones, silencios...). A continuación, vamos a tratar cada uno de estos aspectos de forma independiente.

Lenguaje verbal

Es el contenido de la comunicación. Son las palabras que utilizamos para hablar con los demás. Pero las palabras no están exentas de carga emocional. Empezar con determinadas preguntas puede ayudarnos a establecer una comunicación adecuada y un clima de mutua confianza. Sintetizando, es importante conseguir información en dos planos: ¿qué le está pasando? y ¿cómo está afectando esto a su vida? Preguntas que pueden formularse de forma muy diferente. No es lo mismo preguntar «¿qué problema tiene?» que decir «¿en qué puedo ayudarle?». En la primera formulación, hay cierta carga emocional negativa que no tenemos por qué utilizar. En la segunda, hay un mensaje positivo, una invitación a hablar de forma abierta y una predisposición positiva por nuestra parte, que el paciente, de forma consciente o inconsciente, recibirá. Si, además, cuando la formulemos emitimos signos no verbales coherentes con la frase (mirar a la cara, dejar el bolígrafo sobre la mesa y dar muestras de escucha activa e interesada, etc.), estaremos reforzando este clima facilitador, tan importante al comienzo de la entrevista.

Al preguntarle al paciente cómo está afectando la enfermedad a su vida y cómo lo sobrelleva, estaremos entrando en el plano más emocional de la enfermedad y podremos descubrir sus estrategias de afrontamiento y sus recursos, tanto personales como familiares, el apoyo que tiene de su entorno familiar para el seguimiento de los tratamientos, los apoyos sociales de los que dispone, si son facilitadores del cumplimiento terapéutico o, por el contrario, una clara dificultad para el seguimiento de éste, etc.

Al establecer el diagnóstico, es importante no limitarse a decir qué patología tiene y cómo vamos a tratarla. A las personas cada vez les gusta más tener un papel activo en su enfermedad. Preguntas del tipo «¿qué sabe usted de esta enfermedad?» o «¿qué le gustaría saber de la enfermedad?» no sólo le ayudarán a involucrar más al paciente en la entrevista, sino que le serán útiles para conseguir captar mejor su atención y, lo que es incluso más importante en el tema que nos ocupa, a descubrir ideas erróneas en relación con su patología (cuál cree el paciente que es el desencadenante que pudo provocar su enfermedad, la importancia que le concede a ésta o al seguimiento del tratamiento, las ideas irracionales al respecto, las ideas de culpa, de ira, etc.).

Procura, siempre que puedas, evitar la formulación de las preguntas que empiecen con «¿por qué...?». Este término puede resultar algo invasivo, inquisitivo y, en ocasiones, puede ser percibido por el paciente como una pregunta-examen a la que le resulta difícil contestar.

Igual estás pensando que todo esto está muy bien, pero «¿qué pasa con el tiempo del que dispongo para cada visita?» El tiempo que vas a utilizar en indagar este tipo de cuestiones es más o menos el mismo que utilizarías en otro tipo de entrevista, pero invertido de forma inteligente. Te aseguro que te evitará problemas o complicaciones posteriores.

Lenguaje no verbal

Gran parte de las primeras impresiones que tenemos de alguien están basadas en la interpretación que hacemos de los signos no verbales. El lenguaje no verbal está

en la base de muchos de nuestros estereotipos o prejuicios en relación con alguna persona que acabamos de conocer. Posiblemente, habrás escuchado alguna vez eso de «nunca tendrás una segunda oportunidad de causar una primera buena impresión». Bien, pues esa buena impresión inicial nos entra por la vista: desde cómo va vestida una persona, su aspecto físico en general, hasta la forma en que nos saluda o el tono en el que nos dirige las primeras frases.

Aspectos como el saludo, la acogida, el ambiente del despacho, el primer contacto visual cuando alguien entra por nuestra puerta, recibir al paciente de pie, estrechar su mano mirándole a los ojos de forma amistosa, saludar a sus acompañantes con igual cordialidad e indicarles con un gesto de acogida que tomen asiento son pequeños detalles facilitadores que no cuestan ni tiempo ni dinero y nos aportan, a cambio, muchas ventajas.

El lenguaje no verbal tiene, además, una característica curiosa: funciona como un espejo. De forma consciente o inconsciente, las personas tendemos a «devolver», a reflejar lo que vemos en la conducta no verbal del otro. Si nos reciben con armonía, responderemos con confianza; si nos reciben con frialdad, responderemos con autodefensa y protección.

El lenguaje no verbal acompaña a nuestras palabras, las matiza y refuerza. De poco servirá que aprendamos a formular las preguntas correctas si éstas no van acompañadas de un lenguaje no verbal coherente con las palabras que emitimos. Porque, además, cuando observamos contradicción entre lo que me dicen y cómo me lo dicen, ¿a qué crees que hacemos más caso? Efectivamente, al cómo, es decir, al lenguaje no verbal y al paralenguaje que acompaña las palabras. Frases del tipo: «Me dijo que no me preocupara, que no tenía importancia, pero me lo dijo de una manera que..., no sé, creo que me ocultó algo», ¿acaso no te resultan familiares? El modo es tan importante como el contenido. No debemos olvidarlo si nuestra intención es persuadir a alguien de que cambie de comportamiento y de creencias.

Presta atención también al lenguaje no verbal de tu paciente y al de sus acompañantes. Te ayudará a ver si están siguiéndote, si te estás expresando con claridad y si estás consiguiendo o no conectar con ellos. Te dará pistas útiles no sólo de lo que dicen o creen y te expresan abiertamente, sino, y posiblemente lo más importante, de lo que no se atreven a decir o de lo que están callando de forma deliberada. Vigila también con especial cuidado el lenguaje no verbal que se da entre ellos. A veces, con una observación detallada de su interacción podrás intuir quién lleva el peso de la relación y, por lo tanto, quién desempeñará un papel crucial en el cumplimiento terapéutico o en la base de las creencias irracionales sobre su enfermedad.

El paralenguaje

Son rasgos que acompañan a las palabras y que les confieren un significado determinado. El tono en el que decimos algo, el volumen que empleamos al hacerlo, las inflexiones que utilizamos, el cómo somos capaces de provocar o de tolerar los silencios...

Imagina que alguien te dice: «Muy bien, estoy muy satisfecho con tu rendimiento. Sigue así», y que, al hacerlo, te mira a los ojos con una sonrisa franca, te aprieta levemente el brazo con la mano, emplea un tono de voz sincero y cercano, y acompaña sus palabras con gestos de afirmación con la cabeza; seguro que te sientes bien porque esta persona te está transmitiendo su satisfacción con tu trabajo. Intenta imaginar la misma frase, pero en este caso, la persona que te la dice está alejada físicamente de ti, te mira de reojo, utiliza un tono sarcástico en sus palabras y al decir «tú sigue así» la entonación de sus palabras es claramente amenazadora. En este caso, seguramente, la emoción que te ha transmitido no es de satisfacción, sino más bien todo lo contrario, y tú comienzas a pensar que más vale que cambies algunas cosas o, si no, te verás mandando tu currículo a todos tus posibles contactos.

¿Qué ha cambiado? La frase es la misma, luego el lenguaje verbal utilizado es idéntico en ambos casos. Sin embargo, la idea transmitida y la emoción provocada son diametralmente opuestas en el primer y en el segundo caso. No ha cambiado qué te ha dicho; lo que sí ha sido diferente es cómo te lo ha dicho: el lenguaje no verbal y el paralenguaje empleados en cada caso.

Deberemos emplear un lenguaje no verbal y un paralenguaje adecuado en cada caso y coherente con el mensaje verbal que queremos transmitir. La empatía y el autocontrol emocional son armas importantes para conseguir tus objetivos, especialmente en el caso que nos ocupa, porque cuando se trata de rebatir un mito, no sólo tenemos que enseñar al paciente algo nuevo, sino que, además, tenemos que hacer que «desaprenda» lo que él creía que era cierto, para que luego «aprenda» lo correcto.

Empatía y autocontrol son dos de las habilidades que debemos poner en marcha al intentar tratar los mitos en medicina. Pero no son las únicas. Seguro que te suena (a lo mejor hasta estás cansado de oírlo) el término «inteligencia emocional», acuñado por el psicólogo estadounidense D. Goleman en su libro del mismo nombre. Independientemente de la opinión que te merezca el libro o su autor, en él se tratan factores que han sido investigados por la psicología durante años.

Uno de estos factores es la autoconciencia, el conocimiento que tenemos de nosotros mismos, de nuestros puntos fuertes y también, y muy especialmente, de nuestras limitaciones. Por ejemplo, todos sabemos, más o menos, qué tipo de situaciones nos hacen sentir mal, qué tipo de pacientes nos resultan más complicados de tratar o con cuáles nos resulta más difícil establecer una comunicación eficaz. Ahora bien, igual no tenemos tan claro por qué con ellos y no con otros: ¿qué hacen o dicen, o no hacen ni dicen, qué funciona en mí como un detonante que me «secuestra» emocionalmente y me hace no ser tan eficaz comunicador como puedo serlo con otras personas o en otras situaciones? Tratar de averiguarlo con honestidad personal y profesional es un trabajo que está en nosotros mismos y un largo camino que te invito a emprender con motivación y entusiasmo.

¡Ánimo y suerte!, porque no existen las «fórmulas mágicas» (son un mito).

El acné lo producen el chocolate y otros alimentos grasos como el chorizo o los frutos secos

Influencia de la dieta en el acné

El porqué del mito

«Doctora, realmente no puedo con el niño. Estoy harta de decirle que no coma chocolate, ni chorizo...»

¡Pues nada! Él sigue, erre que erre, comiendo lo que no debe. Y así no hay forma de que desaparezcan esos granos. ¿Verdad, doctora, que tiene que hacer dieta?

Estas palabras, y otras parecidas, las hemos escuchado los dermatólogos en infinidad de ocasiones. Incluso algunos médicos mantienen esta vieja creencia y se muestran reticentes a cambiar de idea. Y en los últimos años, se ha reactivado la polémica en algunos medios.

¿Por qué este convencimiento, por otro lado tan frecuente en la sociedad, ha de obligar a menudo a algunos adolescentes inquietos



por su aspecto físico a sufrir, además, limitaciones en su forma de alimentación?

¿Por qué algunos pacientes insisten en que, cuando se saltan las normas que ellos mismos o su familia han impuesto, se confirma que empeoran?

¿Por qué algunos pacientes afirman que, cuando comen chocolate o chorizo, al día siguiente tienen un grano nuevo?

¿Por qué ocasionalmente, en la literatura científica, se sigue tratando este tema como si aún no estuviese resuelto?

No todo es blanco o negro: el gris también existe en el acné

Estudios científicos extensos y rigurosos no han encontrado evidencias de que algún alimento produzca o empeore el acné. Sin embargo, otros estudios científicos ocasionales han relacionado la dieta rica en hidratos de carbono con el aumento de estas lesiones. ¿Existe, por tanto, una polémica en torno al tema? Sí existe, pero en términos científicos, que llevan a una postura definida en la que la dieta *no es o sí es importante*, según los casos: el blanco y el negro.

«El blanco»

La ingestión de grasas puede hacer que un paciente con acné aumente de peso. Pero eso no quiere decir que aumente la producción de sebo, uno de los factores causales del acné, ni que por su ausencia disminuya su producción.

El sebo (esto es, el producto de secreción de la glándula sebácea) está compuesto por escualeno, ésteres de las grasas y triglicéridos. Se produce bajo la influencia de los andrógenos –las hormonas masculinizantes de origen gonadal (testículos y ovarios) o suprarrenal–, que controlan el tamaño de la glándula y su actividad. Esta acción tiene lugar a partir de la pubertad, con el paso de la testosterona a 5-alfa-dihidrotestosterona gracias a la acción de la 5-alfa-reductasa presente en la glándula sebácea.

En todo este proceso, los alimentos grasos no intervienen. Por tanto, el tipo de alimento que se ingiera no determina una mayor producción de andrógenos, ni de sebo, ni de acné. Además, experimentos realizados en grupos de población similares pero con dos tipos de dieta (rica en grasas o escasa en grasas) no han demostrado una diferencia significativa en la evolución de la afección cutánea.

Otros estudios con alimentos concretos tampoco han demostrado una relación suficiente. Uno de los que se han implicado últimamente es la leche, y también los derivados lácteos. Así, por ejemplo, una investigación reciente realizada sobre 4.273 jóvenes con un estilo de vida similar pero con diferentes costumbres en

cuanto a la inclusión de leche en el tipo de alimentación demostró que existía una relación positiva entre el consumo de leche desnatada y el acné. Los investigadores especulan que la asociación puede estar causada por hormonas (como el factor de crecimiento tipo insulina I [IGF-I, del inglés *insulin-like growth factor type I*] bovino) presentes en la leche de vaca; pero esto no se ha demostrado definitivamente. Por otra parte, el marisco puede contener niveles relativamente altos de yodo, un elemento que puede inducir una erupción acneiforme (*iodides*) o empeorar un acné ya existente, si bien probablemente este efecto no es suficiente como para causar un brote de acné tan sólo por comer marisco.

«El negro»

Es conocido por la comunidad científica que uno de los factores que determinan la existencia y persistencia del acné es el padecimiento del síndrome metabólico, ya sea en su totalidad o de forma parcial. Este síndrome tiene, como punto neurálgico, la resistencia a la insulina y todas las consecuencias que de ella se derivan:

- Hiperinsulinemia compensadora.
- Tolerancia anómala a la glucosa.
- Diabetes mellitus tipo 2.
- Dislipemia aterogénica.
- Obesidad central o visceral.
- Hipertensión arterial.
- Hiperuricemia.
- Alteraciones hemorreológicas y de la fibrinólisis.
- Disfunción endotelial.
- Elevación de marcadores inflamatorios.
- Ovarios poliquísticos.
- Hiperandrogenismo (seborrea, acné, hirsutismo, alopecia).

El hiperinsulinismo aumenta los andrógenos circulantes al disminuir las concentraciones plasmáticas de globulina ligadora de hormonas sexuales (SHBG, del inglés *sex hormone-binding globulin*). La disminución de SHBG determina un aumento de la secreción de la glándula sebácea al incrementar la testosterona libre que después se transforma en 5-alfa-dihidrotestosterona, con una acción importante, como apuntábamos anteriormente, sobre la función de la glándula sebácea.

Uno de los factores que empeoran el hiperinsulinismo es la elevada ingestión de productos con alta carga glucémica, esto es, alimentos ricos en azúcares refinados que producen de forma rápida un aumento de la glucemia.

Por eso, el tratamiento de este síndrome se fundamenta en la pérdida de peso mediante una dieta hipocalórica y baja en alimentos de elevada carga glucémica. A través de esta «dieta», puede ser que un paciente acneico con un síndrome metabólico incipiente mejore de sus lesiones.

Además, en el tejido graso se produce un metabolismo local de andrógenos, de modo que cuando este tejido es abundante (lo que sucede en la obesidad) pueden producirse más andrógenos que contribuyen a la existencia y persistencia del acné.

«El gris»

No existe ningún alimento que haga que aparezca o persista el acné, pero en los pacientes con sobrepeso y síndrome metabólico, una reducción de peso mediante dieta hipocalórica puede mejorar la clínica cutánea.

¿Qué hacer?

Lo más aconsejable es seguir una dieta equilibrada, sana y variada, rica en frutas y verduras, sin prohibiciones, pero sin abusar de los alimentos grasos o con una elevada carga glucémica, procesados o refinados.

En los casos de obesidad, se recomienda una reducción de peso mediante una dieta hipocalórica equilibrada.

Si algún paciente observa un empeoramiento con un alimento concreto, no debe consumirlo, ya que aunque no exista una implicación científica, no podemos olvidar que no hay enfermedades sino enfermos.

Bibliografía

- Adebamowo CA, Spiegelman D, Berkey CS, Danby FW, Rockett HH, Colditz GA, et al. Milk consumption and acne in teenaged boys. *J Am Acad Dermatol*. Mayo 2008; 58(5): 787-793.
- Danby FW. Acne and diet. *Ann Dermatol Venereol*. Enero 2008; 135(1): 9-11.
- Katsambas A, Dessinioti C. New and emerging treatments in dermatology: acne. *Dermatol Ther*. Marzo-abril 2008; 21(2): 86-95.
- Liepa GU, Sengupta A, Karsies D. Polycystic ovary syndrome (PCOS) and other androgen excess-related conditions: can changes in dietary intake make a difference? *Nutr Clin Pract*. Febrero 2008; 23(1): 63-71.
- Smith RN, Braue A, Varigos GA, Mann NJ. The effect of a low glycemic load diet on acne vulgaris and the fatty acid composition of skin surface triglycerides. *J Dermatol Sci*. Abril 2008; 50(1): 41-52.
- Smith R, Mann N, Mäkeläinen H, Roper J, Braue A, Varigos G. A pilot study to determine the short-term effects of a low glycemic load diet on hormonal markers of acne: a nonrandomized, parallel, controlled feeding trial. *Mol Nutr Food Res*. Junio 2008; 52(6): 718-726.
- Treloar V, Logan AC, Danby FW, Cordain L, Mann NJ. Comment on acne and glycemic index. *J Am Acad Dermatol*. Enero 2008; 58(1): 175-177.
- Webster GF. Commentary: Diet and acne. *J Am Acad Dermatol*. Mayo 2008; 58(5): 794-795.
- Wu TQ, Mei SQ, Zhang JX, Gong LF, Wu FJ, Wu WH, et al. Prevalence and risk factors of facial acne vulgaris among Chinese adolescents. *Int J Adolesc Med Health*. Octubre-diciembre 2007; 19(4): 407-412.

El acné sólo se produce en la adolescencia

Acné persistente o de la mujer madura

El porqué del mito

«Doctor, el otro día salí con unos amigos y me dieron ganas de llorar. No tenían por qué decirme que creían que las maduritas ya no tenían acné...»

...¡Pero es que llevan razón! Yo tampoco comprendo muy bien cómo a mis 34 años todavía tengo estos granos. Además, cuando voy a tener la regla, se me ponen peor. Me salen gordos, profundos y dolorosos. Sobre todo en la barbilla y alrededor de la boca. Son pocos, pero me duran tanto, que cuando se me curan los de una menstruación, ya me están saliendo otros. Y los tratamientos no me funcionan...

Cuando una paciente (porque generalmente son mujeres) dice cosas como éstas, en cierto modo se siente única, desgraciada e infelizmente excepcional. Sin embargo, aunque al acné vulgar durante muchas décadas se le ha llamado «acné juvenil» porque la mayoría de los afectados son adolescentes, cada vez con mayor frecuencia se encuentran pacientes de 25, 30 o 40 años, o incluso de más edad, que todavía tienen este tipo de lesiones cutáneas.

Aunque tú no lo creas, tenemos más de una cosa en común



¿Es que ha aumentado la prevalencia del acné en los adultos?

¿Acaso ha cambiado la presentación y evolución de la enfermedad?

¿O bien es la biología de los individuos la que ha cambiado?

Existe un moderado porcentaje de pacientes «jóvenes adultas» con acné

La sociedad como ente con una forma de vida propia ha cambiado, y también los términos que hacen referencia a la edad. La independencia económica o el momento de tener hijos, por ejemplo, se han extendido en el tiempo y cada vez son más avanzados los grupos etarios que alcanzan un estatus de vida estable socialmente. De ahí el término de «jóvenes adultos» o «jóvenes maduros» que se utiliza en la actualidad para referirse a los individuos de entre 25 y 40 años, al considerarse que, aunque por edad son adultos, su comportamiento social es juvenil.

Parece que el acné hubiese asumido también este «retraso», pues ahora se da más en los sujetos de mayor edad que hace unas décadas. Pero siempre ha existido acné más allá de la adolescencia, y aunque se deben estudiar sus posibles alteraciones concomitantes, no ha de extrañarnos su presencia en estas edades.

En la actualidad, la prevalencia del acné en los adultos es de un 3% en los varones y de un 11-12% en las mujeres, y disminuye significativamente a partir de los 45 años.

¿Cómo es?

Suele tratarse de acnés leves o moderados, de tipo inflamatorio, con pocos comedones, que afectan sobre todo a la cara, la región perioral, el mentón y la rama mandibular.

Se distinguen dos grandes grupos según la clínica:

1. *Acné persistente (82%)*. Los pacientes refieren acné desde la adolescencia. Tienen lesiones la mayoría de los días y pueden experimentar exacerbaciones durante la menstruación. Las lesiones suelen ser papulonodulares, sobre todo en la parte inferior de la cara y el cuello.
2. *Acné de comienzo tardío*. Se manifiesta después de la pubertad y puede ser dividido en:
 - a. *Acné del mentón*. Inflamatorio, con lesiones periorales y en el mentón, en el que no suelen encontrarse comedones. Afecta a mujeres y cursa con exacerbaciones premenstruales. Suele ser resistente a los tratamientos y produce eritema postinflamatorio, con hipo o hiperpigmentación y cicatrices.

b. *Acné esporádico*. Aparece más tarde, sin razón aparente o asociado a alguna enfermedad sistémica. Puede afectar a cualquier localización.

El porqué

Las razones de la persistencia del acné en la edad adulta no se conocen del todo, pero contamos con algunos datos. Por ejemplo, el 50% de los pacientes tienen antecedentes de familiares de primer grado con acné postadolescencia. De hecho, el riesgo de padecer acné del adulto si se tiene un familiar de primer grado con este proceso es de 3,93.

También se sabe que existe una mayor secreción de sebo en mujeres con acné persistente que en aquellas que no tienen acné. Aproximadamente el 85% de las mujeres afectadas refieren un empeoramiento premenstrual. Y alrededor de un tercio presenta datos de hiperandrogenicidad, como hirsutismo, alopecia o alteraciones menstruales, o algún dato clínico o bioquímico de síndrome metabólico.

¿Qué hacer?

Aunque la mayoría de las pacientes no presentan trastornos hormonales evidentes, deben realizarse pruebas complementarias del tipo:

- Sulfato de dihidroepiandrosterona (SDHEA), que revela la alteración de las hormonas suprarrenales.
- Testosterona, que recoge la actividad ovárica.
- Hormona luteinizante-hormona foliculostimulante (LH/FSH, del inglés *luteinizing hormone-follicle stimulating hormone*), que confirma un ovario poliquístico.
- Prolactina, para determinar un posible trastorno hipofisario.

Los análisis deben realizarse entre los días 1 y 5 del ciclo menstrual. A esto deben añadirse un hemograma, un perfil hepático, una determinación de glucosa, un perfil lipídico y un estudio de antitrombina III, ya que muchas de estas pacientes necesitarán tratamientos sistémicos y el empleo de anticonceptivos. Para algunos autores, la determinación de antitrombina III sería insuficiente para determinar un presunto diagnóstico de trastorno de la coagulación, pero, hoy por hoy, sigue siendo la prueba recomendada.

Dado que la respuesta terapéutica suele ser lenta, debe motivarse a las pacientes para el cumplimiento de la medicación. Una combinación de tratamientos tópicos y orales sería lo ideal. El tratamiento del acné en mujeres adultas difiere en general del de los adolescentes, en los que las lesiones son más resistentes a las terapéuticas convencionales, y en muchos casos debe considerarse el uso de isotretinoína oral en dosis bajas o intermitentes, el empleo de antiandrógenos como acetato de ciproterona, y los tratamientos tópicos específicos y cosméticos que colaboren en el resultado.

Es importante dedicar tiempo y energía a estas pacientes, ya que el impacto del acné sobre su calidad de vida puede ser mayor incluso que en los adolescentes.

Bibliografía

- Goulden V, McGeown CH, Cunliffe WJ. The familial risk of adult acne: a comparison between first-degree relatives of affected and unaffected individuals. *Br J Dermatol*. 1999; 141: 297-300.
- Guerra Tapia A. Estudio epidemiológico descriptivo transversal y aleatorio sobre la prevalencia del acné en los jóvenes españoles de 18 a 24 años de edad. *Actual Dermatol*. 2003; 10: 789-795.
- Marks R. Acne and its management beyond the age of 35 years. *Am J Clin Dermatol*. 2004; 5(6): 459-462.
- Schäfer T, Nienhaus A, Vieluf D, et al. Epidemiology of acne in the general population: the risk of smoking. *Br J Dermatol*. 2001; 145: 100-104.
- Shaw JC, White LE. Persistent acne in adult women. *Arch Dermatol*. 2001; 137(9): 1.252-1.253.
- Thielitz A, Krautheim A, Gollnick H. Update in retinoid therapy of acne. *Dermatol Ther*. 2006; 19: 272-279.
- Williams C, Layton AM. Persistent acne in women. Implications for the patient and for therapy. *Am J Clin Dermatol*. 2006; 7(5): 281-290.

Cuanto más te lavas la cara menos acné tienes, pues eliminas la infección

Significado de la higiene en el acné

El porqué del mito

«Mi madre dice que soy sucia, que no me lavo la cara como Dios manda, y que así no me puedo curar...»

...Que al no lavarme como debo no elimino la infección de la piel sino que la extiendo, y que cada vez tendré más granos. Yo me dejo el flequillo largo para tapar al menos los de la frente... Y dice que así aumento la suciedad, que la esparzo, y que no me curaré... ¡nunca! Pero desde hace dos semanas me lavo tres veces al día con un jabón especial, y todavía tengo más granos con pus. Ya no sé qué hacer: si lavarme todavía más o pasar de todo. Estoy triste y desanimada...

Miro a la paciente con comprensión. Tengo que explicarle qué es el acné, por qué se produce, si la higiene debe ser especial, si la considero sucia, si todo le pasa por no cuidarse adecuadamente...



Además de tener acné, se siente culpable.

Pero no tiene la culpa.

Me dispongo a explicarle...

¿Es el acné una infección?

El papel exacto que la microflora cutánea desempeña en el desarrollo de la patología acneica, fundamentalmente en la comedogénesis y la inflamación, todavía está sujeto a controversia.

La piel sana es muy resistente a las infecciones, pues en ella se encuentran una serie de bacterias que residen allí sin causar infección y se denominan flora saprofita, habitual o residente. Estos organismos son relativamente estables en número y proporción. Existe un segundo grupo de organismos que pueden también encontrarse en la piel de forma transitoria (flora transitoria), y un tercer grupo que puede colonizar ocasionalmente la piel en una minoría de individuos y que recibe el nombre de flora asociada.

La flora saprofita es la responsable de la síntesis de ácidos grasos libres en los lípidos de superficie, que ejercen una acción bacteriostática y fungostática. La flora habitual la integran, en superficie, cocos grampositivos como *Staphylococcus* sp. y *Micrococcus* sp., y bacilos gramnegativos como *Corynebacterium* sp.; sólo reside un bacilo gramnegativo, *Acinetobacter* sp. En los folículos, además de esta flora superficial, se encuentran bacterias anaerobias como *Propionibacterium* sp. en las zonas profundas, y más superficialmente, levaduras como *Pityrosporum* sp.

La infección puede ser un proceso primario cuando aparece sobre piel sana, secundario si se da en una piel alterada (quemaduras, eccemas, traumatismos, etc.), o terciario cuando supone la afectación cutánea de una infección sistémica (como sucede en las endocarditis bacterianas, en los síndromes mediados por toxinas estreptocócicas o estafilocócicas, etc.).

Si bien en la superficie de la piel y en los folículos pilosebáceos tanto normales como afectados por acné se han aislado tres gérmenes residentes (*Propionibacterium acnes* y los estafilococos coagulasa-negativos predominantes *Staphylococcus epidermidis* y *Pityrosporum* sp.), el microorganismo predominante en las regiones sebáceas de la piel es el *P. acnes*. Éste crece en el folículo sebáceo y se ve transportado hacia la superficie cutánea por el flujo del sebo, del que metaboliza la fracción de triglicéridos. Su íntima relación con la glándula sebácea implica que no esté presente en la infancia, aumentando de forma rápida en la pubertad.

Sin embargo, que esté presente no quiere decir que cause infección, ya que, por una parte, la cuantificación bacteriana en la superficie de la piel no sólo no ha mostrado relación con el grado de acné, sino que no se ha encontrado un mayor número de *P. acnes* en la piel de los acneicos en comparación con la de adultos

sanos. Por otra parte, el perfil microbiológico del cultivo del contenido de los comedones ha mostrado escasas diferencias, tanto cualitativas como cuantitativas, con el de los folículos normales. Finalmente, el hecho de que algunos niños prepúberes tengan comedones y no se haya aislado el *P. acnes* en ellos demuestra que esta bacteria no es necesaria para la formación del comedón.

Por tanto, el acné no es una infección.

¿Es importante el microorganismo «*Propionibacterium acnes*» en la génesis del acné?

Los pacientes con acné poseen, en su superficie cutánea y en los comedones, un alto contenido de lípidos derivados de la oxidación del escualeno. Las reacciones de oxidación, con la consiguiente reducción del oxígeno, pueden estimular el crecimiento de la flora anaeróbica y, más concretamente, de *P. acnes*. Las porfirinas producidas por este microorganismo catalizan a su vez la oxidación del escualeno, repitiéndose el proceso. Este hecho sugiere una posible relación entre la comedogénesis y la colonización bacteriana secundaria del folículo, apoyando la teoría de que los microorganismos colonizan el folículo una vez que existe la lesión comedoniana inicial. El momento de la colonización podría ser crítico en cuanto a la instauración de la lesión inflamatoria, su gravedad y su duración, pero no explicaría su génesis.

Es también posible que *P. acnes* contenga un superantígeno que en individuos con predisposición genética desencadene la inflamación. Esta bacteria produce factores quimiotácticos leucocitarios que atraen a linfocitos y polimorfonucleares que, a su vez, inducen los cambios inflamatorios precoces del folículo. Los neutrófilos pueden estar presentes en comedones aparentemente intactos, lo que sugiere que los factores inflamatorios solubles podrían difundirse desde ellos, no siendo imprescindible que dichas lesiones se rompieran. La liberación de enzimas hidrolíticas por parte de los neutrófilos podría, además, dañar la pared folicular, provocando una interrupción en el epitelio, con la subsiguiente salida de lípidos, bacterias y células cornificadas a la dermis, y produciendo de este modo una reacción a cuerpo extraño. También *P. acnes* elabora, por sí mismo, proteasas y otras enzimas degradativas que pueden participar en la ruptura de los comedones.

Por tanto, en el acné existe un factor microbiológico causal que no cumple los criterios de una infección convencional, pero sí influye decisivamente en su etiopatogenia.

¿Influye una mala higiene en el acné?

Dado que en ningún momento se ha demostrado que el acné se produzca por una mala higiene, no es preciso seguir un modelo de higiene especial. Hay personas muy desaseadas (indigentes, por ejemplo), y no por ello tienen acné.

Incluso, si la higiene es excesiva, el lavado vigoroso con jabones agresivos puede llegar a alterar la función de barrera cutánea, favoreciendo la irritación, la entrada de otros microorganismos y la posible sensibilización frente a los tratamientos tópicos específicos.

¿Qué hacer?

Es preciso llevar una higiene normal, adecuada a cada tipo de piel, con jabones suaves, no irritantes.

No hay que acusar al paciente acneico de descuidado o sucio: no se tiene menos acné por lavarse más.

Bibliografía

- Abramovits W, González-Serva A. Sebum, cosmetics, and skin care. *Dermatol Clin.* 2000; 18(4): 617-620.
- Draelos ZD. The effect of a daily facial cleanser for normal to oily skin on the skin barrier of subjects with acne. *Cutis.* Julio 2006; 78 Supl 1: 34-40.
- Guerra Tapia A. Sana y limpia. La higiene y cuidado de la piel a través de los tiempos. Madrid: You&Us, 1998; 3-7.
- Guerra Tapia A, Aizpun Ponzán M, Guillén Barona C, Sánchez Conejo-Mir J, Soto Delas J. Estudio epidemiológico descriptivo transversal sobre la actitud, comportamiento y satisfacción en acné de los dermatólogos españoles (estudio ACS). *Actual Dermatol.* 2002; 11: 899-905.
- Poli F. Soins cosmétiques et acné. *Rev Prat.* 2002; 52: 859-862.
- Viyoch J, Pisutthanan N, Faikreua A, Nupangta K, Wangtorpol K, Ngokkuen J. Evaluation of in vitro antimicrobial activity of Thai basil oils and their micro-emulsion formulas against *Propionibacterium acnes*. *Int J Cosmet Sci.* Abril 2006; 28(2): 125-133.

El tabaco no influye en el acné y, en todo caso, puede mejorar su evolución

Los fumadores presentan un acné más intenso y persistente

El porqué del mito

«Doctor, me gustaría mejorar mi salud en general y dejar de fumar. Pero como tengo acné...»

...Aunque ya he cumplido los 35, y he oído que el tabaco va bien para los granos, estoy dudando qué hacer... ¿Qué me aconseja?

Es obvio que cualquier médico sabe que el tabaco perjudica seriamente la salud, y habitualmente recomienda con firmeza que se suprima esta adicción. Pero algunos defensores contumaces alegan que el tabaco posee ciertas virtudes, como es la de mejorar el acné.

Están confundidos.



Relación entre tabaco y acné

El tabaco es un producto vegetal que se obtiene de las **hojas** de varias **plantas** del género **Nicotiana**. Su particular contenido en nicotina lo convierte en adictivo. Se comercializa legalmente en todo el mundo, si bien está sometido a numerosas restricciones para ser fumado en muchos países, ya que posee efectos adversos para la salud pública.

Su composición incluye el alcaloide *nicotina*, presente en las hojas en proporciones variables (desde menos del 1% hasta el 12%). El resto es el llamado *alquitrán*, una sustancia oscura y resinosa compuesta por varios agentes químicos (cianuro de hidrógeno, monóxido de carbono, dióxido de carbono, óxido de nitrógeno, amoníaco, etc.), muchos de los cuales se generan como resultado de la combustión.

Actualmente, un 38,8% de la población española mayor de 15 años es fumadora. Según datos de 2001, un 27,2% de las mujeres se reconocen fumadoras, frente al 22,9% que lo hacía en 1987. Por tanto, proporcionalmente, la mujer ha aumentado su actividad como fumadora.

El acné persiste a menudo en la edad adulta, si bien no se conoce del todo el porqué. Sin embargo, parece claro que el tabaco se comporta como un factor promotor del mantenimiento de la enfermedad. Se ha visto que entre las mujeres fumadoras de entre 25 y 50 años es más frecuente la aparición de acné (41,5 frente a 9,7%) y además, clínicamente, se trata de acnés no inflamatorios (con micro y macrocomedones). En otro estudio que incluía a hombres y mujeres con edades de entre 1 y 87 años también se encontró una mayor prevalencia de acné entre fumadores (40,8%) que entre no fumadores (25,2%). Parece, por tanto, que el tabaco es un factor agravante de un acné preexistente o un desencadenante de acné en personas predispuestas.

¿Qué hacer?

El tabaco es un factor promotor del acné y debe ser eliminado entre los pacientes que padecen esta afectación, tanto si son fumadores activos como pasivos.

Bibliografía

- Capitani B, Sinagra JL, Ottaviani M, et al. «Smoker's acne»: a new clinical entity? Br J Dermatol. 2007; 157: 1.070-1.071.
- González-Guerra E. El tabaco y la prevalencia del acné. Estudio de una posible asociación (tesina de licenciatura). Propiedad de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Junio de 2002.
- Schäfer T, Nienhaus A, Vieluf D, et al. Epidemiology of acne in the general population: the risk of smoking. Br J Dermatol. 2001; 145: 100-104.
- Shaw JC, White LE. Persistent acne in adult women. Arch Dermatol. 2001; 137(9): 1.252-1.253.
- Thielitz A, Krauthaim A, Gollnick H. Update in retinoid therapy of acne. Dermatol Ther. 2006; 19: 272-279.

El acné es sólo un problema estético sin importancia

Impacto psicológico del acné

El porqué del mito

«Me siento diferente, no tengo ganas de estudiar, ni de salir de casa...»

...A veces quisiera dormirme y despertar cuando ya no tuviera granos.

—Yo ya le he dicho a mi hija que se quede tranquila. Los granos siempre acaban desapareciendo y no hay que preocuparse. Nadie se muere de acné. ¿A que tengo razón, doctor?

Pues no, no tiene razón. Porque aunque es cierto que nadie se muere de acné, un paciente puede sentirse tan mal que tenga ganas de morirse.

¿Cómo me va a llamar con esta pinta?...



La salud es un concepto mucho más amplio que la ausencia de enfermedad, pues incorpora todos los factores físicos, psicológicos y sociales que pueden influir en la vida de un individuo. Algunas dermatosis que no repercuten de forma trascendental en el buen funcionamiento físico del organismo, como sería el caso del acné, pueden ser mucho más impactantes que otras y alterar la estabilidad emocional del individuo, repercutiendo sobre su actividad y su desarrollo vital. Probablemente esta repercusión suponga un estrés capaz, por sí mismo, de producir descargas hormonales que podrían a su vez exacerbar, precipitar o mantener la enfermedad cutánea original, formándose así un círculo vicioso de incalculables consecuencias psicológicas.

El acné y la calidad de vida

La salud es una parte esencial, tal vez la más importante, de la felicidad. Y el aspecto físico es, a la vez, un componente esencial de la salud física y psíquica.

Los adolescentes sufren, en el amplio sentido de la palabra, cuando padecen acné. Y, además, este sufrimiento puede desembocar en trastornos de la personalidad, depresión o alteraciones en la capacidad de relación. Así, las alteraciones cutáneas inestéticas que aparecen en la pubertad pueden inducir personalidades introspectivas y solitarias, o por el contrario, agresivas y antisociales.

En el Estudio epidemiológico descriptivo transversal sobre la prevalencia del acné en la población adolescente española, una investigación llevada a cabo en nuestro país y que tenía como objetivo conocer la repercusión psicológica del acné, se encontraron datos como éstos:

- Al 73,03% de los jóvenes entrevistados les preocupa padecer acné.
- El 38,27% de los jóvenes con acné grave o moderado han dejado de salir de casa por este motivo.
- En el 20,7% de los casos el acné ha afectado a sus estudios.
- En el 48,7%, el acné ha interferido en sus relaciones con personas del sexo opuesto.
- El 30% han tenido problemas con sus compañeros.

Pero ni el acné es patrimonio único de la adolescencia ni la forma de vivirlo es muy diferente en la edad adulta. Entre los jóvenes adultos se da una importante repercusión psicológica por causa del acné. Las alteraciones cutáneas inestéticas que aparecen en la mitad de la vida suelen producir ansiedad, inseguridad, depresión e insomnio, con sus consiguientes efectos negativos sobre los aspectos social, familiar y sexual, a los que se deben añadir los inconvenientes laborales. Está demostrado que, en igualdad de condiciones, al paciente con acné le resulta más difícil encontrar empleo que al que no lo padece. Incluso una vez curado, las cicatrices irreversibles dejan secuelas permanentes que marcan física y psicológicamente al afectado.

Con todo, son menos los adultos jóvenes –más maduros que los adolescentes– que manifiestan malestar debido a su acné (el 22,8% de los jóvenes que padecen acné

están muy preocupados por ello). Sin embargo, aunque el porcentaje es menor, no lo es su grado de repercusión sobre la calidad de vida.

El estar preocupado (esto es, tener el ánimo embargado, mantener el pensamiento fijo en un asunto o contingencia), cuando es un estado permanente, equivale a un trastorno grave de la calidad de vida que puede interferir con las ocupaciones habituales del paciente. Las relaciones sociales y afectivas se ven influidas en mayor medida que otras actividades, ya que la mayor intensidad de la repercusión se produce en las interacciones con el sexo opuesto y los amigos. Esta preocupación es más intensa en la mujer, en la joven, que se siente más vulnerable frente a las alteraciones estéticas que el varón. Algunos datos sobre ello:

- El 26,3% de los jóvenes con acné grave han dejado de asistir a clase en alguna ocasión por este motivo.
- El 17,65% de los jóvenes con acné grave han dejado de quedar en grupo con amigos por el acné en alguna ocasión.
- El 46,75% de los jóvenes con acné han anulado o retrasado una cita con una persona del otro sexo por el acné en alguna ocasión.
- El 22,01% de los jóvenes con acné han evitado hacer deporte por el acné en alguna ocasión.

Los sentimientos negativos hacen su aparición ligados al hecho de padecer acné en la edad adulta. Los más reconocidos son vergüenza (22,4%), rabia (19,1%), angustia (17%), irritación (16%) y desesperación (15,4%). (Todos estos datos proceden del Estudio epidemiológico descriptivo transversal y aleatorio sobre la prevalencia del acné en los jóvenes españoles de 18 a 24 años de edad.)

En el reciente trabajo de Tan et al. (2007), llevado a cabo en Hong Kong sobre 522 personas de 15 a 25 años de edad, se demuestra que el 52,2% de los participantes padecía acné y el 26,2% mostraba alteraciones emocionales —cuando menos, pérdida de la autoestima— debidas a su acné, si bien sólo un 2,4% acudió al médico. En el cuestionario que respondieron sobre el impacto psicosocial de su acné, el 22,4% respondieron que con frecuencia o todo el tiempo estaban pensando en su acné, el 32% que con frecuencia o todo el tiempo mantenían la preocupación por la presencia de elementos de acné en su cara, y el 19,2% tenían un sentimiento de frustración.

Los pacientes con acné declaran padecer efectos emocionales y funcionales debidos a su enfermedad comparables a los descritos por pacientes con psoriasis, y el acné puede provocar peores efectos psicosociales que el eccema o la psoriasis. Además, cuando se ha comparado con otras enfermedades, los pacientes con acné describían niveles de problemas emocionales, psicológicos y sociales mayores que los descritos por pacientes con enfermedades crónicas severas como el asma, la epilepsia, la diabetes, la lumbalgia o la artritis. Así, en estudio de comparación con otras enfermedades dermatológicas, Gupta y Gupta (1998) encontraron que los pacientes con acné moderado-leve presentaban mayor ideación suicida (5,6%) que los pacientes con alopecia *areata* (0%), dermatitis atópica (2,1%) o psoriasis que afectaba a menos del 30% de la superficie corporal (2,5%).

¿Qué hacer?

El acné no es una enfermedad trivial, tanto si se la considera de forma aislada o en comparación con otras enfermedades crónicas.

La importante repercusión psicológica del acné en la calidad de vida obliga a considerar este proceso como una enfermedad seria que precisa un tratamiento adecuado y precoz por parte del especialista.

Bibliografía

- Aktan S, Ozmen E, Sanli B. Anxiety, depression and nature of acne vulgaris in adolescence. *Int J Dermatol.* 2000; 39: 354-357.
- Cunliffe WJ. Unemployment and acne. *Br J Dermatol.* 1986; 115: 386.
- Guerra Tapia A. Estudio epidemiológico descriptivo transversal sobre la prevalencia del acné en la población adolescente española. *Actual Dermatol.* 2001; 11: 1-6.
- Guerra Tapia A. Estudio epidemiológico descriptivo transversal y aleatorio sobre la prevalencia del acné en los jóvenes españoles de 18 a 24 años de edad. *Actual Dermatol.* 2003; 10: 789-795.
- Guerra Tapia A, Camacho FM. Aspectos psíquicos del acné. Influencia terapéutica. *Monogr Dermatol.* 2008; 21: 111-123.
- Gupta MA, Gupta AK. Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *Br J Dermatol.* 1998; 139(5): 846-850.
- Magin P, Pond C, Smith W, Watson A, Goode S. A cross-sectional study of psychological morbidity in patients with acne, psoriasis and atopic dermatitis in specialist dermatology and general practices. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 26 de junio de 2008 (publicación electrónica).
- Mallon E, Newton JN, Klassen A, Stewart-Brown SL, Ryan TJ, Finlay AY. The quality of life in acne: a comparison with general medical conditions using generic questionnaires. *Br J Dermatol.* 1999; 140: 672-676.
- Pawin H, Chivot M, Beylot C, Faure M, Poli F, Revuz J, et al. Living with acne. A study of adolescents personal experiences. *Dermatology.* 2007; 215(4): 308-314.
- Pearl A, Arroll B, Lello J, Birchall NM. The impact of acne: a study of adolescents, attitudes, perception and knowledge. *N Z Med J.* 1998; 111: 269-271.
- Smithard A, Glazebrook C, Williams HC. Acne prevalence, knowledge about acne and psychological morbidity in mid-adolescence: a community-based study. *Br J Dermatol.* 2001; 145: 274-279.
- Tan HH, Tan AWH, Yan XY, Zhu M. Community-based study of acne vulgaris in adolescents in Singapore. *Br J Dermatol.* 2007; 157: 547-551.

Tomar el sol es bueno para que desaparezca el acné

Acné y exposición solar

El porqué del mito

«Doctora, además del tratamiento que me ha puesto, voy a tomar el sol todo lo que pueda. Así se secarán los granos y me curaré, ¿verdad?»

...Es lo que dice mi abuela...

Aunque el 70% de los pacientes con acné mejoran por la acción del sol, un 30% puede empeorar llamativamente. La decisión de considerar la luz solar como una terapéutica coadyuvante depende de factores individuales.



El sol y el acné, una moneda de dos caras

Que el acné mejora con la acción del sol es una creencia universal. Son muchos los jóvenes que durante el verano notan una disminución de las lesiones. De hecho, las consultas al dermatólogo por este motivo disminuyen de forma drástica durante el citado periodo de tiempo, reapareciendo con intensidad en las primeras semanas después del descanso vacacional. Sin embargo, no siempre es cierto que el sol mejora el acné. Incluso, en algunos casos, los rayos ultravioleta pueden ser causa de la aparición o el empeoramiento de esta común enfermedad.

Efectos negativos

En la revista *Cutis* se publicó un trabajo titulado «*Acne vulgaris aggravated by sunlight*» («El acné vulgar se agrava por la luz del sol»). El estudio realizado concluye que un 30% de todos los pacientes con acné vulgar empeoran intensamente durante los meses de verano, aunque se mantenga el tratamiento antiacnéico que había demostrado su eficacia previamente. No obstante, si en esta situación se añade el empleo de un protector solar no graso, la mejoría se reinicia de forma rápida.

El conocimiento de que el acné puede empeorar por la acción de los rayos ultravioleta no es novedoso. Ya en los primeros años de la década de los setenta se describió en los escandinavos que venían a pasar sus vacaciones veraniegas a Mallorca una forma de acné que recibió, por este motivo, el nombre de «acné estival» o «acné Mallorca». Afectaba sobre todo a las mujeres de entre 20 y 40 años, se localizaba en la cara, el cuello, el tórax y los brazos, y se supuso en relación con los baños solares, aunque aún no se conoce con exactitud cuál es el mecanismo de acción que lo desencadena.

Por otra parte, las lesiones obstructivas del folículo pilosebáceo típicas del acné, los comedones (cerrados y abiertos), aparecen también como una expresión más del envejecimiento producido por el sol en las personas mayores que han recibido los rayos solares de forma lenta y continuada a lo largo de su vida, como ocurre en los agricultores, los marinos y los amantes de los deportes al aire libre. La ubicación preferida de estas lesiones son las mejillas, sobre todo en las zonas prominentes como los pómulos, y en este caso la enfermedad se conoce como elastoidosis con quistes y comedones de Favre-Racouchot.

Los pacientes que reciben tratamiento con rayos ultravioleta A con fines cosméticos o terapéuticos por otros motivos suelen presentar una mayor tendencia a la obstrucción del folículo pilosebáceo y su subsiguiente inflamación, tal como ocurre en el acné genuino.

Efectos positivos

Por otra parte, el 70% de los pacientes con acné mejoran por la acción del sol. Un trabajo publicado recientemente (2008) en el *British Journal of Dermatology* plantea la hipótesis de que la acción de la luz solar natural en estos casos pueda ejercer

una acción antiinflamatoria sobre las lesiones acnéicas, logrando disminuir la población de *P. acnes*, el germen con más protagonismo en el desarrollo y mantenimiento de la enfermedad, como ya vimos anteriormente. El estudio se fundamenta en la evolución de las lesiones de 107 pacientes de acné tratados únicamente con una parte del espectro solar natural de una longitud de onda determinada (correspondiente a la luz visible azul y roja), comparando después los resultados con los de un tratamiento tópico convencional. Las lesiones disminuyeron en un 60% con el tratamiento médico, mientras que sólo lo hicieron en un 25% en los sujetos tratados únicamente con luz. Sin embargo, este resultado es positivo, ya que demuestra que en un importante número de pacientes la luz visible emitida por el sol, o la luz azul y roja emitida por lámparas artificiales fluorescentes, puede incrementar sinérgicamente la mejoría de las lesiones de acné obtenida con otros tratamientos.

La luz como tratamiento

Como hemos comentado, la luz visible emitida por el sol o la luz azul y roja emitida por las lámparas artificiales fluorescentes constituyen una posible terapéutica coadyuvante de otros tratamientos tópicos o sistémicos.

Los medicamentos

Un dato que debemos tener en cuenta para poder recomendar o no la luz visible como tratamiento complementario en el acné es el tipo de fármacos a los que el paciente está sometido. Algunos de los más empleados en el acné, como ciertos antibióticos, pueden actuar como agentes tóxicos en presencia del sol. Otros, como los que inducen la exfoliación y la sequedad de la piel, pueden dejar ésta sumamente frágil y desprotegida frente a la acción de los rayos luminosos. Y también algunos preparados indicados en diferentes enfermedades pueden producir, por sí solos, un acné medicamentoso. En la relación de medicamentos que pueden provocar erupciones acneiformes se incluyen casi 200 fármacos, entre los cuales se encuentran los corticoides, algunas hormonas (como las contenidas en determinados anticonceptivos), ciertos antidepresivos y los complejos vitamínicos con vitaminas del grupo B. El hecho de que el mismo producto induzca acné en unos pacientes pero no en otros se debe a variaciones individuales en el metabolismo del fármaco determinadas genéticamente.

Reacciones fototóxicas

Se trata de reacciones irritativas que aparecen en todas las personas que se aplican, en cantidad y concentración suficientes, una sustancia capaz de captar la radiación luminosa y convertirse en un cromóforo, y se exponen a una fuente lumínica de longitud de onda específica para la sustancia aplicada. El cromóforo, al emitir energía a las estructuras vecinas, da lugar a los fenómenos fototóxicos.

Clínicamente, la lesión se inicia con un eritema intenso confinado a las zonas expuestas a la luz y con límites netos respecto a las zonas cubiertas, recordando a

una quemadura solar. Si el cuadro es intenso, pueden formarse vesículas y ampollas. Habitualmente se acompaña de picor o dolor. Una vez que desaparece la causa, la lesión cura dejando una descamación y pigmentación residual no permanente.

Los fototóxicos que pueden encontrarse en los cosméticos utilizados para el acné son las furocumarinas, un grupo de sustancias químicas naturales contenidas en una gran variedad de plantas (rosáceas, rutáceas, crucíferas, etc.) y en los aceites esenciales procedentes de ellas. Algunas furocumarinas naturales son el psoraleno, el 5-metoxipsoraleno (5-MOP) y el 8-metoxipsoraleno (8-MOP), presentes en las hojas de la higuera, el aceite de bergamota, la lima y el limón. Las furocumarinas se encuentran en gran cantidad de cosméticos, como las cremas, colonias, pañuelos refrescantes, etc. La llamada «dermatitis de Berloque» es la reacción fototóxica producida por la aplicación de colonias o lociones perfumadas sobre la piel seguida de una exposición solar. La clínica es muy característica, apreciándose perfectamente dibujada la zona en que ha goteado la colonia. A veces sólo se evidencia la pigmentación.

¿Qué hacer?

El sol presenta riesgos importantes de empeorar el acné para un elevado número de pacientes. No debe recomendarse como terapéutica, y debe utilizarse un fotoprotector para pieles grasas o acneicas en todos los casos.

Bibliografía

- Boldeman C, Beitner H, Jansson B, Nilsson B, Ullén H. Sunbed use in relation to phenotype, erythema, sunscreen use and skin diseases. A questionnaire survey among Swedish adolescents. *Br J Dermatol*. Noviembre 1996; 135(5): 712-716.
- Gfesser M, Worret WJ. Seasonal variations in the severity of acne vulgaris. *Int J Dermatol*. Febrero 1996; 35(2): 116-117.
- Harrison S, Hutton L, Nowak M. An investigation of professional advice advocating therapeutic sun exposure. *Aust N Z J Public Health*. Abril 2002; 26(2): 108-115.
- Sami NA, Attia AT, Badawi AM. Phototherapy in the treatment of acne vulgaris. *J Drugs Dermatol*. Julio 2008; 7(7): 627-632.

Quitándote los granos, el acné desaparece

La manipulación de las lesiones empeora el acné

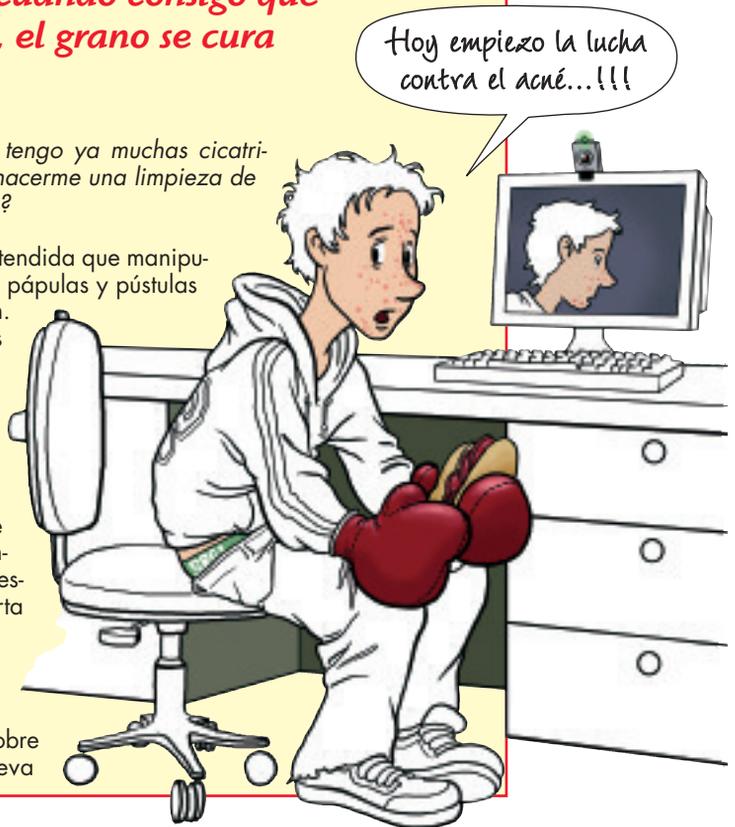
El porqué del mito

«Cada vez que siento que me está saliendo un grano, empiezo a apretarlo. A veces tarda en vaciarse, y me hago daño. Pero cuando consigo que salga el pus, el grano se cura antes...»

...Lo malo es que tengo ya muchas cicatrices. ¿Sería mejor hacerme una limpieza de cutis cada semana?

Es una creencia extendida que manipular los comedones, pápulas y pústulas acorta su evolución. Incluso para los que no están convencidos de ello, existe una pulsión casi inevitable de apretar las lesiones tanto sólidas como de contenido purulento, vaciarlas, y después sentir una cierta satisfacción.

Pero la verdad es que cualquier acción mecánica sobre las lesiones conlleva



un grave riesgo de producir mayor inflamación, una reacción a cuerpo extraño y una cicatriz más importante de lo que hubiera sido sin manipular.

¿Cómo son las lesiones de acné, macroscópica y microscópicamente?

Para comprender qué ocurre cuando se manipulan las lesiones de acné, es conveniente recordar cuáles y cómo son desde el punto de vista clínico.

Seborrea. Exceso de secreción sebácea localizada en las zonas centroracial y mediotorácica, que son las que poseen un mayor número de glándulas sebáceas. La piel aparece brillante, untuosa, con una visible dilatación del orificio de salida del folículo.

Comedón. Es la lesión más característica del acné, y manifiesta la obstrucción y taponamiento del canal folicular por sebo y queratina. Puede ser cerrado o abierto. El comedón cerrado, también denominado microquiste o miniquiste, es una pequeña elevación de la superficie de la piel, dura y de color blanquecino-amarillento. El comedón abierto, vulgarmente llamado espinilla, punto negro o «barrillo», puede aparecer plano o como una pequeña elevación dura y de color negro.

Pápula. Lesión evolutiva del comedón cerrado, que enrojece y aumenta de tamaño, alcanzando entre 1 y 5 mm.

Pústula. Elevación de la piel, de contenido purulento y profundidad variable, que se acompaña de escozor y dolor.

Nódulo. Lesión infiltrativa profunda que representa la inflamación de todo el folículo y la dermis circundante, recubierta por piel sana. Puede dar lugar a abscesos, con fluctuación y drenaje posterior del contenido.

Quiste. Elevación de la superficie de la piel, de tamaño variable, que sufre episodios inflamatorios ocasionales. Es el resultado de roturas foliculares previas, con inflamación y encapsulamiento.

Mácula. Las lesiones inflamatorias superficiales dejan, en su evolución durante un tiempo variable (que oscila entre días y meses), un cambio de coloración de tono violáceo o pardo.

Cicatriz. Lesión residual consecuencia de la destrucción de la piel, que puede ser atrófica, hipertrófica o queloide. En sus etapas iniciales tiene un color rosa intenso, violáceo o pardo.

Todas estas lesiones tienen una correlación anatomopatológica que facilita su comprensión:

Seborrea. Se manifiesta por hipertrofia de las glándulas sebáceas.

Comedón. La obstrucción del folículo pilosebáceo se inicia en la zona infrainfundibular o dérmica, por debajo de la desembocadura de la glándula sebácea en el folículo sebáceo. La queratina producida por el epitelio folicular, mezclada con el sebo de la glándula sebácea, se acumula de forma concéntrica y laminar en el folículo, que se obstruye y se dilata, causando un adelgazamiento y abombamiento hacia fuera de la pared folicular. Las glándulas sebáceas se atrofian y son reemplazadas por células epiteliales indiferenciadas. En el comedón cerrado, el orificio folicular es estrecho y no está distendido, a diferencia de lo que sucede en el comedón abierto.

Pápula. Se produce una reacción celular de la dermis adyacente, con un infiltrado inflamatorio de neutrófilos y, por último, necrosis del epitelio. Entre el infiltrado pueden persistir restos de la pared del comedón roto.

Pústula. El absceso perifolicular será sustituido por linfocitos, histiocitos y células gigantes de cuerpo extraño.

Cicatriz. En las recientes, se observa una proliferación de fibroblastos que disminuye según pasa el tiempo. En las hipertróficas y los queloides, se producen espirales de tejido fibroso y fibroblastos que causan un engrosamiento marcado de la dermis, junto con bandas gruesas (eosinófilas y acelulares) de colágeno.

¿Qué ocurre cuando se manipula una lesión de acné?

Las lesiones que suelen manipularse son los comedones, las pápulas y las pústulas. Cuando se «exprime» un comedón abierto con un buen orificio de salida (lo que vulgarmente se denomina «punto negro»), puede ser que la queratina mezclada con sebo salga con relativa facilidad. Éste es el único caso y momento en que se puede manipular una lesión de acné, y si no sale con facilidad, se debe desistir de inmediato.

Cuando se trata de un comedón cerrado, esto es, con un pequeño orificio de salida, lo más probable es que la presión ejercida sea mayor en sentido profundo que superficial y el saco comedoniano se rompa interiormente, vertiendo su contenido a la dermis. Entonces, la dermis identificará esa materia que se comporta como un cuerpo extraño como desconocida, y se producirá una intensa reacción inflamatoria con cicatriz posterior.

Lo mismo ocurre si se exprime una pápula o una pústula. Lo único que se logra es aumentar la inflamación y conseguir que se produzca una lesión más grande y más inflamada.

El caso especial del acné excoriado

Algunos pacientes, generalmente mujeres, tienen la necesidad de manipular de forma compulsiva las lesiones de acné, con independencia de la intensidad de éste. Se trata de un auténtico trastorno obsesivo-compulsivo, que ocasiona lesiones erosivas y a veces ulcerosas y costrosas. La reiteración en la manipulación y la profundidad de las lesiones determinan la intensidad de las cicatrices. El tratamiento convencional debe ayudarse de tratamiento psicoterápico.

¿Qué hacer?

Las lesiones de acné no deben tocarse ni exprimirse. Tan sólo el dermatólogo puede seleccionar qué lesiones son candidatas a ser vaciadas, que únicamente serán comedones abiertos; la manipulación debe hacerse con un instrumento apropiado (como un sacacomedones) y en condiciones adecuadas, con la suficiente asepsia y una preparación previa inmediata que favorezca la dilatación del canal y el *ostium* folicular.

Bibliografía

- Alexis AF. Clinical considerations on the use of concomitant therapy in the treatment of acne. *J Dermatolog Treat.* 2008; 19(4): 199-209.
- González-Guerra E, Guerra Tapia A. Acné en Pediatría. *Ped Rur Ext.* 2004; 34(321): 263-277.
- Guerra Tapia A, Aizpun M. *Cosmética en acné.* Barcelona: Permanyer, 2003.
- Leyden J. New developments in topical antimicrobial therapy for acne. *J Drugs Dermatol.* Febrero 2008; 7 Supl 2: s8-s11.
- Ochsendorf FR, Degitz K. Drug therapy of acne. *Hautarzt.* Julio 2008; 59(7): 579-590.
- Olutunmbi Y, Paley K, English JC III. Adolescent female acne: etiology and management. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* Agosto 2008; 21(4): 171-176.
- Wrong NM. Excoriated acne of young females. *AMA Arch Derm Syphilol.* Noviembre 1954; 70(5): 576-582.

En época de exámenes me aumenta el acné a causa de los nervios

Importancia del estrés en la aparición del acné

El porqué del mito

«Cada vez que tengo exámenes, me salen más granos...»

...Me pongo nerviosa y todo empeora. Cuando veo que tengo más acné, me pongo más nerviosa y entonces aumentan los granos. Esto es una rueda que no deja de rodar. No tengo solución.

Son tal vez demasiadas las veces que achacamos al estrés la aparición de diferentes dermatosis. En ocasiones cabría preguntarse si no lo hemos convertido en un cajón de sastre en el que echar todo lo que no está claro.

Muchos individuos sufren, a lo largo de su vida, situaciones agudas o crónicas de estrés. La muerte de un ser cercano, la presión laboral, una mudanza, una oposición... Muchos eventos vitales representan momentos de estrés para el ser humano, pero no siempre aparece, como consecuencia de ellos, un acné.

¿De qué depende, entonces?

En el acné, el estrés tiene una importancia relativa que cabe analizar.



El estrés como causa de acné

El estrés puede ejercer un papel causal en la patogenia de las dermatosis. Lazarus, en 1966, propuso un modelo en el que el estrés ejercía un papel aglutinante de estímulos y reacciones físicas y psíquicas que permite comprender muy bien cómo puede ser causa común de afectación orgánica y mental. En ocasiones ese estrés se origina de una forma aguda, cuando un acontecimiento es percibido como amenazante. No se trata, por tanto, de un mero acontecimiento externo, sino de una manera de vivir ese acontecimiento capaz de producir un estado de conmoción interna que el individuo no puede manejar y que es susceptible de concluir en perturbaciones psíquicas y físicas.

Este mismo mecanismo patogénico, pero esta vez de forma crónica, es el que tiene lugar ante una situación de estrés mantenido.

El estrés como agravante

Algunas enfermedades dermatológicas, entre las que se encuentra el acné, empeoran con la tensión emocional. Son numerosos los estudios que lo evidencian, como el realizado recientemente (2008) por Misery et al., quienes encuentran un alto nivel de estrés, sobre todo en las mujeres, con acné, psoriasis y dermatitis atópica. Resulta curioso que las dermatosis inflamatorias produzcan un mayor grado de estrés que las tumorales.

¿Cómo se establece la relación entre el acné y el estrés?

Por una parte, el estrés aumenta la excreción de esteroides suprarrenales, incluyendo los andrógenos; éstos influyen sobre las glándulas sebáceas, las cuales aumentan su producción, induciendo un estado de seborrea que puede empeorar el acné. La producción de sebo excesiva, junto con una anormal descamación del epitelio del folículo pilosebáceo, provoca la obstrucción de éste, circunstancia que favorece la multiplicación bacteriana, y especialmente la de *P. acnes*.

Por otra parte, se ha demostrado que la sustancia P (que aparece con el estrés junto con otros neuropéptidos) es capaz de aumentar, en cultivo de sebocitos, la producción de sebo y por tanto, al menos hipotéticamente, la expresión del acné. Dicho de otro modo, el estrés induce la formación de sustancia P, que en estudios al microscopio electrónico ha demostrado inducir la proliferación y diferenciación del sebocito, el cual aumenta la producción de sebo, estimulando la cadena patogénica que lleva a las lesiones acnéicas y empeorando de este modo la enfermedad.

Este hecho, que ha sido demostrado *in vitro*, se ha confirmado también *in vivo* gracias al estudio de Yosipovitch et al., de 2008, en el que estos investigadores observan un mayor efecto del estrés sobre el sebocito (y, por ende, sobre el acné) en los varones con formas papulopustulosas.

Junto a estos efectos directos se encuentran los efectos indirectos que produce el estrés, que incluyen un menor cumplimiento terapéutico y una mayor manipulación de las lesiones, entre otros.

¿Qué hacer?

Es importante minimizar el estrés en los pacientes con acné. Organización, ejercicios de relajación, ayuda psicológica y, en los casos más graves, medicación psicotrópica pueden ser un complemento terapéutico.

Bibliografía

- Lazarus RS. Psychological stress and the coping process. Nueva York: McGraw-Hill, 1966.
- Lee WJ, Jung HD, Lee HJ, Kim BS, Lee SJ, Kim Do W. Influence of substance-P on cultured sebocytes. Arch Dermatol Res. Julio 2008; 300(6): 311-316.
- Misery L, Thomas L, Jullien D, Cambazard F, Humbert P, Dubertret L, et al. Comparative study of stress and quality of life in outpatients consulting for different dermatoses in 5 academic departments of dermatology. Eur J Dermatol. Julio-agosto 2008; 18(4): 412-415.
- Smith TM, Gilliland K, Clawson GA, Thiboutot D. IGF-1 induces SREBP-1 expression and lipogenesis in SEB-1 sebocytes via activation of the phosphoinositide 3-kinase/Akt pathway. J Invest Dermatol. Mayo 2008; 128(5): 1.286-1.293.
- Yosipovitch G, Tang M, Dawn AG, Chen M, Goh CL, Huak Y, et al. Study of psychological stress, sebum production and acne vulgaris in adolescents. Acta Dermatol Venereol. 2007; 87(2): 135-139.

El acné está relacionado con el sexo

La actividad sexual, incluida la masturbación, o la abstinencia no tienen efectos sobre el acné

El porqué del mito

«Doctor, el otro día entré en un "chat" de Internet que hablaba del acné. He impreso lo que leí, y quiero que me dé su opinión»

...A mí me da un poco de vergüenza hablar de ello, pero quiero saber.

«Kiro 18: -Dicen que el sexo no tiene ningún efecto sobre los granos pero... si dejo de masturbarme durante una semana, los granos mejoran.

Ciri 20: -En cambio yo, si tengo relaciones sexuales, los granos parece que se secan.

Yupi 19: -¿Qué pensáis?
¿Hay que dejar de masturbarse?

Kiro 18: -La verdad es que a mí me han dicho siempre que el acné y el sexo no estaban relacionados, pero...

¡Tienes que explicarme el secreto de tu rotundo éxito con las chicas!



Suso 17: —Yo hablé con mi dermatóloga, después con el médico de familia, y me dijeron que éstos eran mitos.

Marta 18: —Oh oh oh, me parece que os habéis confundido de foro, éste no es el de problemas sexuales.

Suso 17: —Pues yo no acabo de entender la relación que puede haber.

Ciri 20: —¡Pero si es de cajón! Como el acné está relacionado con las hormonas masculinas, cuanto más excitemos las hormonas masculinas, más acné tendremos. Cuando tienes relaciones sexuales entran en juego otras hormonas, por eso tu piel mejora... ¡Más fácil, imposible!»

(Extraído de un foro real publicado en Francia en la página «Doctissimo».)

—Así que usted me dirá. Sé que parece una tontería, pero me preocupa... Y no sé a quién preguntarle.

Según el comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud, se considera como adolescentes a todos los individuos de ambos sexos de edades comprendidas entre los 10 y los 19 años cumplidos. En la población de nuestro país, el grupo de adolescentes es importante, alrededor de unos siete millones, lo que confiere aún mayor interés a cuantos problemas afecten a esta edad, teniendo en cuenta que éstos no se limitan sólo a los propios individuos que los sufren, sino que también tienen amplias repercusiones familiares y sociales. El adolescente es un individuo en formación, en el que surgen constantemente dudas, temores, culpas y ansiedades. El sexo irrumpe además en este momento como una fuente de curiosidad e inquietud. Por ello, no es raro que se le haya culpabilizado de multitud de hechos sin fundamento, entre los que se encuentra la relación con el acné.

El pasado

El Dr. John Harvey Kellogg, nacido el 26 de febrero de 1852 en Tyrone, Nueva York, y fallecido el 14 de diciembre de 1943 en Battle Creek, Michigan, fue un médico estadounidense que ejerció como director de un sanatorio en el que empleó métodos holísticos, haciendo particular énfasis en la nutrición, el ejercicio físico y el uso terapéutico de enemas. Kellogg fue un firme partidario del vegetarianismo, y es especialmente famoso por el invento de los cereales para el desayuno «Corn Flakes».

Entre sus acciones figura la de ser un entusiasta activista contra la masturbación, llegando a recomendar métodos bastante extremos. En su obra *Tratamiento contra el autoabuso y sus efectos*, escribió: «El remedio contra la masturbación que resulta casi infalible en niños pequeños es la circuncisión. La operación debe ser llevada a cabo por un cirujano sin administrar anestesia alguna, pues el breve instante de dolor durante la operación tendrá un efecto saludable en la mente del individuo,

tanto más si se asocia con la idea de castigo. En las mujeres, el autor ha descubierto que la aplicación de fenol puro en el clítoris supone un método excelente para calmar una excitación anormal».

También aseguró que la masturbación era la principal causa del acné: «La masturbación produce debilidad general, palidez de la conjuntiva y acné en la frente».

El presente

Aunque pueda parecer que la idea de que la masturbación empeora el acné es un tema superado por los nuevos tiempos y modos de información, esto no es así. En el buscador más utilizado globalmente en Internet, Google, aparecen más de un millón de entradas para la búsqueda «acné y sexo». Es muy posible que el sexo siga siendo un tema tabú en las conversaciones entre adolescentes y adultos, con lo que la información se autoabastece de los propios errores de los más jóvenes, lo que contribuye a su perpetuación.

Los foros de Internet entre jóvenes sobre el acné y la actividad sexual aportan, en la mayoría de los casos, ideas peregrinas, absurdas o incomprensibles. Dudas de las que los adolescentes no saben cómo salir.

A veces también surge alguna respuesta que casi podría llegar a alcanzar la categoría de axioma. Como ésta: «Cualquier cosa se relaciona con la actividad sexual, aunque no tenga nada que ver».

¿Qué hacer?

Es conveniente explorar con delicadeza sobre las dudas sexuales que pueda tener el paciente. O, en caso de encontrar resistencia o falta de respuesta, adelantarse a la posible duda y explicar brevemente las causas del acné, comentando que existen muchos errores, como que tener más o menos acné tiene relación con la actividad sexual de cualquier tipo. Esto no es cierto, es una simple coincidencia. Ambos hechos, acné y sexualidad, se despiertan a la vez. Eso es todo.

Bibliografía

- Al-Hoqail IA. Knowledge, beliefs and perception of youth toward acne vulgaris. Saudi Med J. Julio 2003; 24(7): 765-768.
- Reich A, Jasiuk B, Samotij D, Tracinska A, Trybucka K, Szepietowski JC. Acne vulgaris: what teenagers think about it. Dermatol Nurs. Febrero 2007; 19(1): 49-54, 64.
- Rössner S. John Harvey Kellogg (1852-1943): «Masturbation results in general debility, unnatural pale eyes and forehead acne». Obes Rev. Mayo 2006; 7(2): 227-228.
- http://forum.doctissimo.fr/sante/acne-psoriasis/acne-masturbation-sujet_154931_1.htm

Cuando se tiene acné, no se pueden usar cosméticos

Posibilidades cosméticas en caso de acné

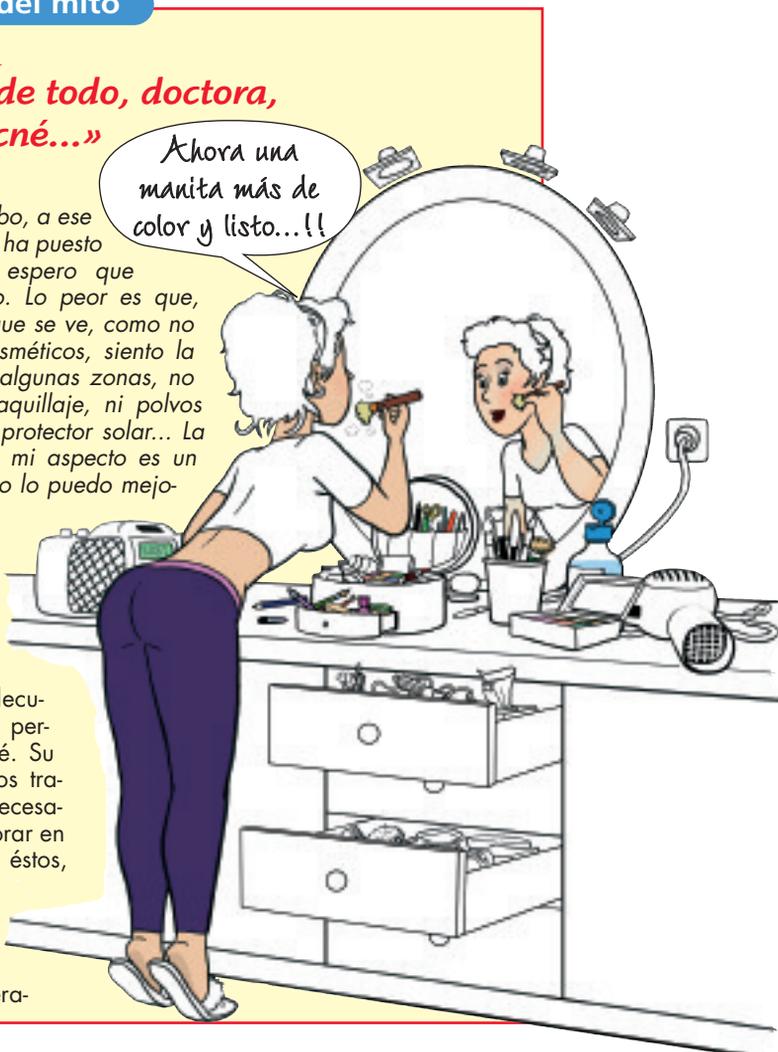
El porqué del mito

**«Lo peor de todo, doctora,
no es el acné...»**

...Al fin y al cabo, a ese problema ya le ha puesto tratamiento y espero que haga su efecto. Lo peor es que, encima de lo que se ve, como no puedo usar cosméticos, siento la piel tirante en algunas zonas, no puedo usar maquillaje, ni polvos de tocador, ni protector solar... La verdad es que mi aspecto es un desastre... ¡y no lo puedo mejorar!

Para los dermatólogos supone un auténtico reto encontrar cosméticos adecuados para las personas con acné. Su presencia en los tratamientos es necesaria para colaborar en la eficacia de éstos, minimizar los efectos secundarios que muchas veces provoca la tera-

Ahora una manita más de color y listo...!!



péutica, y mejorar el aspecto de los pacientes, quienes a menudo tienen mermada su autoestima. Por ello, es preciso conocer los cosméticos adecuados y recomendarlos con generosidad.

¿Qué es exactamente un cosmético?

Etimológicamente, cosmético deriva del griego *kosmos*, término que ya aparece en la *Iliada* de Homero con el significado de «orden y armonía», dos conceptos inseparables para los antiguos griegos. Platón habla de una *kosmetiké techné* o arte del adorno femenino. Del adjetivo *kosmeticos* deriva directamente la palabra «cosmético», aplicada al producto de belleza que se utiliza para la higiene o la belleza del cuerpo. Incluso la rama de la cirugía que en español llamamos cirugía estética recibe en inglés el nombre de *cosmetic surgery*, que en las traducciones descuidadas o precipitadas se vierte también a nuestro idioma como «cirugía cosmética».

Según la legislación española, se define como producto cosmético «toda sustancia o preparado destinado a ser puesto en contacto con las diversas partes superficiales del cuerpo humano (epidermis, sistema piloso y capilar, uñas, labios y órganos genitales externos) o con los dientes y las mucosas bucales, con el fin exclusivo o principal de limpiarlos, perfumarlos, modificar su aspecto y/o corregir los olores corporales, y/o protegerlos o mantenerlos en buen estado».

Son productos cosméticos decorativos «los que, en virtud de poseer sustancias coloreadas y por su poder cubriente, se aplican sobre diferentes zonas del cuerpo con el fin de acentuar temporalmente su belleza o enmascarar o disimular diversas imperfecciones cutáneas».

Se considera ingrediente cosmético «toda sustancia química o preparado de origen sintético o natural que forme parte de la composición de los productos cosméticos».

Es importante el conocimiento del mundo de la cosmética, porque los pacientes con acné, además de los tratamientos médicos, precisan usar estos productos, tanto como terapia coadyuvante como para disminuir los efectos secundarios de los tratamientos sistémicos.

Ingredientes de los cosméticos antiacné

Existe gran cantidad de sustancias, que pueden presentarse con diversas finalidades, como limpiadores, hidratantes, exfoliantes, maquillajes, mascarillas y otros, y en variadas formas galénicas, como geles, cremas, emulsiones, lociones o aerosoles, espumas. Igualmente, los principios activos pueden combinarse entre sí para dar lugar a cosméticos más complejos.

Los cosméticos para el acné pueden contener queratolíticos, hidratantes, antisépticos, matificantes (para mejorar el aspecto graso de la piel acnéica), etc. En la tabla 1 se recogen algunos ejemplos.

Tabla 1. Cosméticos para el acné

Actividad	Principios activos
Hidratante	Glicerina, urea, constituyentes del factor hidratante natural (ácido 2-pirrolidona-5-carboxílico, serina, lactato sódico)
Reestructurante	Vitamina E, aceites de origen vegetal (soja, manteca de karité, maíz, aguacate), extractos de caléndula, fosfolípidos ricos en ácido linoleico
Antiinflamatoria	Agua termal, sulfato gluconato de zinc, cobre, biolysat hafnia, alfabisabolol, alantoína, acetato de oleilo
Seborreguladora y matificante	Acido gammalinolénico, cobre, zinc, vitaminas B ₆ y B ₈ , caolín, polvo de poliamida micronizada, polimetilmetacrilatos
Queratorreguladora	Alfahidroxiácidos, betahidroxiácidos, alfabisabolol, alantoína, acetato de oleilo
Antifúngica	Piroctona olamina, succinato de litio

Pero no todos los cosméticos son iguales...

La formulación de los cosméticos para el acné debe reunir cualidades de inocuidad y eficacia, así como características organolépticas adecuadas que hagan el producto agradable y fácil de utilizar. Además, deben cumplir las condiciones que exponemos a continuación.

«Oil free» (libre de grasa). Dado que la mayoría de pacientes con acné padecen seborrea, los productos dermofarmacéuticos de limpieza deben estar encaminados a impedir su acumulación en la piel, no aportando nuevos elementos grasos. Se emplean diferentes moléculas (tioxolona, cisteína, S-carboximetilcisteína y ácido tiazolidín carboxílico) con la intención de minimizar la presencia de grasa en la piel. El brillo aportado por la excesiva secreción de lípidos oleosos se soluciona mediante la introducción de sustancias absorbentes del exceso de grasa en los productos de higiene. Para este fin, se utilizan gránulos de polietileno, talco y bentonita. También se comercializan emulsiones aceite/agua (leches limpiadoras) de bajo contenido oleoso para pieles grasas.

No comedogénico. El término comedogenicidad en relación con los cosméticos se debe, en parte, a Kligman y Mills, quienes en 1972 describieron brotes leves de acné, preferentemente en mejillas de mujeres jóvenes de entre 20 y 25 años, que bautizaron como «acné cosmética». Muchas de estas mujeres no habían tenido acné en su adolescencia. Los autores sugirieron que ciertas sustancias presentes en

los productos de cosmética inducían la formación de comedones cerrados y, en ocasiones, erupciones papulovesiculosas.

La posibilidad de que un cosmético sea comedogénico es uno de los factores más importantes que tener en cuenta en la selección de los productos para el tratamiento de las personas con acné o piel con tendencia acnéica. Los productos comedogénicos inducen la formación de comedones abiertos y cerrados a las 2-3 semanas de su uso, que es el tiempo necesario para su formación. Muchos productos están etiquetados como *no comedogénicos*, pero desafortunadamente esta información no siempre cuenta con un soporte científico que la sustente y garantice, lo que supone una importante fuente de controversia y polémica, incluso entre los dermatólogos.

Por todo ello, la propiedad de no comedogénico reflejada en los envases de los productos tendrá un valor relativo en función de la reputación y el prestigio de la industria farmacéutica que los avale.

No acnegénico. Es éste un concepto separado del de comedogenicidad, ya que existen sustancias que son comedogénicas porque generan comedones, y otras que son acnegénicas porque provocan la aparición de pápulas y pústulas. La comedogenicidad se produce por el taponamiento folicular, mientras que la acnegenicidad se produce por la irritación del folículo. Las sustancias comedogénicas no tienen por qué ser acnegénicas, y viceversa.

La irritación puede venir dada por la interacción entre los diferentes componentes o por su concentración, pero sobre todo por la susceptibilidad del individuo. Como consecuencia de estas condiciones tan difícilmente predecibles, la creación de una lista de sustancias irritantes presentes en los cosméticos para el acné no tiene interés. No obstante, una de las sustancias con mayores propiedades acnegénicas son los emulsionantes, principalmente los detergentes que se utilizan para mantener en una única fase los ingredientes lipo e hidrofílicos de los maquillajes.

No existen protocolos unificados para testar este carácter en la industria, si bien es un dato que prestigia a la marca que de alguna manera lo prueba e incluye.

No irritante. La irritación generalizada que puede producir un producto cosmético en pacientes con acné se debe diferenciar de la irritación perifolicular con propiedades acnegénicas. La capacidad irritante de un cosmético depende del estado del estrato córneo, de la cantidad de producto y del tiempo de exposición a él.

Los productos que se utilizan para las personas con acné, que sufren erupciones acnéiformes o rosácea, o que simplemente tienen la piel sensible, deben evitar los vehículos volátiles (alcoholes) y las sustancias que producen estimulación cutánea (mentol, alcanfor), incluidos los vasodilatadores. Se evitarán los solventes que favorezcan la penetración del producto (propilenglicol, etanol y otros). Los emulsificantes y surfactantes, utilizados para favorecer el efecto de los productos con acción limpiadora, se seleccionarán cuidadosamente. Los surfactantes aniónicos atraviesan con mucha facilidad el estrato córneo y, por tanto, son muy irritantes. En menor propor-

ción lo son los catiónicos, y los menos irritantes son los no iónicos, aunque pueden cambiar la biosíntesis, composición y contenido de los fosfolípidos cutáneos.

No fotosensibilizante. Debe mantener su eficacia sin producir fenómenos de fotosensibilidad o alergia a los rayos ultravioletas.

No alergizante. Los alérgenos conocidos más habituales deben eliminarse de las formulaciones y, si ello no es posible, se debe reducir su concentración.

Las materias primas han de ser puras o de alta calidad, sin contaminantes. Si no se puede, se combatirá este defecto añadiendo agentes secuestradores como el triacetato de etilendiamina.

Se debe prevenir la autooxidación empleando antioxidantes como el alfa-tocoferol o el butilhidroxianisol, entre otros.

Los conservantes deben tener un bajo poder sensibilizante, como es el caso de los parabenos, que se preferirán a otros con un alto poder sensibilizante (como los formaldehídos).

La etiqueta «hipoalergénico» no supone ninguna seguridad a este respecto. La Food and Drug Administration de los Estados Unidos no la reconoce, por lo que debe ser considerada más como un reclamo de mercado que como un indicador dermatológico.

Con capacidad de camuflar (maquillaje). Los cosméticos para pacientes con acné destinados al camuflaje y adorno tienen gran relevancia, sobre todo en los casos de acné inflamatorio, con eritema, pápulas y pústulas. La repercusión psicológica negativa que estas lesiones producen en el individuo puede minimizarse con este método.

De entre los cosméticos con capacidad de camuflar, sin duda los más importantes son los maquillajes de color, que confieren al paciente un tono normal de la piel y disimulan las imperfecciones.

Los maquillajes se utilizan desde la antigüedad y persiguen normalizar, acentuar el encanto y realzar los rasgos, o crear un aspecto determinado por la moda. Los maquillajes que mejor funcionan en estos pacientes son los que contienen dimeticona o ciclometicona. La silicona no es irritante, ni comedogénica, acnegénica o alergizante. Permite la extensión suave y uniforme del maquillaje sin necesidad de adicionar sustancias grasas. En muchas ocasiones, es útil la combinación de un maquillaje fluido como base y la aplicación sobre él de un maquillaje en polvo. El uso de maquillajes pesados y densos obliga, entre cosas, a utilizar desmaquillantes más agresivos y solventes más irritantes, por lo que no son aconsejables.

Existen correctores o cubrientes que tapan por colorimetría de contraste, como el color verde, que sobre el rojo de las lesiones se transforma en diferentes tonos de marrón y puede cubrirse posteriormente con un maquillaje.

¿Qué hacer?

Los pacientes con acné pueden y deben utilizar cosméticos, siempre que éstos cumplan las condiciones recomendadas para ese tipo de piel. Sus cualidades más importantes serán que estén libres de grasa y que no sean comedogénicos.

Bibliografía

- Del Rosso JQ. The role of the vehicle in combination acne therapy. *Cutis*. Agosto 2005; 76 Supl 2: 15-18.
- Guerra Tapia A. *Cosmética en acné*. Barcelona: Permanyer, 2003.
- Kligman AM, Mills OH Jr. Acne cosmetica. *Arch Dermatol*. 1972; 106: 843-850.
- Laquieze S, Czernielewski J, Rueda MJ. Beneficial effect of a moisturizing cream as adjunctive treatment to oral isotretinoin or topical tretinoin in the management of acne. *J Drugs Dermatol*. Noviembre-diciembre 2006; 5(10): 985-990.
- Nguyen SH, Dang TP, Maibach HI. Comedogenicity in rabbit: some cosmetic ingredients/vehicles. *Cutan Ocul Toxicol*. 2007; 26(4): 287-292.
- Zhen Y, Stoudemayer M, Vamvakias G, Kligman AM. Pilot investigation of the hydrating effects of topical acne medications. *J Drugs Dermatol*. Agosto 2007; 6(8): 810-816.