

Tratamiento del acné

EDUARDO FONSECA

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. La Coruña. España.
fonseca@canalejo.org



Áxel Oliveres

Puntos clave

- Para que el tratamiento del acné tenga éxito, es imprescindible que el paciente tenga claro el objetivo que se persigue, que, en general, será minimizar las manifestaciones clínicas y evitar las secuelas. Esto implica la necesidad de mantener las medidas terapéuticas durante períodos prolongados.
- Una correcta higiene, evitar la manipulación de las lesiones, evitar cosméticos comedogénicos y otras medidas generales elementales son una parte importante del tratamiento y de la prevención de las recaídas.
- Los tratamientos tópicos permiten controlar las formas leves y muchas formas moderadas de acné. Habitualmente deben combinarse o rotarse diversos fármacos, en función de la evolución.
- Los antibióticos sistémicos son el tratamiento de primera línea para el acné inflamatorio moderado o grave que no responde a la terapia tópica. Para que resulten eficaces requieren varios meses.
- La isotretinoína es el tratamiento electivo en el acné noduloquístico. Su acción teratogénica y el riesgo de producir otros efectos adversos exigen un seguimiento continuado.

El acné es un trastorno casi universal durante la adolescencia, pero con grandes variaciones en cuanto a su gravedad y duración. Aunque en la mayoría de los casos es sólo un problema estético, una combinación de factores ha magnificado la preocupación que causa en los jóvenes y en su entorno, y ha llevado a que incluso formas clínicas mínimas sean objeto de consultas médicas.

El gran potencial de gasto derivado de este panorama motiva una gran presión publicitaria, que muchas veces crea una notable confusión. Fruto de ella, muchos pacientes con acné grave sufren grandes retrasos o no llegan a recibir un tratamiento efectivo.

Planificación del tratamiento

El tratamiento^{1,2} del acné debe planificarse de forma individualizada para cada paciente, teniendo en cuenta la edad, el sexo, el fototipo, los posibles procesos y los tratamientos concomitantes, las manifestaciones clínicas y las expectativas. Los costes del tratamiento y la posibilidad de asumirlo también deben considerarse siempre.

La época del año y las zonas geográficas donde resida o que vaya a visitar el paciente son también importantes, ya que algunos fármacos utilizados en el tratamiento del acné puede ser fototóxicos, causar fotoalergia o facilitar la quemadura solar.

El paciente debe conocer que el acné es un proceso autolimitado y que la mayoría de los tratamientos tienen como objetivo suprimir las manifestaciones clínicas y evitar las complicaciones, por lo que deberán mantenerlos durante períodos largos.

Medidas generales^{1,2}

Higiene

Las medidas higiénicas son una parte importante del tratamiento. En general, es aconsejable lavar las zonas lesionadas con agua y un jabón o gel. Sólo en casos muy concretos es necesaria la utilización de productos especiales.

Manipulación de las lesiones

Debe evitarse por ser una causa importante de sobreinfecciones, pigmentaciones y secuelas cicatriciales. Es desaconsejable la realización de limpiezas de cutis o *peelings* mientras existan lesiones inflamatorias.

Exposición solar

Suele mejorar las lesiones, pero son frecuentes los fenómenos de rebote en el otoño, tras su suspensión. Debe tenerse en cuenta la posible interacción entre la radiación solar y los tratamientos.

Alimentación

A pesar de las múltiples creencias populares, no existen evidencias que demuestren una relación entre determi-

nados alimentos y la aparición de lesiones de acné. La obesidad debe prevenirse o corregirse en mujeres con hiperandrogenismo, ya que actúa como un factor cronificador-agravante.

Cosméticos

Los cosméticos pueden desencadenar, empeorar o cronificar el acné. Lo más adecuado es evitar los que no sean necesarios y, cuando sean imprescindibles, utilizar productos libres de grasas.

Tratamientos tópicos¹⁻⁴

Los más utilizados se incluyen en la tabla 1.

Peróxido de benzoilo⁵

Es uno de los tratamientos más empleado. Tiene acción bactericida, comedolítica y sebastática. Puede utilizarse en el acné comedoniano y en el acné papulopustuloso leve o moderado como monoterapia y en formas más graves asociado a otros tratamientos. Suele utilizarse en concentraciones del 2,5, el 5 y el 10%, en 1 o 2 aplicaciones al día.

Ácido azelaico⁶

Su espectro terapéutico es similar al del peróxido de benzoilo. La concentración más utilizada es al 20%, en 1-2 aplicaciones diarias.

Retinoides

Los fármacos de este grupo más utilizados son el ácido retinoico, a concentraciones del 0,025, el 0,05 y el 0,1%; la isotretinoína al 0,05%, y el adapaleno al 0,1%. Su principal acción es comedolítica. Tienen también un espectro de indicaciones y frecuencia de aplicación similares.

No deben utilizarse en mujeres gestantes y lactantes. Tienen una acción irritante mayor que el peróxido de benzoilo y el ácido azelaico. Su papel en el tratamiento del acné se ha visto incrementado por la aparición de resistencias a los antibióticos⁷.

Tabla 1. Tratamientos tópicos del acné

Peróxido de benzoilo
Ácido azelaico
Retinoides
Ácido retinoico
Isotretinoína
Adapaleno
Antibióticos
Eritromicina
Clindamicina
Niacinamida
Sales de cinc

Antibióticos

Tienen una acción antimicrobiana frente a *P. acnes*. Están indicados en pacientes con acné inflamatorio y habitualmente se emplean en asociación con otros tratamientos tó-

picos o sistémicos⁸. Muchos de los primeros pueden combinarse en el mismo preparado. Los más utilizados son la eritromicina (2-4%) y la clindamicina (1%). En algunos países es habitual el uso de tetraciclinas tópicas, pero en España se desaconseja por el riesgo de fotosensibilidad.

Niacinamida

Se utiliza en las formas inflamatorias de acné, a concentración del 4%.

Sales de cinc

Suelen utilizarse en combinación con otros tratamientos, por su acción antiinflamatoria.

Tratamientos sistémicos¹⁻⁴

Los utilizados con mayor frecuencia se resumen en la tabla 2.

Antibióticos

Su mecanismo de acción, al igual que por vía tópica, es antimicrobiano, pero pueden tener también un cierto efecto antiinflamatorio⁵. Están indicados en el acné papulopustuloso moderado o grave y pueden obtener resultados en algunos casos de acné noduloquístico.

Las tetraciclinas son los antibióticos orales de primera elección. La tetraciclina HCL a dosis de 500-1.000 mg/día, la doxiciclina a dosis de 100 mg/día y la minociclina a dosis de 100 mg/día son los más empleados. No deben administrarse antes de los 12 años, durante la gestación ni durante la lactancia. Su principal efecto adverso es las candidiasis genital en las mujeres sexualmente activas. Aunque es muy infrecuente, debe tenerse en cuenta la posibilidad de inducir hipertensión intracraneal benigna, que se manifiesta con cefaleas, vértigos, náuseas y trastornos visuales. Con excepción de la minociclina, las

tetraciclinas pueden inducir fototoxicidad. La minociclina puede inducir un síndrome autoinmune en mujeres jóvenes⁹ e hiperpigmentación, sobre todo en las cicatrices.

Como alternativa de las tetraciclinas pueden utilizarse macrólidos (p. ej., eritromicina 500-1.000 mg/día).

El tratamiento con antibióticos en principio debe establecerse para unas 12 semanas, decidiendo la conveniencia de su continuación según la evaluación.

Tabla 2. *Tratamientos sistémicos del acné*

Antibióticos
Tetraciclina
Doxiciclina
Minociclina
Eritromicina
Anticonceptivos orales
Antiandrógenos
Acetato de ciproterona
Espironolactona
Isotretinoína

Anticonceptivos orales y antiandrógenos

Actúan bloqueando la acción de los andrógenos sobre los receptores periféricos, lo que conlleva una disminución de la secreción sebácea. Son una alternativa en mujeres de más de 15 años, cuando hayan pasado al menos 2 años desde la menarquia. Las indicaciones incluyen el acné inflamatorio moderado o grave.

Los más adecuados son los que incluyen en su formulación sustancias con acción antiandrogénica (p. ej., tratamiento secuencial con etinilestradiol, 0,035 mg, y acetato de ciproterona, 2 mg/día)¹⁰ y, en su defecto, progestágenos con baja acción androgénica. En síndromes de androgenización, en los que el acné es una manifestación más, pueden ser necesarias mayores dosis de acetato de ciproterona o la administración de otros antiandrógenos (p. ej., espironolactona, 100-200 mg/día).

La acción antiacneica de los anticonceptivos orales es lenta y requiere, al menos, un año para su evaluación.

Isotretinoína^{11,12}

Es el tratamiento de elección en el acné noduloquístico y una alternativa en formas graves de acné que no responden a otras terapias. Su mecanismo de acción es desconocido, pero conduce a una disminución de secreción sebácea, de la hiperqueratosis en el conducto excretor de la glándula sebácea y de la inflamación. Su efecto se prolonga en el tiempo, evitando la reaparición de las lesiones durante años en la mayoría de los casos.

La principal limitación de su uso es su acción teratogénica, lo que obliga a descartar una gestación y a utilizar medidas anticonceptivas seguras, hasta un mes después de su suspensión, cuando se prescribe a mujeres en edad fértil. Requiere también la realización de un control previo de aminotransferasas y lípidos plasmáticos, que deberá repetirse al mes del inicio del tratamiento. Su prescripción está reservada a los especialistas en dermatología.

La dosis diaria es 0,5-1 mg/kg de peso/día, que se deberá mantener hasta alcanzar los 120 mg/kg de peso.

Entre sus acciones farmacológicas se encuentran producir una intensa xerosis cutánea, que puede originar eczema y de las mucosas; es especialmente relevante la queilitis. Aunque la isotretinoína no es fotosensibilizante, origina un adelgazamiento de la piel que facilita las quemaduras solares.

No deben asociarse a tetraciclinas por aumentar el riesgo de hipertensión intracraneal benigna.

Tratamientos quirúrgicos y físicos¹⁻⁴

En fases activas pueden ser necesarias algunas intervenciones quirúrgicas, como el drenaje de abscesos. También pueden resultar útiles, por su acción antimicrobiana o antiinflamatoria, las exposiciones a diversas fuentes de luz, luz pulsada o láseres¹³.

No obstante, las principales indicaciones de las técnicas quirúrgicas, entre las que se incluyen las infiltraciones, la crioterapia, la dermoabrasión y los *peelings* químicos o con láser, se encuentran en la corrección de secuelas quísticas y cicatrizales¹⁴.

Bibliografía



● Importante ●● Muy importante

■ Ensayo clínico controlado

1. Fonseca Capdevila E. Acné juvenil. En: Fonseca Capdevila E, editor. *Dermatología Pediátrica*. Tomo III. Madrid: Aula Médica, 1999; p. 923-78.
2. Fonseca Capdevila E. Acné juvenil. Protocolo terapéutico [en línea] [consultado 20/07/2004]. Disponible en: www.especialistasdermatologia.com
3. Ribera Pibernat M. Enfermedades del folículo pilosebáceo. En: Ferrándiz Foraster C, editor. *Dermatología clínica*. 2.ª ed. Madrid: Harcourt, 2001; p. 237-47.
4. Almagro M, Del Pozo J, Fonseca E. El tratamiento del acné en la infancia. *Piel* 2000;15:126-36.
5. Burke B, Eady EA, Cunliffe WJ. Benzoyl peroxide versus topical erythromycin in the treatment of acne vulgaris. *Br J Dermatol* 1983;108:199-204.
6. Bladon PT, Burke BM, Cunliffe WJ, Forster RA, Holland KT, King K, et al. Topical azelaic acid and the treatment of acne: a clinical and laboratory comparison with oral tetracycline. *Br J Dermatol* 1986;11:493-9.
7. ● Eady AE, Cove JH, Layton AM. Is antibiotic resistance in cutaneous propionibacteria clinically relevant?: implications of resistance for acne patients and prescribers. *Am J Clin Dermatol* 2003;4:813-31.
8. Wolf JE Jr, Kaplan D, Kraus SJ, Loven KH, Rist T, Swinyer LJ, et al. Efficacy and tolerability of combined topical treatment of acne vulgaris with adapalene and clindamycin: a multicenter, randomized, investigator-blinded study. *J Am Acad Dermatol* 2003;49:S211-7.
9. Gough A, Chapman S, Wagstaff K, Emery P, Elias E. Minocycline induced autoimmune hepatitis and and systemic lupus erythematosus-like syndrome. *BMJ* 1996;312:169-72.
10. Miller JA, Wojnarowska FT, Dowd PM, Ashton RE, O'Brien TJ, Griffiths WA, et al. Anti-androgen treatment in women with acne: a controlled trial. *Br J Dermatol* 1986;114:705-16.
11. Strauss JA, Rapini RP, Shalita AR, Konecny E, Pochi PE, Comite H, et al. Isotretinoin therapy for acne: results of a multicentre dose-response study. *J Am Acad Dermatol* 1984;10:490-6.
12. ●● Goldsmith LA, Bologna JL, Callen JP, Chen SC, Feldman SR, Lim HW, et al. American Academy of Dermatology Consensus Conference on the safe and optimal use of isotretinoin: summary and recommendations. *J Am Acad Dermatol* 2004;50:900-6.
13. Papageorgiou P, Katsambas A, Chu A. Phototherapy with blue (415 nm) and red (600 nm) light in the treatment of acne vulgaris. *Br J Dermatol* 2000;142:973-8.
14. Goodman GJ. Postacne scarring: a review of its pathophysiology and treatment. *Dermatol Surg* 2000;26:857-71.