

Identifique el caso

Alejandro Guerrero-Zulueta*

Masculino de 28 años, inicia con mancha rosa única en abdomen, secundariamente aparecen de forma abrupta múltiples lesiones idénticas en tronco, las cuales son muy pruriginosas.



Respuesta del diagnóstico de la imagen Aten Fam 2014;21(4):126

El **acné** es un trastorno multifactorial de la unidad pilosebácea, caracterizado por foliculitis crónica.¹ Fisiológicamente la queratinización, los andrógenos y el *Propionibacterium acnes* juegan un papel muy importante al afectar la unidad pilosebácea y generar inflamación y distensión del folículo.²

El acné vulgar sigue siendo la enfermedad de la piel más comúnmente tratada por los médicos,³ pues afecta a 85% de los adolescentes,⁴ mientras que en adultos a 3% en hombres y 12% en mujeres.⁵

El médico de primer contacto siempre está relacionado con esta enfermedad, ya que se puede presentar desde los primeros días de vida debido al paso de las hormonas androgénicas a través de la placenta, conocido como acné neonatal y durante la adolescencia y adultez del paciente.

Dado que afecta principalmente la cara, puede incidir en forma importante en la imagen personal y el autoestima,⁶ pudiendo condicionar una enfermedad depresiva,⁷ lo que el médico no debe perder de vista.

Clínicamente este cuadro suele iniciar en la adolescencia con lesiones distribuidas especialmente en frente y mejillas; zona alta de la espalda y pecho, sobre todo en la región esternal. Las lesiones características de

*Médico adscrito a la unidad de medicina familiar (UMF) no. 22, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), hospital, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Teziutlán, Puebla, México

Correspondencia:
Alejandro Guerrero-Zulueta
agzulueta@hotmail.com

Este artículo debe citarse: Guerrero-Zulueta A. Acné. Aten Fam. 2015;22(1):30-31.

esta patología son los comedones abiertos (negros) o cerrados (blancos) y la formación de pápulas, pústulas, nódulos, quistes y abscesos debidos al proceso inflamatorio, condicionando como secuelas: lesiones atróficas, hoyuelos hundidos o hipertróficas y cicatrices queloides.

De acuerdo con su gravedad se clasifica en: grado I (predominan los comedones); grado II (comedones más pápulas y pústulas); y grado III (nódulos y quistes, más abscesos).

Entre sus variantes clínicas están:

1. Acné corticoideo: ocasionado por el abuso de esteroides sistémicos o tópicos usados como crema humectante en forma crónica (años)
2. Acné cosmético: debido al uso de cosméticos comedogénicos
3. Acné excoriado: generalmente producido por pellizcamiento
4. Acné conglobata: constituido por quistes, nódulos y abscesos
5. Acné androgénico: debido a una mayor producción de andrógenos, por ejemplo, ovarios poliquísticos

El diagnóstico diferencial se debe establecer primordialmente con rosácea y foliculitis. Su tratamiento es imprescindible, debiendo poner al tanto al paciente del mismo, con la finalidad de que no dañe su piel y reduzca el impacto de las tensiones psicológicas, evitando con ello una baja autoestima.

El manejo tópico suficiente para grados leves puede establecerse con peróxido

de benzoilo, ya que tiene una actividad antibacteriana, queratolítica y anticomedoniana, medicamento que sigue vigente desde su descubrimiento en 1958;⁸ ácido retinoico a concentraciones bajas; adapaleno; y antibióticos tópicos como eritromicina o clindamicina.

El tratamiento sistémico está indicado en los grados moderados o graves y se basa en el manejo con antimicrobianos, de los cuales la tetraciclina continúa siendo el medicamento de elección, o uno de sus derivados como la doxiciclina o minociclina. De no poderse utilizar existe la eritromicina, cuidando la resistencia, manteniendo las dosis durante 3 a 6 meses. El manejo hormonal y con isotretinoína debe ser puesto en marcha por el especialista en Dermatología.

Referencias

1. Peñaloza MJA. El acné. *Rev Med UNAM*. 2003;46:139-42.
2. Ramírez HW. Manejo y tratamiento del acné (Bases para el diagnóstico y tratamiento). *Rev Med Cos Cen*. 2014;71:107-10.
3. Adityan B, Kumeri R, Thappa DM. Scoring systems in acne vulgaris. *Indian J Dermatol Leprol*. 2009;75:323-26.
4. James WD. Acne. *N Engl J Med*. 2005;352:1463-72.
5. Santamaría GV, Valdez WRL. Acné juvenil inflamatorio. Evaluación de la calidad de vida con la encuesta SE-36. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2007;16(1):7-13.
6. Piquero MJ, Koves AE, Alió SAR, Bohorquez O. Un ejemplo de acné conglobata: sus implicaciones Bio-psico-sociales. *Derm Venez*. 2000;38:7-9.
7. Cotterill JA, Cunliffe WJ. Suicide in Dermatological patients. *Br J Dermatol*. 1997;137:246-50.
8. Fishman IM. Benzoyl peroxide in acné. Reply. *J AM Acad Dermatol*. 1989;20(3):518.