

DERMATOLOGÍA

MANEJO Y TRATAMIENTO DEL ACNÉ (BASES PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO)

Walter Ramírez Hernández*

SUMMARY

Acne is one of the most common diseases in the world. Nowadays, it has affected an eighty five percent of the world population in some specific moment of their lives. It is characterized for the hiperkeratinization inflammation, the queratizacion, and the presence of the bacteria *Propionibacterium acnes* in the pilo sebaceous unit. This disease also affects the psicologic and social aspects of people who suffer from acne. There are several factors that predispose the disease, and it is required not only the clinic but also the comedone to make a correct diagnose. The treatment is

based on topic antibiotics and retinoid for simple cases, but oral antibiotics and oral isotretinoin are required for severe cases.

DEFINICIÓN

Inflamación común de las unidades pilosebáceas. Afectando hasta en un 85% de los americanos durante su vida (3). Con predominio en zonas del cuerpo como cara, tronco, y por último glúteos. Edad más común en la adolescencia y se manifiesta en forma de comedones, pápula pústula, nódulos o quistes. Con mayor gravedad en los varones.

Con afectación importante psicológica (8). Es menos común en razas africanas y asiáticas. Tiene un origen multifactorial y hay predisposición familiar a padecer la enfermedad (9,3).

PATOGENIA

En la fisiopatología del acné juega un papel muy importante la queratinización, los andrógenos y el microorganismo *Propionibacterium acnes*. Hay un cambio a nivel de la unidad pilosebacea, donde la queratina se vuelve más densa y bloquea la producción de sebo, formando tapones de queratina llamados

* Médico General. Área Salud Cartago. Cód: 11953. Tel: 8330-3176

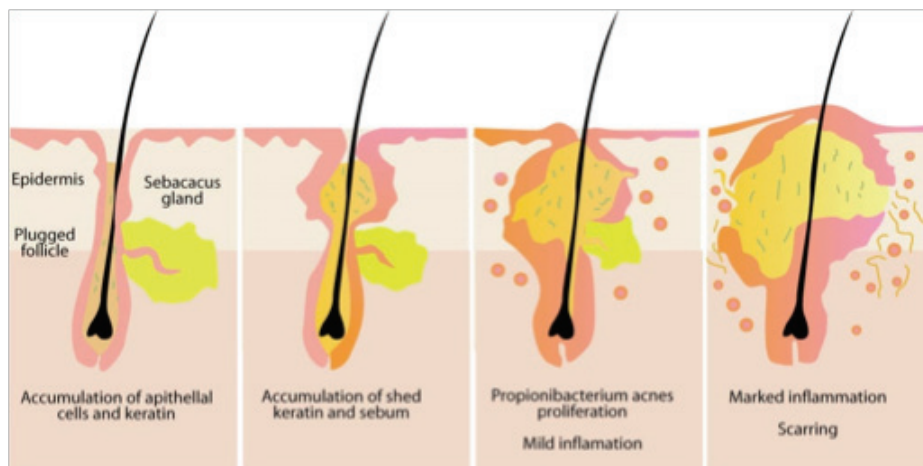
comedones. Estos comedones junto con la interacción de los andrógenos y bacterias en la unidad pilosebacea, causan un cuadro de inflamación aguda(11,4). La función del andrógeno es estimular las glándulas sebáceas para que produzcan mayor cantidad de sebo. Además la bacteria al contener lipasa convierte los ácidos grasos y produce mediadores pro inflamatorios entre ellos la interleucina I, FNT alfa entre otros. Este proceso genera inflamación, y distensión del folículo, donde todo ese contenido entra en contacto con la dermis, provocando una respuesta inflamatoria y de cuerpo extraño (9).

FACTORES PREDISPONENTES

Entre los más comunes para desencadenar un cuadro de acné están la dioxina, hidantoína, anticonceptivos orales, glucocorticoides, danazol etc. El estrés emocional definitivamente es una causa de agravamiento del acné. El chocolate y los ácidos grasos no causan acné (9,5).

CLÍNICA

Las lesiones pueden durar desde días hasta meses. Puede haber dolor si el tipo de acné es nódulo quístico. El tipo de lesión puede



variar desde comedones abiertos o cerrados, acné comedogénico, pápulas, pápula pústula, nódulos o quistes de 1 a 4 cm de diámetro. Las fistulas se dan cuando hay algún tracto supurativo como en el acné nodular. Puede haber cicatrices atróficas o hipertróficas. Con mucha frecuencia encontramos seborrea en el rostro y cuero cabelludo, como significado de gravedad (9,4).

FORMAS DE PRESENTACIÓN ESPECIAL

Hay diferentes formas en cómo se presenta el acné en la clínica, aquí se verán algunas presentaciones (9,3,5).

-Acné Conglobata: Es el tipo de acné quístico grave, con mayor compromiso de áreas de tronco que en el rostro. Se caracteriza por nódulos confluyentes, quistes, abscesos y ulceración.

-Síndrome SAPHO: Síndrome

compuesto por Sinovitis, acné, acné fulminante, pustulosis palmo plantar, hidradenitis supurativa, hiperostosis y osteítis y el síndrome PAPA: Síndrome compuesto por artritis piógena estéril, pioderma gangrenoso y acné.

-Acné Tropical: Erupción del acné, usualmente con foliculitis grave.



Otros tipos de acné son el acné con edema facial, acné en mujer adulta, acné neonatal, acné ocupacional, acné mecánico, acné por esteroides, acné fulminante y acné por cosméticos.

DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico del acné se requiere siempre de la presencia de comedones. Es un diagnóstico totalmente clínico. Podemos hacer diagnóstico diferencial con rosácea (9). No se requiere de ningún tipo de examen de laboratorio. A menos que sospechemos de alguna patología de tipo endocrino como desencadenante del acné. Y si se plantea el uso de isotretinoína si es necesario pruebas de transaminasas, triglicéridos y colesterol total (10).

EVOLUCIÓN

El acné suele revertir a partir de los 20 años de edad, pero puede persistir hasta los 40 años. Las secuelas más importantes son las cicatrices (9,2).

TRATAMIENTO

Siempre antes de iniciar un tratamiento es muy importante evaluar el tipo de acné, el impacto psicológico del acné

individualmente en cada paciente (5). Para acné leve el tratamiento se basa en antibióticos tópicos como clindamicina y eritromicina, geles como peróxido de benzoilo (9), retinoides tópicos tanto en crema como en gel. La mejoría se da luego de varios meses de tratamiento.

El tratamiento combinado ofrece mejores resultados como el uso de peróxido de benzoilo – eritromicina más retinoides tópicos (1,3). Para acné moderado utilizamos el mismo esquema tópico mas la administración de antibióticos vía oral. El más eficaz es la minociclina de 50 a 100 mg BID VO por día, o la doxiciclina 50 a 100 mg BID VO por día por 2 meses. En el caso de una mujer con acné puede mejorar su cuadro con el uso de estrógenos orales combinados con progesterona o antiandrogenos(10,8). Para el acné grave está indicado el uso de tratamiento sistémico con isotretinoína para casos de acné quístico o conglobata, o para aquellos resistentes al tratamiento. La administración oral de isotretinoína asegura una remisión completa del cuadro en casi todos los casos y dura de meses a años en la mayoría de pacientes. Es un fármaco teratógeno por lo que es necesario evitar el embarazo durante el tratamiento

(4). Hay que aplicar un método anticonceptivo eficaz. Antes de usar el tratamiento es necesario pruebas de transaminasas, colesterol y triglicéridos. Esto porque aumenta sus niveles hasta en un 7%, aumentando así el riesgo cardiovascular (9,10,8).

MEDICAMENTOS PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Para los médicos que trabajan en el primer nivel de atención en salud en la CCSS en realidad hay pocas opciones de tratamiento. Prácticamente solo se cuenta con la doxiciclina capsulas o tabletas de 100 mg y los estrógenos conjugados de 0.625 mg (5).

RESUMEN

El acné es una patología de las más frecuentes que hay. Actualmente afectando hasta un 85% de la población en algún momento de su vida. Se caracteriza por la inflamación de la unidad pilosebacea, la queratinización y la bacteria *Propionibacterium acnés*. Tiene un gran repercusión psicológica sobre los pacientes, afectando su vida social de manera importante. En el proceso patológico hay muchos factores desencadenantes que se deben tomar en cuenta

para su correcto abordaje y tratamiento. Para el diagnóstico simplemente se necesita de la clínica y su característica principal es el comedón. Su forma más grave es el acné conglobata. Su tratamiento se basa según la forma de presentación. Un acné leve con tratamientos tópicos a base de retinoides o antibióticos. Las formas moderadas a severas con tratamiento oral de antibióticos e isotretinoína.

BIBLIOGRAFÍA

1. Amichai Boaz, MD, Shemer Avner, MD, Grunwald Marcelo H., MD Ashkelon, Natania, Beer-Sheva, Israel. "Low-dose isotretinoin in the treatment of acne vulgaris". American Academy of Dermatology. (2006)
2. Calzada Gabriela. Dermatología pediátrica: ¿qué hay de nuevo en el acné? Revista Pediátrica de Atención Primaria. (2009); 11 (17):303-316.
3. Cyrulnik Amanda A., Viola MD, Kate V. Viola, MD MHS, Gewirtzman Aron J. MD, Cohen Steven R. Cohen, MD MPH. "High-dose isotretinoin in acne vulgaris: improved treatment Outcomes and quality of life". International Journal of Dermatology (2012) 51, 1123-1130.
4. Dipankar De, Amrinder J. Kanwar. Combination of Low-Dose Isotretinoin and Pulsed Oral Azithromycin in the Management of Moderate to Severe Acne A Preliminary Open-Label, Prospective, Non-Comparative, Single-Centre Study. Department of Dermatology, Venereology and Leprology, Postgraduate Institute of Medical Education and Research, Chandigarh, India 2011; 31 (8).
5. Formulario Terapéutico Institucional Para el Primer Nivel de Atención en Salud. CCSS 2008.
6. Gollnick H and Cunliffe W. Management of Acne A Report From a Global Alliance to Improve Outcomes in Acne. Journal of the American Academy of Dermatology (2003); 49 (1): s1- s37.
7. Liao, David. Naval Hospital Camp Pendleton. "Management of Acne." The Journal of Family Practice, 2003 Vol 52 number 1.
8. Mehra Tarun, Borelli Claudia, Burgdorf Walter, Röcken Martin and Schaller Martin. Treatment of Severe Acne with Low-dose Isotretinoin. Acta Derm Venereol 2012; 92: 247-248.
9. Nast Alexander, Dréno Brigitte, Bettoli Vincenzo, Degitz Klaus, Erdmann Ricardo, Finlay Andrew, Ganceviciene Ruta, Haedersdal Merete, Layton Alison, Lopez Esteban José Luis, Ochsendorf Falk, Oprica Cristina, Rosumeck Stefanie, Rzany Berthold, Sammain Adel, Simonart Thierry, Kren Veien Niels, Vurnek Živković Maja, Zouboulis Christos, Gollnick Harald. Guideline on the Treatment of Acne Developed by the Guideline Subcommittee "Acne" of the European Dermatology Forum. September 2011.
10. Orozco Beatriz, Campo Martha Elena, Anaya Liliana Adriana, Atuesta Juan. Guías colombianas para el manejo del acné, una revisión basada en la evidencia por el Grupo Colombiano de Estudio en Acné. Revista de la Asociación Colombiana de Dermatología 2011; 19: 129-158.
11. Thiboutot Diane MD. New Treatments and Therapeutic Strategies for Acne. American Medical Association. ARCH FAM MED/VOL 9, FEB 2000.