

Protocolo del acné

T. Pozo Román

Dermatólogo. Jefe Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Pío del Río-Hortega.

Fecha de recepción: 15 de septiembre 2014

Fecha de publicación: 10 de octubre 2014

Adolescere 2014; II (3): 30-36

Concepto

El acné es la enfermedad dermatológica más frecuente en la adolescencia, con una prevalencia del 70-87% aunque puede ocurrir antes y después de la misma. La enfermedad persiste generalmente hasta los 20 años o más y puede tener una repercusión emocional importante y por tanto una alteración de la calidad de vida comparable a la experimentada en enfermedades crónicas como la diabetes o la epilepsia.

No es raro que, en niños entre 7 y 12 años, como resultado de la adrenarquia testicular normal / maduración ovárica, pueda aparecer acné (hasta un 78% entre los 9 y los 10 años). El acné puede ser el primer signo de la maduración puberal.

En niños menores de 7 años también pueden aparecer lesiones de acné de forma excepcional (comedones y lesiones inflamatorias, ocasionalmente nodulares) y generalmente autolimitadas. En ellos hay que evaluar otros signos de virilización y / o crecimiento sexuales que pueden indicar una anomalía sistémica subyacente (enfermedades endocrinológicas, tumores, gonadal / patología ovárica) y en ese caso la derivación a un endocrinólogo pediátrico puede estar justificada.

Diagnóstico y valoración de la gravedad

El diagnóstico del acné en la adolescencia en general es fácil, las lesiones presentes son comedones abiertos o cerrados, pápulas, pústulas, nódulos y en los casos más severos abscesos y fistulas localizados en la cara (99%), espalda (60%) y pecho (15%). Suele acompañarse de seborrea.

Aunque hay numerosos sistemas de gradación de la severidad del acné, no hay ninguno estándar y su utilidad es sobre todo para la realización de estudios. Para propósitos clínicos vamos a utilizar la clasificación recomendada por la Guía Europea basada en la Evidencia (2012) (TABLA 1)

A la hora de valorar la gravedad de un acné es preciso tener en cuenta, además del tipo y número de las lesiones:

- Antecedentes familiares de acné severo
- Respuesta previa a los tratamientos efectuados
- El impacto psico-social del acné
- La probabilidad de cicatrices

Tratamiento

Los fármacos utilizados son (TABLA 2):

Fármacos OTC (“over-the-counter”). Son tratamientos tópicos, ampliamente publicitados en revistas y televisión, que en su mayoría no han sido probados, a pesar de lo cual pueden ser útiles en acnés leves. Los que han sido probados son el ácido salicílico y el peróxido de benzoilo (PB).

Ácido salicílico. Presenta alguna eficacia pero mucho menor que PB.

Peróxido de benzoilo (2,5-10%). Es uno de los más versátiles, seguros, baratos y eficaces tratamientos para el acné. Es útil en monoterapia o en asociación, especialmente con antibióticos tópicos minimizando el desarrollo de resistencia a antibióticos. Se aplica una vez al día.

- Frecuentemente causa sequedad, eritema y peladura al iniciar el tto que mejoran utilizando inicialmente concentraciones bajas (2,5%) y asociando emolientes.
- Puede causar blanqueamiento del pelo y de la ropa.
- Puede producir dermatitis alérgica de contacto en 1 de cada 500 pacientes.

Fármacos tópicos con prescripción médica:

Retinoides tópicos (tretinoína, isotretinoína, adapaleno y tazaroteno) pueden utilizarse como monoterapia o en combinación con PB, o antibióticos en todos los tipos y niveles de gravedad del acné y en todas las edades (aunque en menores de 8-10 años su uso no figura en la ficha técnica). Se aplican una vez al día.

- Pueden producir ardor, sequedad y descamación que se reducen utilizando de inicio la concentración más baja posible, o espaciando el tratamiento (cada 2 días) y usando emolientes de forma habitual.
- El tazaroteno es eficaz, pero se usa con menos frecuencia porque es más irritante.
- Adapaleno presenta el mejor perfil de seguridad y tolerancia seguido por isotretinoína y después tretinoína, además es fotoestable, incluso en combinación fija con PB.
- Tretinoína y adapaleno tienen categoría C en el embarazo.

Antibióticos tópicos. Clindamicina, eritromicina y tetraciclina, aunque esta última está en desuso porque tiñe la piel. Eritromicina es la que presenta una tasa más elevada de resistencias del P. acnes. Se aplican 2 veces al día.

- Los antibióticos tópicos no deben recomendarse en monoterapia por su lento inicio de acción y la casi segura aparición de resistencias.

Ácido azelaico al 20%. Actúa tanto sobre lesiones inflamatorias como sobre no inflamatorias con una eficacia comparable a tretinoína 0.05%, PB 5%, y eritromicina tópica al 2%. Se aplica 1-2 veces al día.

- No es irritante, ni teratogeno, ni se asocia con reacciones fotodinámicas.
- No induce resistencias en el P. acnes.

Tratamientos combinados a dosis fijas. En los últimos años han salido al mercado numerosas combinaciones de estos fármacos: PB/clindamicina, PB/adapaleno, PB/eritromicina, isotretinoína/eritromicina y tretinoína/clindamicina. Se aplican una vez al día, lo que puede facilitar la adherencia.

En general son más caras que los mismos productos prescritos separadamente y las pautas de tratamiento menos flexibles, lo que a su vez dificulta la adherencia.

Fármacos sistémicos (con prescripción médica)

Antibióticos orales. Minociclina y doxiciclina son los de elección. No está claro cual de ellos tiene el mejor perfil de seguridad y tolerancia. La dosis es de 1 comprimido al día que es preferible ingerir en ayunas, al menos durante 4-8 semanas (aunque la respuesta máxima se alcanza después de 3-6 meses). Al igual que los antibióticos tópicos no deben administrarse en monoterapia.

- Fotosensibilidad (fotoxicidad) y "esofagitis por píldora" son más comunes con doxiciclina oral. El primero puede ser eludido con fotoprotección adecuada, y el segundo ingiriéndola con un vaso grande de agua y manteniendo una posición vertical al menos 1 hora después de la ingestión. También es útil el uso de preparados con cubierta entérica.
- La hipertensión intracraneal benigna o pseudotumor cerebral (dolor de cabeza, alteraciones visuales, a veces náuseas o vómitos), también se ha asociado con el uso de tetraciclina, doxiciclina o minociclina.
- Con Minociclina se han descrito también:
 - Hiperpigmentación que parece que se correlaciona con la dosis acumulada a lo largo del tiempo.
 - Vértigo y mareo en los primeros días, en relación con el peso del paciente. Cede al suspender el tratamiento.
- En pacientes por debajo de 8 años o con alergia a tetraciclinas, eritromicina, azitromicina y trimetoprim sulfametoxazol, son las alternativas.

Isotretinoína oral (de uso exclusivo por dermatólogos). Se recomienda una dosis de inicio de 0,5 mg/kg/día las primeras 4-5 semanas incrementándose después la dosis si es posible hasta 1 mg/kg y día. Puede usarse en pacientes preadolescentes.

- El efecto adverso más importante es su potencial teratógeno.
- La posible elevación de transaminasas y de colesterol y triglicéridos obliga a controles analíticos antes y durante el tratamiento.
- Los efectos secundarios más frecuentes son la sequedad de piel y mucosas, la fotosensibilidad y mialgias que son reversibles después de terminado el tratamiento. El sangrado nasal por sequedad también es frecuente, sobre todo en las primeras semanas.

- Otros 3 grupos de efectos adversos importantes, controvertidos y especialmente relevantes en niños son:
 - Los efectos óseos que se han descrito con los retinoides (desmineralización, hiperóstosis, cierre prematuro de las epífisis), que no parecen ser un problema en el tratamiento del acné.
 - La asociación con enfermedad inflamatoria intestinal (en particular con la colitis ulcerosa), parece ser un fenómeno idiosincrásico, que afecta sólo a un pequeño grupo de pacientes.
 - Las alteraciones del estado de ánimo, depresión e ideas suicidas asociadas con isotretinoína son según la evidencia disponible anecdóticas. Estadísticamente los pacientes con acné más severo tienen más probabilidades de tener una alteración mental e incluso ideas suicidas. Sin embargo algunos estudios indican que cuando el acné mejora, lo hace también la calidad de vida y los síntomas depresivos y las ideas suicidas disminuyen.

La terapia hormonal (con anticonceptivos orales combinados, en España fundamentalmente etinilestradiol y acetato de ciproterona). Puede ser útil como 2ª opción en mujeres, pero muchos expertos recomiendan no iniciarlos hasta un año después de la menarquia, para permitir el desarrollo de tanta densidad mineral ósea como sea posible.

- El riesgo de tromboembolismo es bajo en la adolescencia, y los efectos adversos más comunes son: náuseas, vómitos, sensibilidad en los senos, dolor de cabeza, aumento de peso y sangrado.

Las pautas recomendadas son las descritas en la TABLA 3

Otras consideraciones

La adherencia es el término moderno para describir el grado de cumplimiento de las indicaciones dadas y la relación médico-paciente, que en esta enfermedad y con estos pacientes es fundamental para obtener éxito, por lo que debe ser revisada en cada visita (inicialmente cada 4-6 semanas), particularmente si la respuesta es menor de lo esperado. La adherencia está en función de la eficacia y comodidad del tratamiento, así como de la capacidad del médico para entenderse con el paciente y los padres.

- *En relación con el tratamiento propiamente dicho* hay que tener en cuenta:
 - Los tratamientos deben ser lo más sencillos posibles, para minimizar el riesgo de error.
 - Se deben utilizar los medicamentos cuyos vehículos mejoren la tolerancia y la comodidad de aplicación.
 - Puede ser necesario adaptar la prescripción a las posibilidades económicas de los pacientes.
 - El impacto psico-social del acné puede ser significativo incluso sin una correlación clara con la severidad de la enfermedad cutánea y sin que el paciente lo admita.
- *Es importante aclarar* las dudas que pueda haber y generalmente calmar las expectativas de los pacientes, lo que al menos inicialmente, conlleva visitas más prolongadas y frecuentes. Los aspectos más habitualmente consultados son los relacionados con la higiene personal, la dieta y el uso de cosméticos.

- Muchos adolescentes creen que el acné está relacionado con la higiene facial lo que les lleva a tratarse con sustancias astringentes potentes, sustancias abrasivas o aplicarse cepillados vigorosos. Es importante que entiendan que esas actuaciones pueden incluso empeorar el acné, aumentando la inflamación y el riesgo de cicatrices.
- Ningún lavado antibacteriano, con la excepción del PB se ha demostrado útil en el acné.
- Muchos médicos prefieren recomendar ellos mismos un régimen de cuidado diario de la piel, que incluye una crema hidratante y un fotoprotector.
- Actualmente no es posible hacer ninguna recomendación clara en relación con la dieta. Sólo parece haber algunos datos respecto a la institución de una dieta hipoglucémica en casos muy individualizados.
- Los cosméticos en general no empeoran el acné, por el contrario el uso de maquillajes no comedogénicos, "oil-free" pueden mejorar el aspecto y la calidad de vida de los pacientes.
- Los tónicos faciales pueden disminuir la grasa de la piel, pero no deben sobreusarse porque pueden ser irritantes y ello afectaría negativamente a la tolerancia a los tratamientos tópicos del acné.
- La extracción de comedones (abiertos), cuando se hace con delicadeza puede ser útil para conseguir una mejoría rápida.
- Otro aspecto del tratamiento que los pacientes no suelen preguntar pero que también es importante aclarar es la necesidad del mantenimiento del tratamiento durante meses o años (según la edad y virulencia de la enfermedad) una vez pasada la fase de brote, para reducir la frecuencia e intensidad de los nuevos brotes. El acné se puede considerar una enfermedad crónica, ya que a pesar de los tratamientos, los pacientes siguen teniendo lesiones hasta los 20 años o más.

Bibliografía

1. Eichenfield et al. Evidence-Based Recommendations for the Diagnosis and Treatment of Pediatric Acne. *PEDIATRICS* (2013) vol. 131 (Supplement) pp. S163-S186
2. Ibero-Latinoamericano. acné - algoritmo terapéutico 2014. *Colegio Ibero-Latinoamericano de Dermatología* (2014) pp. 1
3. Nast et al. European evidence-based (S3) guidelines for the treatment of acne. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV* (2012) vol. 26 Suppl 1 pp. 1-29

Tablas

Tabla 1.
Clasificación del acné

Acné comedoniano (no inflamatorio)
Comedones abiertos y/o cerrados No hay lesiones inflamatorias Al principio de la enfermedad (los primeros meses o años)
Acné pápulo-pustuloso leve-moderado (inflamatorio)
Pápulas y pústulas de <5mm de diámetro, mezcladas con numerosos comedones
Acné pápulo-pustuloso severo, nodular moderado (inflamatorio)
Pápulas, pústulas y nódulos Persisten comedones y empieza a haber cicatrices
Acné nodular severo /conglobata
Nódulos de 10 mm o más de diámetro, dolorosos Abscesos y fístulas Cicatrices y quistes epidérmicos Además de comedones y lesiones inflamatorias más superficiales

Tabla 2.
Fármacos usados en el acné

TÓPICOS
<ul style="list-style-type: none">— OTC (“over-the-counter”)....Ampliamente publicitados en revistas y televisión, la mayoría de estos productos no han sido probados, a pesar de lo cual pueden ser útiles en acnés leves. Los que han sido probados son el ácido salicílico y el peróxido de benzoilo— Con prescripción médica: retinoides, ac. azelaico y antibióticos
SISTÉMICOS (con prescripción médica):
<ul style="list-style-type: none">— Antibióticos, isotretinoína, etinilestradiol / acetato de ciproterona

Tabla 3.
Tratamiento del acné

Acné comedoniano (no inflamatorio)
Un retinoide o la combinaciones de retinoide y PB + emolientes <i>Opción: PB o ac. azelaico</i>
Acné pápulo-pustuloso leve-moderado (inflamatorio)
PB o retinoide de forma aislada o retinoide + PB o antibiótico tópico (clindamicina) + PB + emolientes <i>Opción: ácido azelaico</i> Si no es suficiente, añadir un ciclo de antibióticos orales de 4-8 semanas Una vez que la formación de lesiones inflamatorias disminuye claramente, se puede suspender el antibiótico oral
Acné pápulo-pustuloso severo, nodular moderado (inflamatorio)
Antibiótico oral + retinoide + PB + emolientes <i>Opción: cambiar el antibiótico o en mujeres considerar el tratamiento hormonal.</i> <i>Opción: isotretinoína</i>
Acné nodular severo /conglobata
isotretinoína oral + emolientes <i>Opción: antibióticos orales + ac. azelaico.</i>
Mantenimiento
Retinoides + emolientes <i>Opción: ac. azelaico.</i>
El algoritmo para el tratamiento del acné en pacientes preadolescentes es esencialmente el mismo, aunque no hay estudios que lo avalen, sólo la opinión de los expertos. Las tetraciclinas no se pueden usar en menores de 8 años.