

Imágenes

Acné ¿qué hacer?

*Dra. Graciela Pellerano**

INTRODUCCIÓN

La acné es una enfermedad que compromete la unidad pilosebácea. Afecta al 85% de los adolescentes y al 8% de los adultos entre 25 y 34 años.

Se caracteriza por su polimorfismo clínico. Puede presentar comedones, pápulas, nódulos, quistes y en ocasiones, cicatrices.

Patogenia

El desarrollo de la acné se debe fundamentalmente a cuatro factores que interactúan entre sí:

1. Seborrea mediada por andrógenos y respuesta anormal de las unidades pilosebáceas, aun ante niveles hormonales normales.
2. Formación de comedones debido a anomalías en la hiperproliferación y diferenciación de los queratinocitos ductales.
3. Los cambios dentro del conducto lle-

van a su colonización por *Propionibacterium acnes*. Se producen citoquinas proinflamatorias.

4. Inflamación y reacción inmunológica del huésped con nueva liberación de citoquinas inflamatorias, como el factor de necrosis tumoral (TNF) e interleuquinas 1 y 6 (IL-1) (IL-6).

Clasificación (Fotografías 1a y 1b)

Para la determinación de la gravedad de la acné se deben tener en cuenta, además, el impacto psicosocial y también las dificultades laborales que esta patología puede producir en los adolescentes.

Factores exacerbantes

- Medicamentos:
 1. Andrógenos.
 2. Corticoides sistémicos o tópicos.
 3. Tuberculostáticos.
 4. Vitamina B1, B6 y B12.

FOTOGRAFÍA 1: Clasificación de la acné

1.a. No inflamatoria (comedones).



1.b. Inflamatoria:

- Leve (papulo-pústulas escasas).
- Moderada (papulo-pústulas numerosas o extendidas).
- Grave (noduloquística).



* Unidad Dermatología,
Hospital General
de Agudos
Dr. Cosme Argerich.
Buenos Aires.

5. Antiepilépticos: barbitúricos, hidantoína.
 6. Halógenos: bromuros, yoduros.
 7. Sales de litio y algunos antidepresivos: amineptina, imipramina.
 8. Inmunosupresores: azatioprina, ciclosporina.
 9. Quinina y quinidina.
- Factores endocrinos: poliquistosis ovárica, embarazo, hormona de crecimiento.

FIGURA 1: Acné. Terapéutica

Retinoides tópicos

- Normalizan la descamación.
- Reducen la respuesta inflamatoria.

Antibióticos

- Acentúan sobre microorganismos.
- Disminuyen la respuesta inflamatoria.

Peróxido de benzoilo

- Reduce los microorganismos.

Isotretinoína oral

- Disminuye la producción de sebo.
- Normaliza la descamación folicular.
- Disminuye indirectamente la colonización por *P. acnes*.
- Disminuye la inflamación.

**Hormonas**

- Reducen la producción de sebo.
- Normalizan la descamación folicular.

FIGURA 2: Acné: Antes y después del tratamiento con isotretinoína oral.



- Factores emocionales: estrés.
- Mecanismos de autoagresión: acné excoriado.

Mitos a desterrar

- Chocolate, frituras, etc. No empeoran la evolución de la acné. No se ha podido demostrar la influencia de las dietas, aunque se preconiza una alimentación razonablemente "sana".
- El sol no mejora las lesiones de acné. El bronceado puede disimularlas pero definitivamente tiende a empeorarlas, modificando aún más al folículo pilosebáceo. Además, algunos de los tratamientos locales o sistémicos pueden sensibilizar la piel al sol. Deben usarse protectores solares, no comedogénicos.

Tratamiento de la acné

(Tablas 1 y 2 y Figura 1)

- Todos los pacientes con acné merecen ser tratados.
- Debe motivarse al paciente para cumplir el tratamiento y ser optimista al respecto, ya que esto es clave para el éxito.
- Debe explicarse al paciente, reiteradamente, que el tratamiento puede durar un año o más, que tendrá períodos de

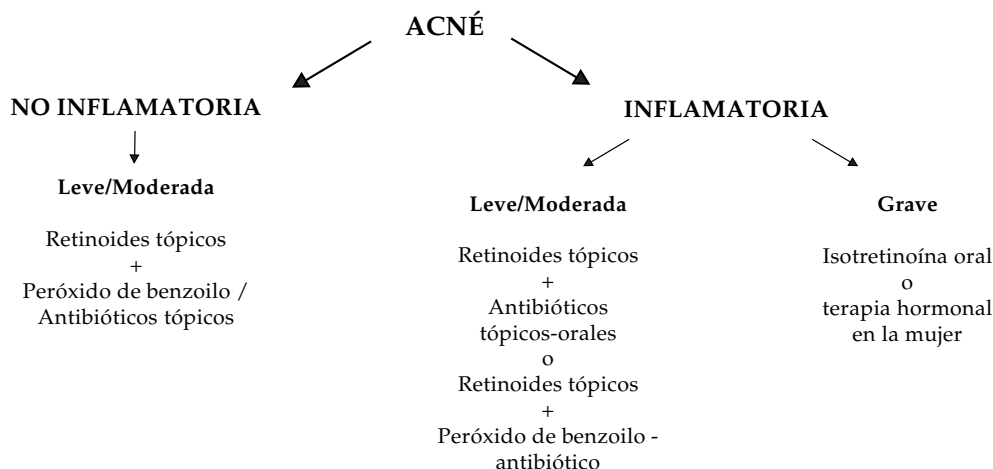
TABLA 1: Acné. Tratamientos tópicos

- Tretinoína.
- Adapaleno.
- Tazaroteno.
- Peróxido de benzoilo.
- Antibióticos (eritromicina, clindamicina, nadifloxacina).
- Ácido azelaico.
- Otros (azufre, resorcinol, ácido salicílico).

TABLA 2: Acné. Tratamientos sistémicos

- Antibióticos orales: tetraciclina, minociclina, limeciclina, doxiciclina, macrólidos, cotrimoxazol (trimetoprima-sulfametoxazol/TMS).
- Reínoides: isotretinoína.
- Anticonceptivos orales.
- Acetato de ciproterona
- Espironolactona.
- Glucocorticoides.
- Dapsona.

FIGURA 2: Algoritmo de tratamiento



remisión y recidiva parcial.

- El tratamiento debe iniciarse precozmente.
- Deberá ser tratada mientras la evolución lo requiera.

Recurrencia o falta de respuesta

- Cambiar o intensificar el tratamiento (por ejemplo: cambiar por otro antibiótico o por isotretinoína, especialmente en los casos de falla terapéutica después de 2 o 3 ciclos de tratamiento con antibióticos).
- Considerar factores agravantes y no cumplimiento.

¿QUÉ HACER DESPUÉS DE CURAR

LA ACNÉ? (Fotografía 2)

Debe enfocarse el atenuamiento de las cicatrices, para lo cual no existe ningún tratamiento 100% efectivo. Esto debe aclararse al paciente para evitar falsas ex-

pectativas.

Los tratamientos en orden de complejidad son:

- Exfoliaciones ("peelings") químicas, superficiales, medias o profundas.
- Microexfoliaciones ("micropeelings").
- Nieve carbónica.
- Criocirugía.
- Dermoabrasión quirúrgica.
- Láser de anhídrido carbónico (CO₂).
- Sustancias de relleno (colágeno, ácido hialurónico, etc.).

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

- Cohen Sabban E, Cordero A. Acné: nuevas tendencias. Arch Argent Dermatol 2003; 53(3):107-117.
- Gollnik H, Cunliffe W. Management of acne. A report from global alliance to improve outcomes in acne. J Am Acad Dermatol 2003; 49:S1-S37.
- Leyden J. Improving acne outcomes with combination therapy. J Am Dermatol 2003; 49:S199.
- Dreno B. Acne. Encyclopedie Medico-Chirurgicale 98. 820-A-10:1-11.