

Acné

Fecha de la última revisión: **31/01/2013**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [Etiopatogénesis](#)
3. [¿Cómo se diagnostica?](#)
4. [¿Cómo se trata?](#)
5. [Criterios de derivación](#)
6. [Bibliografía](#)
7. [Más en la red](#)
8. [Autora](#)

¿De qué hablamos?

El acné es una enfermedad crónica de la glándula pilosebácea asociada con un aumento en la secreción de grasa. La obstrucción del folículo pilosebáceo influye en la patogénesis de las lesiones inflamatorias, debido a la excesiva producción de sebo por las glándulas sebáceas o por la descamación de las células epiteliales de las paredes del folículo.

El acné es el trastorno cutáneo más frecuente en adolescentes (Fonseca E, 2003). El 28-61% de personas entre 10 y 12 años padece acné y la cifra aumenta hasta el 79-95% en los adolescentes de 16 a 18 años. Predomina en edades comprendidas entre los 12 y 25 años; en varones jóvenes tiende a resolverse entre los 20-25 años, mientras que en mujeres puede persistir hasta los 30-40 años. Es un trastorno más severo en varones que en mujeres.

Etiopatogénesis

Su etiología es desconocida, si bien se mencionan como factores de riesgo para padecer acné (Fonseca E, 2003):

1. Altos niveles de andrógenos, aunque la mayoría de las mujeres con hiperandrogenismo no lo tienen. Por otra parte, los altos niveles androgénicos estimulan la actividad de las glándulas pilosebáceas.
2. Farmacológico: los esteroides, estrógenos, fenitoína, litio, etc., se han demostrado como causa de acné.
3. Hereditario: existe una fuerte asociación entre lesiones de acné grave y el síndrome XYY (varones altos con retraso mental ligero y comportamiento agresivo).
4. Menstruación.
5. Bacteriano: el aislamiento de altas concentraciones de *Propionibacterium* en frente y espalda es mayor en pacientes entre 11 y 22 años con acné que en controles, aunque no hay diferencias entre pacientes y controles mayores de 20 años.

El acné vulgar es una enfermedad del folículo pilosebáceo, en el que hay cuatro factores involucrados: hiperqueratinización folicular, aumento de producción de sebo, existencia de *Propionibacterium Acnes* dentro del folículo y el factor inflamatorio.

La secuencia de acontecimientos que conducen al desarrollo de una lesión de acné no se entiende completamente. El primer cambio en la unidad pilosebácea inicialmente se pensó que era la hiperqueratinización folicular, asociado tanto con aumento de la proliferación y la disminución de la descamación de los queratinocitos que recubren el orificio folicular. Esto da como resultado la obstrucción del folículo con el sebo y la queratina (microcomedones). Sin embargo, la afluencia de células inflamatorias en la región perifolicular puede preceder a los cambios en la queratinización. Los factores de iniciación de este proceso inflamatorio son desconocidos (Thiboutot A, 2012).

- El factor dietético hace años se señaló factor de riesgo de acné. La ingesta de alimentos grasos, chocolate o nueces, dietas ricas en azúcares refinados se sostuvo en relación con la etiología del acné. En la actualidad existe poca evidencia acerca de la eficacia de la dieta, lavado de cara y la exposición al sol en el tratamiento del acné. El médico no puede ser didáctico en sus recomendaciones sobre dieta, higiene y lavado de cara y la luz solar, debiendo dar consejos de forma individual (Magin P, 2005).
- Estrés: existe una correlación entre la severidad del acné y los episodios de estrés.

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico se realiza por su presentación clínica y no es necesaria ninguna prueba complementaria para el diagnóstico. Existe asociación entre el síndrome de ovario poliquístico y lesiones de acné. Si hay sospecha de éste solicitaremos: testosterona, FSH y LH y DHEA-S.

Las lesiones suelen afectar preferentemente a la cara (99% de los casos), la espalda (60%), la parte alta del tronco (15%), los brazos y los hombros.

Se debe realizar el diagnóstico diferencial con otros procesos como rosácea, dermatitis perioral, vasculitis, foliculitis bacteriana por *Staphylococo Aureus* o foliculitis por *Pityosporum*, pseudofoliculitis de la barba o erupciones acneiiformes inducidas por medicamentos (bromo, yodo, litio, etc.).

La rosácea, antes denominada acné rosácea, es una enfermedad crónica de causa desconocida que afecta a la piel de la cara, en especial a la nariz, las mejillas, la frente y a la barbilla. Además de afectar a la unidad pilosebácea, como en acné, presenta un incremento de la reactividad de los capilares al calor, lo cual produce rubor y en última instancia telangiectasias. Empeora con la exposición solar, estancia en lugares muy caldeados o cambios bruscos de temperatura, comidas y bebidas muy calientes, alimentos con muchas especias y quesos fermentados, con el alcohol y bebidas estimulantes, estrés y ansiedad. A menudo coexisten acné y rosácea, aunque ésta predomina en edades de 40 a 50 años y en fototipos I y II en personas de origen celta.

En función de su severidad clínica el acné se clasifica en (Boletín Terapéutico Andalucía, 2010; Infac, 2008):

- Acné leve: predominan los comedones (acné comedoniano o grado I), con escaso componente inflamatorio (pocas lesiones papulopustulosas).
- Acné moderado (acné papulopustuloso o grado II): junto a los comedones, las lesiones predominantes son papulopústulas y puede haber alguna pequeña formación nodular.
- Acné grave (acné noduloquístico o grado III): incluye áreas más extensas con lesiones nodulares, quísticas y abscesiformes, o el acné moderado que no responde a 6 meses de tratamiento.

Clínicamente puede clasificarse, en función de las lesiones predominantes en:

- Acné comedónico: abundante lesiones tipo comedón (abiertos o cerrados) con escasos cambios inflamatorios.
- Acné pustuloso: presencia de pústulas (lesiones inflamatorias) y comedones.
- Acné quístico: predominio de lesiones quísticas que dejan cicatriz. Una forma de acné quístico es el acné conglobata, con lesiones inflamatorias multifoliculares quísticas que contienen material purulento, resistentes al tratamiento y que producen cicatrices deformantes.
- Acné fulminante: variante poco frecuente, presente en hombres jóvenes de 13 a 17 años. Inicio agudo caracterizada por síntomas sistémicos (malestar, fatiga, fiebre, artralgias, etc.) y acné quístico grave con supuración concomitante y ulceración en todos los casos, con leucocitosis y elevación de la velocidad de sedimentación globular.



Acné predominante pápulo pustuloso
Acné predominante pápulo pustuloso en frente con algunos comedones cerrados y algunas excoりaciones.



Acné quístico
Acné quístico con tendencia cicatrizal en cara. También podemos ver algunas lesiones pustulosas.

¿Cómo se trata?

Es importante informar al paciente acerca de las características de la enfermedad, del tratamiento (duración y necesidad de continuidad) y medidas generales que debe adoptar: uso de cosméticos de base acuosa libres de grasa (oil free), no manipular ni rascar las lesiones y lavados adecuados con jabón neutro o antiséptico que puede realizar una o dos veces al día e incluso después del ejercicio. Sin embargo debe evitar lavar la piel de forma repetitiva. Se procurará lavar el cabello diariamente, en especial si es graso. Evitar usar gorras o sombreros apretados, tocarse la cara con manos o dedos, evitar cremas o cosméticos grasos, retirar el maquillaje por las noches, etc. (Boletín Terapéutico Andalucía, 2010).

La radiación UV mejora el aspecto de las lesiones de acné, aunque puede haber efecto rebote.

No existe evidencia de que las modificaciones dietéticas varíen la gravedad del proceso, por lo que no están indicadas recomendaciones específicas en ese sentido (Magin P, 2005).

Para el acné de predominio comedoniano suelen manejarse preparados queratolíticos y para el pustuloso antibióticos tópicos u orales según la gravedad (Fonseca E, 2003; InfaC, 2008).

El tratamiento del acné de acuerdo a su gravedad se resume en la siguiente tabla (Infac, 2008):

Tabla 1. Resumen tratamiento acné	
Acné leve (Grado I)	• Peróxido de benzoilo. • Retinoides tópicos. (en monoterapia o combinados)
Acné moderado (Grado II)	Combinación: • peróxido de benzoilo+antibiótico tópico. • peróxido de benzoilo+retinoide tópico. • peróxido de benzoilo+retinoide tópico+antibiótico tópico.

	Si fracasa, afecta hombros o espalda o riesgo de cicatrices o cambios pigmentación importante: antibiótico oral+peróxido benzoilo y/o retinoide tópico.
Acné grave (Grado III)	• Antibiótico oral* 6 meses, asociado a peróxido de benzoilo con o sin retinoide tópico. • Isotretinoína oral (derivación a dermatología). • Tratamiento antiandrogénico (etinilestradiol con acetato de ciproterona), en mujeres con sospecha de acné causa hormonal. *(Doxiciclina, oxitetraciclina, tetraciclina. Si contraindicadas: eritromicina).
Acné en el embarazo	• Puede empeorar o mejorar en los primeros meses de embarazo. • Es preferible no usar tratamiento durante el embarazo. • Si se decide tratar, puede utilizarse peróxido de benzoilo y eritromicina tópica.

En el **acné leve y moderado** suele ser suficiente el tratamiento local:

- **Peróxido de benzoilo** al 2,5%, 5 o 10%, ha demostrado su eficacia cualquiera que sea la severidad del acné. Es un agente oxidante con propiedades bactericidas y es el tratamiento de primera elección (Boletín Terapéutico Andalucía, 2010).
- También pueden ser útiles los retinoides tópicos como el **ácido retinoico** en crema o solución, aplicado a días alternos por la noche, durante la primera semana y después a diario o el **adapaleno**. Ambos pueden ser irritantes al principio. Se utilizarán a bajas concentraciones y se aplicarán por la noche. Iremos aumentando el tiempo de exposición y la concentración a medida que se incremente la tolerancia cutánea.
- Antibióticos tópicos: **eritromicina** o **clindamicina tópica**, en gel o solución cada 12 horas. La **eritromicina tópica** al 1,5-2% aplicada una o dos veces al día reduce las lesiones inflamatorias, comparada con placebo. La **clindamicina tópica** al 1% aplicada cada noche o dos veces al día reduce las lesiones inflamatorias y/o comedones en pacientes con acné de severidad moderada. Existen preparados que combinan antibióticos tópicos y retinoides. Se mostraron más efectivos que en monoterapia o que placebo para reducir las lesiones inflamatorias, tanto **clindamicina** como **eritromicina** con **peróxido de benzoilo**.
- Se recomendará tratamiento oral si el anterior no es efectivo pasados 2 ó 3 meses. Todas las tetraciclinas orales tienen una eficacia similar (Ingram JR, 2010) y pueden causar sensibilización. La dosis habitual de **eritromicina** es de 250 a 500 mg/día durante 3 a 6 meses. La dosis de 1 g/día durante seis meses es más efectiva que dosis menores. La **doxiciclina** se utiliza a dosis de 100 mg cada 12 horas 10 días y 100 mg al día hasta completar 2 meses. No se deben utilizar tetraciclinas en menores de 12 años.
- Los anticonceptivos orales combinados redujeron las lesiones de acné, los grados de gravedad y la evaluación de acné realizado por el paciente comparado con el placebo (Arowojolu AO, 2003). Hubo diferencias en la efectividad de los anticonceptivos orales combinados que contenían tipos y dosis variables de progestágeno (Rosen MP, 2003). La combinación de 20 mcg de **etinilestradiol** y 100 mcg de **levonorgestrel** es más efectivo que placebo. Los que contenían acetato de **ciproterona** manifestaban una mejoría más notable que el levonorgestrel. El tratamiento hormonal con **acetato de ciproterona y estrógeno** durante 6 meses reduce la secreción de las glándulas sebáceas y mejora las lesiones de acné. Se ha comparado la eficacia clínica de los anticonceptivos de segunda y tercera generación, sin observarse diferencias (Rosen MP, 2003).

En el caso de **acné grave** suelen ser necesarios fármacos orales, manteniendo el tratamiento tópico. Actualmente el tratamiento más eficaz disponible es el **ácido isotretinoico**, derivado de la vitamina A con acción antiacneica potente (Ingram JR, 2010; Nast, 2012), que lo debe indicar el dermatólogo, a dosis de 0,3-0,5 mg/Kg/día en caso de acné papulopustuloso severo o acné nodular moderado o a dosis de 0,5-1 mg/Kg/día en acné conglobata. La ingesta se realiza en 2 ó 3 tomas coincidiendo con las comidas, durante 6 meses. No se recomienda superar la dosis máxima acumulada de 120-150 mg/Kg ni su utilización en menores de 12 años. En caso de respuesta insuficiente el tratamiento puede prolongarse. En principio las lesiones papulosas suelen empeorar y la mejoría suele producirse alrededor de las 20 semanas.

Su eficacia se basa en la inhibición de la función de la glándula pilosebácea y la queratinización. Alertaremos al paciente de que produce sequedad de mucosas y conjuntivas, lo que se puede corregir con lubricantes como vaselina y cremas hidratantes libres de grasa. Produce también piel frágil, picor, aumento de la sensibilidad al sol, descamación de plantas o palmas, epistaxis o hemorragia bucal, mialgias, ceguera nocturna, ictericia o coluria, dolores óseos, soldadura de los cartílagos de conjunción, hiperostosis, depresión y síntomas psicóticos.

Es teratógeno, por lo que en la mujer se debe indicar anticoncepción hormonal un mes antes de su toma, durante su utilización y hasta dos meses después. Se han descrito casos de hidrocefalia o microcefalia, retrasos mental, labio leporino o defectos cardiacos en gestantes que han estado expuestas al ácido isotretinoico.

Es necesario hacer un control de función la hepática y lípidico, realizar un primer hemograma a los 15 días y a continuación cada 2-3 meses. En un 25% de los casos eleva los triglicéridos plasmáticos, en un 15% el LDL y en un 7% el colesterol, lo cual puede incrementar el riesgo cardiovascular. Se han informado casos de hepatotoxicidad clínica. En un estudio se observó que en un 15% de los tratados se incrementaban de forma ligera a moderada las enzimas hepáticas, y éstas se corregían al disminuir la dosis del medicamento. Los controles óseos (radiografías y gammagrafías) sólo son necesarios en tratamientos superiores a 6 meses de duración. No está permitido donar sangre hasta un mes después del tratamiento por la posibilidad de donación a gestantes. El ácido isotretinoico es lipofílico por lo que pasa con facilidad a la leche materna, contraindicandose la lactancia materna en caso de utilización del medicamento.

Las tetraciclinas y el ácido isotretinoico pueden causar pseudotumor cerebral (edema intracraneal benigno), por lo que nunca deben utilizarse en combinación.

No se ha demostrado que la espironolactona sea efectiva en el tratamiento del acné (Farquhar C, 2008).

El tratamiento con láser tampoco ha demostrado ser efectivo en un ensayo clínico controlado (Chu AC, 2004).

Las lesiones típicas de acné recurren con el paso de los años, pues es considerada un enfermedad crónica. La terapia de mantenimiento es aquella que permite una remisión de las lesiones de acné. En casos de acné leve a moderado suele ser suficiente con tratamiento tópico (Nast, 2012).



Acné

Acné pápulo pustuloso en cara y cuello con algunos comedones cerrados y algunas excoりaciones.

Criterios de derivación

Es aconsejable la derivación al dermatólogo en los casos siguientes (Fonseca E, 2003; NICE, 2001):

1. Variantes severas de acné, como acné fulminante.
2. Acné nódulo-quístico, que podría beneficiarse del tratamiento con isotretinoína oral.
3. Acné que cause problemas sociales o psicológicos, incluido trastornos dismorfofóbicos.
4. Pacientes con acné moderado que no mejoran con tratamiento tóxico y sistémico durante al menos 6 meses.
5. Sospecha de proceso endocrinológico como causa de acné (ej. síndrome ovario poliquístico) subsidiario de tratamiento.

Bibliografía

- Arowojolu AO, Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Garner SE. Píldoras anticonceptivas combinadas orales para el tratamiento del acné (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). CD004425. [Texto completo](#)
- Centro Andaluz de Información de Medicamentos (CADIME). Escuela Andaluza de Salud Pública. Acné: tratamiento. Boletín Terapéutico Andaluz. 2010;26(1). [Texto completo](#)
- Chu AC. Pulsed dye laser treatment of acne vulgaris. JAMA. 2004;292(12):1430. PubMed [PMID: 15383510](#)
- Farquhar C, Lee O, Toomath R, Jepson R. Espironolactona versus placebo o combinada con esteroides para el hirsutismo y el acné (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). CD000194. [Texto completo](#)
- Fonseca Capdevila E (coordinador). Acné Juvenil. En: Dermatología Pediátrica. Madrid: Aula Médica; 2003. p. 925-80. ISBN 13: 978-84-7885-329-8.
- Haider A, Shaw JC. Treatment of acne vulgaris. JAMA. 2004;292(6):726-35. PubMed [PMID: 15304471](#). [Texto completo](#)
- Ingram JR, Grindlay DJ, Williams HC. Management of acne vulgaris: an evidence-based update. Clin Exp Dermatol. 2010;35(4):351-4. PubMed [PMID: 19874358](#)
- Magin P, Pond D, Smith W, Watson A. A systematic review of the evidence for 'myths and misconceptions' in acne management: diet, face-washing and sunlight. Fam Pract. 2005;22(1):62-70. PubMed [PMID: 15644386](#). [Texto completo](#)
- Nast A, Dréno B, Bettoli V, Degitz K, Erdmann R, Finlay AY, et al.; European Dermatology Forum. European evidence-based (S3) guidelines for the treatment of acne. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2012;26 Suppl 1:1-29. PubMed [PMID: 22356611](#). [Texto completo](#)
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). Acne. Referral Advice - a guide to appropriate referral from general to specialist services. [Internet]. London: National Institute for Clinical Excellence; 2001 [acceso 16/12/2012]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/media/94D/BE/Referraladvice.pdf>
- Rosen MP, Breitkopf DM, Nagamani M. A randomized controlled trial of second-versus third-generation oral contraceptives in the treatment of acne vulgaris. Am J Obstet Gynecol. 2003;188(5):1158-60. PubMed [PMID: 12748463](#)
- Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Tratamiento del acné y la rosácea [Internet]. Eskualdeko Farmakoterapi Informazioa - Información Farmacoterapéutica de la Comarca. Vol. 16 núm. 2 [acceso 16/12/2012]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkcevi04/eu/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/infac_v16_n2.pdf
- Thiboutot A, Zaenglein A. Pathogenesis, clinical manifestations and diagnosis of acne vulgaris [Internet]. En Walthman MA: UpToDate; 2012, version 18.3. [acceso 16/12/2012]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>

Más en la red

- Arowojolu AO et al. Combined oral contraceptive pills for treatment of acne. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Jul 11;7:CD004425. PubMed [PMID: 22786490](#).
- Garner SE et al. Minocycline for acne vulgaris: efficacy and safety. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Aug 15;8:CD002086. PubMed [PMID: 22895927](#).
- Nast A et al. European Dermatology Forum. European evidence-based (S3) guidelines for the treatment of acne. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2012 Feb;26 Suppl 1:1-29. doi: 10.1111/j.1468-3083.2011.04374.x. PubMed [PMID: 22356611](#).
- Simpson RC et al. What's new in acne? An analysis of systematic reviews and clinically significant trials published in 2010-11. Clin Exp Dermatol. 2011 Dec;36(8):840-3; quiz 843-4. doi: 10.1111/j.1365-2230.2011.04218.x. PubMed [PMID: 22074369](#).

Autora

- Lourdes Purriños Orgeira Médico Adjunto del Servicio de Urgencias.

Hospital Arquitecto Marcide. Ferrol (A Coruña). España.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

