

CAPÍTULO 1 Acné

K. STROM

Epidemiología

El acné es la enfermedad cutánea más frecuente de la adolescencia. Pero también aparecen diversas formas de acné en los lactantes y niños de corta edad. La frecuencia del acné del recién nacido (*acne neonatorum*) se estima en un 20%. Estos pacientes tienen acné al nacimiento o aparece durante las primeras semanas de vida. En la mayoría de los casos, sigue un curso muy leve y autolimitado. La persistencia del *acne neonatorum* y la aparición de acné en etapas más avanzadas de la infancia, es rara. Esta forma de acné se denomina acné infantil (*acne infantum*), que también puede presentar cuadros graves (*acné conglobata infantil*), que puede reflejar una alteración endocrinológica, o ser marcador de formas graves de acné en la pubertad. La mayoría de los adolescentes desarrollarán formas intermedias de acné vulgar. También existen formas exógenas de acné o erupciones acneiformes en los niños como es el acné cosmético, también conocido como acné venenata, (originado por pomadas y ungüentos faciales), acné mecánico (originado por los cascos y hombreras en jugadores de fútbol americano), acné esteroideo y cloracné.

Patogénesis

Además de los factores genéticos, en la patogénesis de esta enfermedad multifactorial también juegan un cierto papel otros factores internos y externos. Se detectan una producción de sebo aumentada y una retención de

queratina y lípidos en el canal folicular. Esto favorece la colonización de las glándulas sebáceas con *Propionibacterium acnes*. Las propionibacterias pueden provocar inflamación activando la cascada del complemento. Además también pueden ser muy importantes los factores hormonales y los factores externos (medicamentos tópicos grasos, corticoides, derivados del cloro).

El cloracné se ha visto en niños tras el contacto accidental con dioxinas durante el accidente industrial de Soveto en Italia.

Clínica

El acné afecta exclusivamente a zonas cutáneas con folículos pilosebáceos, por esta razón en la infancia la enfermedad está generalmente limitada a la cara. El acné venenata infantil constituye una excepción y puede afectar a otras zonas del cuerpo ya que está originado por el efecto oclusivo de ungüentos y pastas. Normalmente las lesiones cutáneas del acné neonatal consisten en comedones cerrados (pápulas blancas) y pápulo-pústulas (Figura 1). En las primeras fases del acné vulgar, existen comedones cerrados (blancos) y abiertos (negros), los cuales pueden evolucionar a pápulas inflamatorias y pápulo-pústulas. Por lo general, todas estas típicas lesiones cutáneas aparecen de manera simultánea (Figura 2). En la forma más grave del acné (*acné conglobata*), aparecen además nódulos hemorrágicos y quistes. Las lesiones inflamatorias pueden curar dejando cicatrices puntiformes deprimidas, cicatrices crateriformes o queloides.



Figura 1. Acne neonatorum. Abundantes pápulas y pápulo-pústulas en las mejillas y el mentón.



Figura 2. Acné vulgar. Comedones abiertos y cerrados mezclados, junto con abundantes pápulas y pápulo-pústulas.

Síntomatología

Por regla general el acné es asintomático. Los grandes nódulos o quistes pueden provocar picores locales o dolor.

Diagnóstico

Habitualmente el acné se diagnostica clínicamente. Normalmente no son necesarios procedimientos diagnósticos especiales. No obstante, la historia debería incluir los antecedentes de posibles agentes externos inductores. Un acné resistente al tratamiento o de progresión rápida durante la infancia debería hacernos pensar en un trastorno hormonal, como serían unos niveles elevados de andrógenos secunda-

rios a un exceso de hormonas ováricas o adrenales. En este caso, se debe analizar los niveles de testosterona libre, dehidroepiandrosterona (DHEA) y sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEAS), hormona luteinizante (LH) y hormona folículoestimulante (FSH).

Diagnóstico diferencial

Los marcadores del acné son los comedones y una amplia variedad de lesiones inflamatorias. En la Tabla 1 se exponen los criterios fundamentales sobre el diagnóstico diferencial.

El eccema seborreico del lactante recuerda a un acné neonatal pero en él hay ausencia de comedones. El cuadro clínico del acné infantil puede parecerse a la dermatitis perioral, pero

Tabla 1. Diagnóstico diferencial del acné infantil.

Diagnóstico	Diagnóstico diferencial
■ Eccema seborreico	Descamación grasa brillante; no hay comedones
■ Dermatitis perioral	Localización fundamentalmente perioral, periocular y perinasal; no hay comedones; con frecuencia destaca en la anamnesis un tratamiento anterior con corticoides tópicos
■ Acné rosácea	Además de las pápulas y pápulo-pústulas, también hay telangiectasias y eritema persistente de las mejillas, la nariz y el mentón; no hay comedones; con frecuencia en la anamnesis destaca un tratamiento anterior con corticoides tópicos

se distingue por su localización y la presencia de comedones.

Tratamiento

La localización y gravedad de las lesiones cutáneas determinarán si es suficiente un tratamiento estrictamente tópico o si ha de ser complementado con un tratamiento sistémico. Los comedones y pápulo-pústulas que se localizan principalmente en la cara habitualmente responden bien a una terapia exclusivamente tópica. Las lesiones cutáneas nodulares y quísticas que aparecen sobre todo en el tronco, casi siempre requieren además una terapia sistémica. El acné conglobata de la espalda es una afección esencialmente de varones jóvenes. La mayoría de casos de acné conglobata infantil requieren un tratamiento sistémico. Por el contrario, el acné neonatal casi siempre es una afección cutánea de curso leve y autolimitado que en la mayoría de los casos o no requiere tratamiento o sólo medidas conservadoras (Tabla 2).

Nunca se debe subestimar el impacto emocional del acné en pacientes jóvenes. Con frecuencia, estas personas precisan tanto de un

Tabla 2. Tratamiento de las diversas formas de acné infantil y juvenil.

■ Acné neonatorum	Normalmente no necesita tratamiento; eventualmente antisépticos suaves o ácido azelaico en crema
■ Acné infantil	Combinación de antibióticos/antisépticos tópicos y tretinoína o adapaleno; isotretinoína solamente para casos graves del acné conglobata infantil
■ Acné vulgar	Combinación de antibióticos/antisépticos tópicos y tretinoína; se puede añadir minociclina; en caso de respuesta insuficiente o para el tratamiento del acné conglobata se empleará isotretinoína
■ Acné cosmético (venenata)	Eliminar las causas desencadenantes; la tretinoína es el tratamiento comedolítico más adecuado
■ Acné esteroideo	Eliminar los corticoides o disminuir la dosis, puede ser útil el tratamiento tópico con metronidazol o retinoides

amigo que le pueda animar, como seguir el tratamiento médico prescrito. Puede llegar a haber grandes discrepancias entre el grado de afectación observada por el médico, y la propia valoración que el paciente hace de su enfermedad, su gravedad y del impacto que tiene en su vida.

■ Tratamiento tópico

El tratamiento local del acné se dirige hacia varios mecanismos patogénicos como son: la oclusión folicular, los agentes microbianos y el exceso de producción de sebo.

■ **Limpieza de la piel.** A pesar de que el tratamiento local no pueda influir sobre la actividad de las glándulas sebáceas, la grasa visible sobre la superficie de la piel acostumbra a ser cosméticamente desagradable, lo que justifica el desengrasado de la piel. Por lo tanto, por la mañana y por la noche, antes de aplicar medicamentos específicos contra el acné se debe

hacer una limpieza meticulosa de la piel. En los casos más leves se puede recurrir a un dermolimpiador exento de jabón. En las formas de acné intensamente inflamatorias se recomienda dar a continuación unos toques sobre la piel con soluciones antisépticas en base alcohólica (clorhexidina digluconato al 1% en alcohol isopropílico al 40%).

■ **Tratamiento antibiótico.** Los antibióticos tópicos son eficaces para reducir la contaminación con *Propionibacterium acnes*, y además tienen un efecto antiinflamatorio. Sin embargo, no deben utilizarse nunca como tratamiento único del acné porque se corre el riesgo de generar resistencias en estas bacterias y otros gérmenes de la flora residente, como son los estafilococos coagulasa negativos. Además, se ha demostrado que la combinación del tratamiento con un antibiótico tópico y un antiséptico tópico supera el resultado de cualquier monoterapia.

Entre los antibióticos tópicos se puede recurrir a la eritromicina y clindamicina. Comercialmente, existen diversas formulaciones galénicas de eritromicina y clindamicina, como son soluciones alcohólicas o productos en gel. También existen soluciones que contienen eritromicina combinada con antiinflamatorios (acetato de zinc), antisépticos (peróxido de benzoilo), o con tretinoína. El efecto de la eritromicina es comparable al de la clindamicina. Normalmente no cabe esperar efectos secundarios de la aplicación tópica. La sensibilización por contacto es extremadamente rara.

■ **Tratamiento antiséptico.** Los antisépticos peróxido de benzoilo y ácido azelaico tienen un efecto antimicrobiano y comedolítico. El peróxido de benzoilo, que se elabora a concentraciones del 2,5%, 5% y 10%, es un antiséptico muy eficaz. Existe en forma de gel, crema, loción y jabón líquido. En los niños se recomienda utilizar los productos al 2,5%, ya que el efecto de las distintas concentraciones es similar, pero su efecto irritante aumenta cuanto mayor es la concentración. Las concentraciones más altas están indicadas especialmente

para las pieles muy grasas, sobre todo para los jóvenes. Es frecuente que el peróxido de benzoilo provoque irritaciones, especialmente cuando no se aplica correctamente (demasiada cantidad con demasiada frecuencia). Pero la sensibilización por contacto frente al peróxido de benzoilo es extremadamente rara. Además del peróxido de benzoilo, también cabe citar otro producto con efecto antiséptico: el ácido azelaico. El ácido azelaico inhibe la conversión de testosterona en 5- α -dihidrotestosterona. A pesar de que en la bibliografía se dice que el efecto del ácido azelaico es comparable al del peróxido de benzoilo, en nuestra experiencia clínica estimamos que es algo menos eficaz. El ácido azelaico se puede utilizar sobre todo en las formas leves de acné (acné comedoniano) con éxito y muy poca irritación cutánea.

■ **Tratamiento antiqueratinizante y comedolítico.** Los derivados ácidos de la vitamina A (tretinoína) por vía tópica normalizan los trastornos foliculares de la cornificación y por lo tanto tienen un efecto comedolítico. Estos productos están disponibles en concentraciones del 0,025%, 0,05% de 0,1%, con distintas formas galénicas (solución, crema). Todos los derivados ácidos de la vitamina A tienen un efecto irritante. Producen sequedad de la piel, eritema y descamación. Debido al efecto irritante y secante de la tretinoína, para iniciar el tratamiento son preferibles los productos en gel y en crema que las soluciones. Aparte de esto, es frecuente que al principio del tratamiento se observe una exacerbación del acné, variable entre individuos, durante las primeras 2-6 semanas. Para mantener el cumplimiento de la terapia, es imprescindible explicar exactamente a los pacientes o a sus padres los efectos secundarios y el curso de la enfermedad durante el tratamiento. Además, debe considerarse también el efecto fotosensibilizador de los derivados ácidos de la vitamina A. Incluso cuando la aplicación se realice por la noche, se debe emplear protección solar durante el día, sobre todo en las estaciones del año en las que el sol es más intenso, ya que estas sustancias se absorben por vía percutánea.

El adapaleno constituye un nuevo retinoide sintético con menos efectos secundarios irritantes y carece de fototoxicidad. El adapaleno está disponible en forma de gel. Sin embargo, según nuestra experiencia, parece que su efectividad en el tratamiento del acné es menor que los derivados ácidos de la vitamina A y por lo tanto, queda reservado para las formas leves de acné pápulo-pustuloso.

■ Tratamiento sistémico

■ **Antibióticos.** En el tratamiento del acné, el efecto de los antibióticos sistémicos se basa por un lado en la reducción de la contaminación por *Propionibacterium acnes* y por otro en su efecto antiinflamatorio por inhibición de la quimiotaxis de los polimorfonucleares neutrófilos. La efectividad máxima no se alcanzará hasta las 6-8 semanas del inicio del tratamiento. El tratamiento con antibióticos por vía oral siempre es una medida de apoyo al tratamiento local.

La minociclina es la tetraciclina de elección para el tratamiento antibiótico sistémico del acné. El empleo de tetraciclinas en niños de menos de 12 años está contraindicado ya que puede provocar coloraciones permanentes de los dientes, lesiones irreversibles en el esmalte y retrasos del crecimiento óseo. Alternativamente, en los niños se pueden utilizar eritromicina y clindamicina por vía sistémica. Sin embargo, en el caso de la eritromicina, existe el problema de la aparición creciente de resistencias en las cepas de *Propionibacterium acnes*. Por este motivo, el tratamiento sistémico con eritromicina siempre debe combinarse con un tratamiento local antiséptico o antiqueratinizante. En la infancia, la dosis de eritromicina es de 30 a 50 mg/kg, distribuido en dos a cuatro dosis separadas. La colitis pseudomembranosa es un efecto secundario raro pero importante de la clindamicina. Nosotros sólo empleamos la clindamicina para el tratamiento oral del acné en casos excepcionales.

■ **Isotretinoína.** La isotretinoína (ácido 13-cis-retinoico) es un análogo sintético de la vitamina A ácida que ha demostrado ser muy útil para el tratamiento sistémico del acné. La isotretinoína tiene un efecto comedolítico y antiseborreico, que secundariamente provoca una reducción de *Propionibacterium acnes*. Además, la isotretinoína tiene un marcado efecto antiinflamatorio. Debido a sus numerosos efectos secundarios, como sequedad de piel y mucosas, hepatotoxicidad, aumento de los triglicéridos, y lo que es más importante, trastornos del crecimiento y el poco frecuente síndrome DISH (hiperóstosis esqueléticas diseminadas idiopáticas), la isotretinoína sólo se utiliza para el tratamiento del acné de la infancia en casos excepcionales. Este tratamiento sólo está indicado en los casos raros de acné conglobata infantil o juvenil. La dosis de administración de isotretinoína en niños es de 0,3 a 0,7 mg/kg durante un período de 4 a 6 meses, debiendo alcanzar una dosis total de 120 mg/kg para evitar las recidivas a largo plazo.

Bibliografía

- Berson D.S., Shalita A.R.: The treatment of acne: the role of combination therapies. *Journal of the American Academy of Dermatology* 32:S31-S41 (1995)
- Goulden V., Layton A.M., Cuncliffe W.J.: Long-term safety of isotretinoin as a treatment for acne vulgaris. *British Journal of Dermatology* 131:360-363 (1994)
- Jansen T., Burgdorf W.H., Plewig G.: Pathogenesis and treatment of acne in childhood. *Pediatric Dermatology* 14:17-21 (1997)
- Lehucher-Ceyrac D., Weber-Buisser M.J.: Isotretinoin and acne in practice: a prospective analysis of 188 cases over 9 years. *Dermatology* 186:123-128 (1993)
- Lucky A.W.: Acne therapy in infancy and childhood. *Dermatologic Therapy* 6:74-81 (1998)
- Plewig G., Albrecht G., Henz B.M., Meigel W., Schöpf E., Stadler R.: Systemische Behandlung der Akne mit Isotretinoin: Aktueller Stand. *Hautarzt* 48:881-885 (1997)
- Rothmann K.F.: Acne update. *Dermatologic Therapy* 2:98-110 (1997)