

2.- ACNÉ VULGAR

Introducción:

El acné es uno de los padecimientos dermatológicos más frecuentes, es una enfermedad crónica y multifactorial que afecta la unidad pilosebácea; afecta a todos los seres humanos alguna vez entre los 12 y los 24 años de edad. Las estadísticas varían en frecuencia oscila entre 20-25% en México. La edad de comienzo varía de 12 a 13 años en la mujer y de los 13 a 14 años en los varones. Predomina en la segunda década de la vida y disminuye en la tercera, en general desaparece antes de los 25 años; registrando su pico de severidad de los 17 a los 21 años. Su fisiopatología se debe a varios factores entre ellos la hipersecreción sebácea por la acción androgénica de las hormonas, el taponamiento del folículo piloso por material queratósico, irritación de la paredes foliculares por sebo y bacterias (principalmente *Propionibacterium acnes*) y por último se agrega un proceso inflamatorio donde participan el complemento y polimorfonucleares; todo lo anterior teniendo una influencia hormonal importante.

Código CIE-10:

Acné vulgar L70.0, acné conglobado L70.1, acné tropical L70.3, acné infantil L70.4, acné excoriado de la mujer joven L70.5, acné no especificado L70.9.

Elementos diagnósticos

Se presenta principalmente en la adolescencia. Se localiza a nivel de cara en frente, mejillas, nariz, regiones submaxilares; tronco en ambas caras y rara vez en glúteos. Se caracteriza por presentar seborrea, pústulas, papulas, comedones abiertos y cerrados, y abscesos de diferentes tamaños; en casos extremos pueden aparecer nodulos o quistes; además se presentan manchas eritematosas residuales y cicatrices deprimidas puntiformes o lineales, incluso pueden ser hipertróficas o queloides. Tiene una evolución crónica por brotes, con períodos de remisión y exacerbación. De acuerdo al tipo de lesión que predomine se puede clasificar al acné como comedónico, papuloso, pustuloso, conglobata (nódulo-quístico) y como otra variante acné fulminans.

Factores exacerbantes

Se sabe que cualquier producto cosmético que pueda favorecer el taponamiento folicular puede empeorar el acné (maquillaje, cremas, incluso productos para pelo). Algunos medicamentos como esteroides, litio, vitamina B12, antiepilépticos y yoduros pueden provocar brotes de acné. La hiperplasia adrenal congénita, síndrome de ovarios poliquísticos y otras alteraciones endocrinas que cursan con exceso de andrógenos pueden causar acné.

Diagnóstico diferencial

Se debe realizar diagnóstico diferencial con foliculitis decalvante de la nuca, foliculitis, dermatitis perioral, rosácea, hiperplasias sebáceas, siringomas, verrugas planas, demodicosis.

Datos de laboratorio y gabinete específicos

El diagnóstico es clínico, sin embargo, se debe diferenciar de otros padecimientos acneiformes como: Rosácea, erupciones por medicamentos (corticoesteroides, vitamina B, isoniácida, halógenos, anticonceptivos, hidrocarburos), dermatitis perioral, tuberculides foliculares de la cara, acné del recién nacido.

Indicaciones terapéuticas

Medicamentos de 1ª, 2ª y 3ª línea

Tiene como objetivo reducir la seborrea, evitar la formación de nuevos comedones, eliminar los ya formados, disminuir las lesiones inflamatorias y una vez controlado el cuadro disminuir o mejorar las secuelas (manchas y cicatrices), así como evitar o espaciar recaídas.

Medicamentos de 1ª línea

Es la elección en casos de acné leve. Se emplean medicamentos tópicos que se pueden dividir en 2 grupos: 1) Antibióticos y 2) sustancias exfoliantes, que se aplican por separado o en formulaciones combinadas; las presentaciones pueden ser en gel, solución, crema, espuma o toallas. Actúan como antiseborreicos, bactericidas y queratolíticos. Dentro del primero se emplean clindamicina 1%, eritromicina 4% y nadifloxacino 1% con aplicación una o dos veces al día. En el segundo grupo anteriormente se empleaban con mayor soluciones hidroalcohólicas con ácido salicílico (5-8%), resorcina (3%), licor de Hoffman (éter sulfúrico y alcohol), azufre (3%). Actualmente se cuenta con ácido retinoico (0.010%-0.100%), retinaldeído, peróxido de benzoilo (2.5-10%), ácido azelaico (20%), adapalene (0.01%) y ácido glicólico (6-8%). Es importante informales al paciente que pueden producir una exfoliación de la piel que en ocasiones llega a ser molesta.

Medicamentos de 2ª línea

Se emplean tratamientos sistémicos en casos de acné inflamatorio moderado o severo. Corresponden al uso de antibióticos que en general se emplean a dosis pequeñas pero por tiempo prolongado. Los más usados son las tetraciclinas (250mg-1g/día) y derivados como la minociclina (50-100mg/día), limeciclina (150-600mg/día), doxiciclina (50-100mg/día) por su efecto sobre P. acnes; otros son el trimetoprim-sulfametoxazol, diamino difenil sulfona. En mujeres donde se demuestre alteraciones hormonales como ovarios poliquísticos deben controlarse con anticonceptivos con efecto antiandrógeno.

Medicamentos de 3ª línea

En casos de acné conglobata o acné que no responde a tratamientos convencionales se emplea retinoides oral derivados de la vitamina A, principalmente isotretinoína. Su mecanismo de acción es sobre la glándula sebácea y la hiperqueratosis folicular. Se administra por vía oral a dosis de 0.5-1mg/kg de peso/día hasta alcanzar una dosis total de 120-150mg/kg de peso, que usualmente lleva entre 6-8 meses. Es un medicamento que tiene muchos efectos colaterales como queilitis, xerostomía, xeroftalmía, xerosis, eritema facial, epistaxis, teratogenia, dislipidemias, etc., por lo que deben realizarse estudios de laboratorio antes, durante y al terminar el tratamiento para un adecuado control, así como las mujeres no deben embarazarse durante el tratamiento controlándose con un método anticonceptivo.

Medidas higiénicas y dietéticas

Son base fundamental para un mejor control del padecimiento. Se debe hacer hincapié en aseo de cara 2 veces al día con agua tibia y jabón de tocador (en ocasiones se pueden emplear jabones dermatológicos que ayuden a controlar la seborrea), sin tallado de la piel para no destruir las lesiones. Debido a que no se ha relacionado la alimentación con el acné los pacientes pueden ingerir una alimentación normal balanceada.

Ejercicio y estilo de vida

No se ha demostrado la influencia y/o impacto de realizar alguna actividad física con acné.

Educación y cuidados específicos

No aplicar cremas o maquillajes grasosos en la cara, evitar el empleo de mascarilla o remedios caseros. No debe haber manipulación de las lesiones ya que pueden dejar mayor cantidad de manchas y cicatrices residuales. No deben exponerse al sol sin protección mientras se encuentren con tratamientos exfoliantes. No ingerir vitaminas del complejo B, corticoesteroides y hormonales androgénicos que pueden empeorar el cuadro clínico.

Pronóstico

Es una enfermedad que desaparece con la edad, por lo que requiere tratamientos que controlen el padecimiento y limiten las secuelas, especialmente las cicatrices.

Prevención y manejo de las complicaciones

Con una adecuada educación del paciente y familiares sobre la etiología, el curso y los cuidados generales, específicamente el controlar los brotes y evitar la manipulación de las lesiones se puede disminuir de manera importante las cicatrices, que en ocasiones no se logran eliminar sino sólo atenuar.

Establecer criterios de curación, mejoría y alta

Una vez que se controlen las lesiones inflamatorias y obstructivas, se puede dar de alta al paciente con un tratamiento de mantenimiento que modifique los factores etiopatogénicos del acné, tales como la seborrea y la hiperqueratosis folicular.

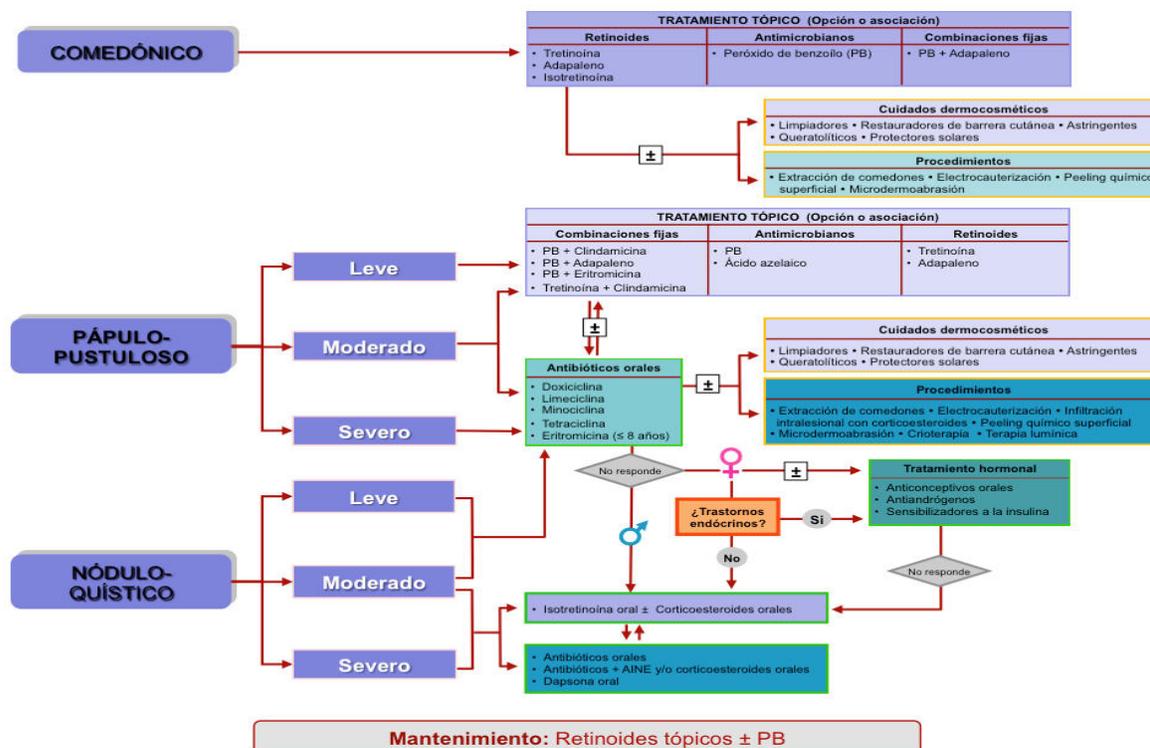
Indicaciones de hospitalización

El manejo de estos pacientes es ambulatorio. Casos muy severos como el acné fulminans, los cuales son raros pudieran requerir de manejo intrahospitalario.

Referencia y contrarreferencia

Casos de acné relacionados con alteraciones hormonales pueden requerir valoración por el ginecólogo o endocrinólogo.

Diagrama de flujo



Bibliografía:

1. Archer S, Cohen S, Baron E. Guidance on the diagnosis and clinical management of acne. Clinical and Experimental Dermatology, 37 (Suppl. 1), 1–6.
2. William D. Acne. N Engl J Med: 352;14-25.
3. Landro A, Cazzaniga S, Parazzinin F, Ingordo V. Family history, body mass index, selected dietary factors, menstrual history, and risk of moderate to severe acne in adolescents and young adults. J Am Acad Dermatol; 2012: 35-39.
4. Taylor M, Gonzalez R, Porter M. Pathways to inflammation: acne pathophysiology. Eur J Dermatol 2011; 21(3): 323-33.
5. Roshaslinie Ramli1, Aamir Saeed Malik1, Ahmad Fadzil Mohamad Hani1 and Adawiyah Jamil. Acne analysis, grading and computational assessment methods: an overview. Skin Research and Technology 2012; 18: 1–14.