

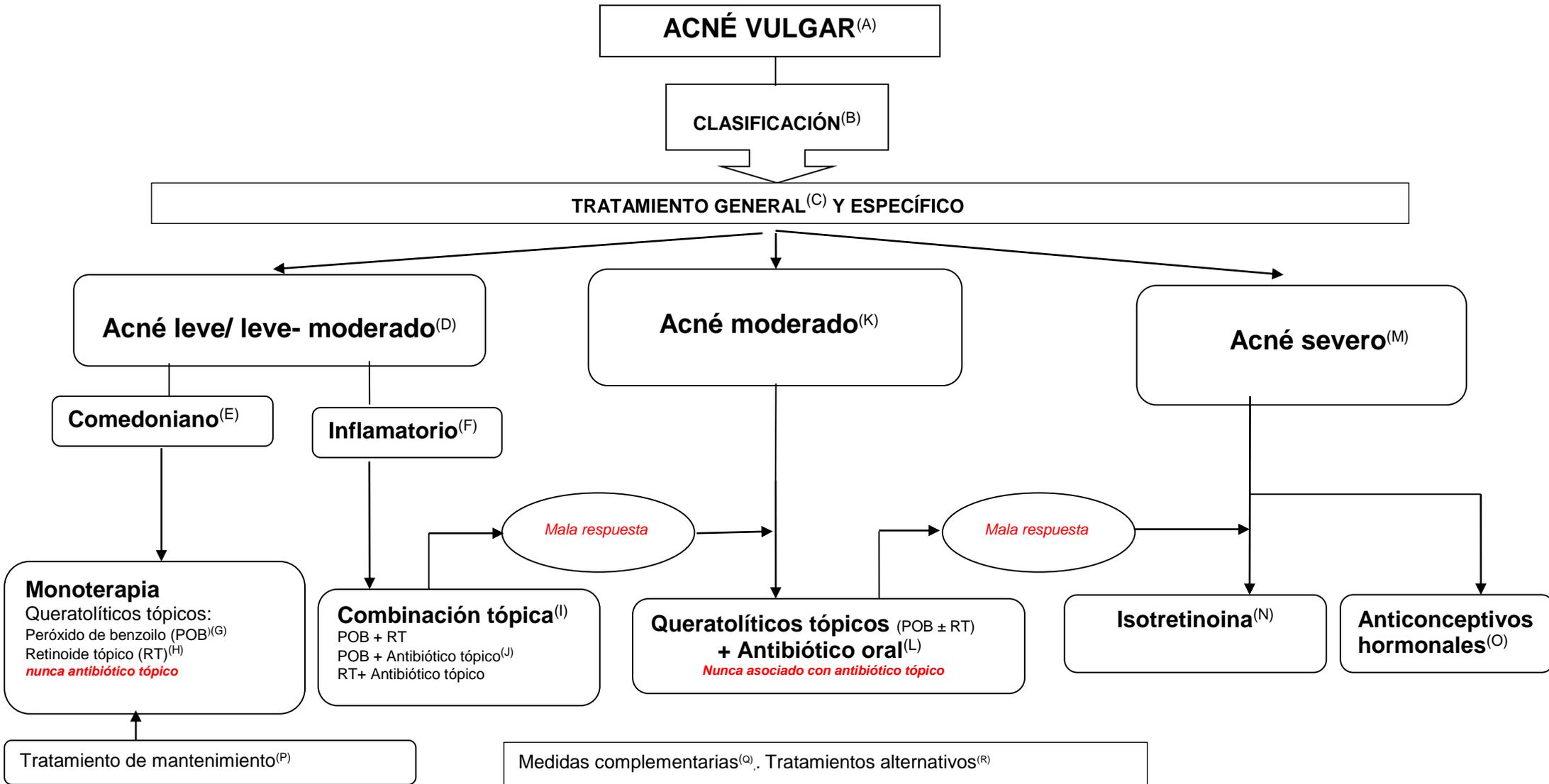
TÍTULO: Acné vulgar

AUTORES:

Begoña Rodríguez- Moldes Vázquez
Pediatra. CS Alamín. Guadalajara

Ángela Hernández Martín
Dermatóloga. Hospital Niño Infantil Jesús. Madrid

Cómo citar este artículo: Rodríguez- Moldes Vázquez B. Hernández Martín A. Guía de algoritmos en pediatría de Atención Primaria. Acné vulgar. AEPap 2018 (en línea) consultado el dd/mm/aaaa. Disponible en algoritmos.aepap.org



COMENTARIOS

A. Acné vulgar

El acné vulgar es una enfermedad inflamatoria crónica de la unidad pilosebácea. Es una enfermedad muy prevalente (afecta a más del 90% de los adolescentes en mayor o menor grado), de etiología multifactorial, que se caracteriza por:^{1,2,3}

* aumento y alteración de la **secreción de las glándulas sebáceas** inducida por andrógenos

* **queratinización** anormal del infundíbulo folicular, que origina los comedones

* alteración en la microflora bacteriana con colonización por el Propionibacterium acnes (**P. acnes**)

* liberación de mediadores de la **inflamación** en el folículo pilosebáceo dando lugar a la formación de pápulas y pústulas inflamatorias

No se ha podido demostrar un nivel de evidencia entre el acné y distintos factores, como dieta, alcohol, tabaco, sueño, exposición solar, higiene de la piel y estrés, entre otros.¹

Manifestaciones clínicas

La cara y la parte superior del tronco son las regiones más frecuentemente afectadas por el acné. La morfología de las lesiones se relaciona con los procesos fisiopatológicos que ocasionan el acné, por lo que podemos observar:

* seborrea o exceso de grasa

* lesiones no inflamatorias: comedones cerrados (puntos blancos) y comedones abiertos (puntos negros)

* lesiones inflamatorias: pápulas, pústulas, nódulos y quistes

* lesiones cicatriciales: atróficas, hipertróficas y queloides

En la mayoría de los pacientes el acné es mixto o polimorfo, es decir, coexisten diferentes tipos de lesiones.

B. Clasificación del acné

La clasificación del acné se realiza en función del tipo de lesión elemental que predomine, el número de lesiones, la gravedad de las mismas y la edad de presentación.

Existen distintas clasificaciones y algoritmos de tratamientos, sin que ninguno de ellos se aplique de forma sistemática en la práctica habitual, dificultando la elección del tratamiento y la comparación de resultados.⁴

La Guía de Práctica Clínica Canadiense⁵ clasifica el acné en tres grados: acné comedoniano, acné papulopustular moderado y acné grave, mientras que la Guía de la Academia Americana de Dermatología⁶ lo clasifica en acné leve, moderado y grave, ambas publicadas en el 2016. Las guías europeas⁷ diferencian cuatro grados, como se recoge en el último Consenso Español⁴: acné comedoniano, acné papulopustuloso leve o moderado, acné papulopustuloso grave o nodular moderado y acné noduloquístico grave o cicatricial. Proponen un algoritmo para la clasificación y tratamiento del acné, con el fin de unificar criterios terapéuticos, lo que facilitará la comparación de resultados y la realización de estudios a nivel nacional.^{4,6} En la actualidad ninguna de estas clasificaciones puede ser universalmente recomendada.⁶

El acné puede causar una morbilidad psicológica significativa (ansiedad, depresión, ideación suicida...), afectando la calidad de vida de los adolescentes, aumentando en un grado la gravedad de su acné.⁴

En este algoritmo haremos un resumen práctico del acné del adolescente, basándonos en estas guías, clasificando el acné según se recoge en el siguiente cuadro:

	Tipo de lesión	Extensión de las lesiones
A.1. Acné leve comedoniano	Comedones cerrados, comedones abiertos	Afectan <50% cara
A.2. Acné leve- moderado inflamatorio	Comedones, pápulas escasas	Afectan <50% cara
B. Acné moderado	Comedones, pápulas numerosas, algún nódulo	Afectan >50% cara
C. Acné severo	Pápulas, pústulas, nódulos, quistes, cicatrices	Cara, tronco

C. Tratamiento

Los pediatras de Atención Primaria no podemos considerar el acné como un trastorno de escasa importancia, autorresolutivo, y debemos **tratarlo siempre**, independientemente de la edad, número y tipo de lesiones, ya que el acné tiene un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes. El tratamiento precoz previene cambios postinflamatorios y lesiones cicatriciales.^{1,2,6,7}

El objetivo terapéutico del acné consiste en tratar los máximos factores fisiopatogénicos posibles (Tabla 1):

- * reducir la producción sebácea
- * prevenir la formación de microcomedones
- * suprimir la proliferación de *P. acnes*
- * reducir la inflamación para prevenir la cicatrización.

Debemos conocer las opciones de tratamiento tópico (monoterapia o combinaciones), que ayudarán al control de la mayoría de las formas de acné leve/ leve- moderado. El tratamiento tópico funciona en el lugar dónde se aplica, por lo que es recomendable aplicarlo en toda el área afectada, no solo en las lesiones individuales. Es importante elegir el vehículo adecuado para el tratamiento tópico según el tipo de piel, sexo y etapa de la enfermedad ya que influirá en la eficacia, seguridad y tolerabilidad del tratamiento. Se debe elegir el tratamiento menos agresivo y con menos efectos adversos que sea más efectivo y que no favorezca el desarrollo de resistencias bacterianas (por ejemplo, evitando el uso de antibióticos orales o tópicos en monoterapia), teniendo en cuenta la edad del paciente, la afectación psicológica y si hay comorbilidades asociadas.^{1,2,4}

Es necesario informar que la mayoría de los fármacos pueden producir irritación cutánea, causa importante de abandono de tratamiento. Esta irritación se puede minimizar comenzando con preparaciones menos concentradas y días alternos, aumentando la concentración del producto o la frecuencia de aplicación según tolerancia.

A menudo el acné se presenta como una enfermedad crónica, con tendencia general a la recaída, por lo que la estrategia actual de tratamiento incluye una fase de tratamiento activo (con varias opciones) seguida de un tratamiento de mantenimiento, para conseguir una remisión sostenida, ayudados por tratamientos cosméticos.^{7,8}

Es muy importante establecer un pacto terapéutico con el paciente, al que se debe proporcionar una amplia información sobre el tratamiento indicado. El paciente debe comprometerse a aplicar y mantener el tratamiento un tiempo mínimo, de 4-6 semanas, para valorar la eficacia. La clave para el éxito del tratamiento está en conseguir una buena adherencia terapéutica.^{1,7} La utilización de estándares fotográficos de las lesiones puede mejorar la evaluación y seguimiento de pacientes con acné.⁶

Hay múltiples protocolos, consensos y guías de tratamiento del acné. Entre las guías más recientes se encuentran las elaboradas por la Academia Americana de Dermatología⁶ y el Grupo Europeo de Expertos en Antibióticos Orales en el acné.⁷ Debido a la escasez de evidencia, estas guías se basan en opiniones de expertos que ilustran manejos similares según lesiones predominantes y gravedad del acné.¹ En la Guía de Práctica Clínica Canadiense, en la Guía Americana para el manejo del acné vulgar y en la Guía de Actualización para el Tratamiento del Acné del Foro Europeo de Dermatología, elaboradas en el 2016, la evidencia disponible y el voto de los expertos llevan a la clasificación de la fuerza de la recomendación.^{6,7}

Algoritmo de tratamiento del acné vulgar basado en: Recomendaciones basadas en la evidencia², Consenso Español⁴, Guía Canadiense⁵, Guía Americana⁶, Guía Europea⁷ y Consenso en el tratamiento tópico del acné⁸

D. Acné leve/ leve- moderado

Tratamiento tópico

El tratamiento inicial en el acné leve o leve/moderado es tópico^{1,2,4,5,6,7,8}

E. Acné leve comedoniano

el tratamiento inicial se hará con queratolíticos tópicos en **monoterapia**:

- * Peróxido de benzoilo (POB)
- * Retinoides tópicos (RT): adapaleno, tretinoína e isotretinoína.

Cuando iniciemos un tratamiento es importante tener en cuenta si ha habido algún tratamiento previo, el coste de los productos, la facilidad de uso (elegir bien el vehículo y evitar tratamientos complejos), el impacto psicológico, las expectativas del paciente y los posibles efectos secundarios del fármaco seleccionado.

Se recomienda aumentar dosis según tolerancia y mantener el tratamiento tópico mientras exista mejoría. Si la respuesta no es adecuada, antes de pasar al siguiente escalón, es importante comprobar que la adherencia al tratamiento es buena.

F. Acné leve- moderado inflamatorio, de presentación inicial, o si no se consigue una respuesta adecuada del acné leve comedoniano, en 6- 8 semanas de tratamiento, se puede pasar al siguiente escalón terapéutico, es decir, al uso de **combinaciones tópicas**:

* POB+ RT

* POB+ antibiótico tópico

* RT+ antibiótico tópico

Si con el tratamiento utilizado inicialmente para el acné leve- moderado inflamatorio no conseguimos una respuesta adecuada, se aconseja cambiar la combinación tópica usada hasta el momento o añadir antibiótico vía oral al queratolítico tópico (grado de recomendación A).²

G. Peróxido de Benzoilo^{2,6,8}

Medicamento de venta libre, seguro, barato y eficaz.

Fármaco ideal para la terapia combinada con antibiótico o RT, con los que tiene acción sinérgica.

Se recomienda elegir la presentación y la concentración (2.5_5 y 10%), en función del tipo de piel a tratar: en piel sensible usar crema a baja concentración, en afectación de pecho y espalda solución jabonosa a mayor concentración. Concentraciones mayores del 5% incrementan el riesgo de irritación sin aumentar la eficacia del tratamiento.

Aplicar en toda el área afecta, no solo sobre las lesiones, 1-2 veces al día. Puede producir dermatitis irritativa al principio del tratamiento, por ello se recomienda iniciar su aplicación a días alternos y con concentraciones bajas, aumentando frecuencia y concentración progresivamente, según tolerancia.

Recomendar uso de fotoprotección.

Considerado en la actualidad como el medicamento óptimo y más seguro para tratamientos prolongados, grado de recomendación A² y nivel de evidencia I y II, según se recoge en la Guía Americana.⁶

Mecanismos de acción:

* efecto antibacteriano, bactericida frente al P. acnes, muestra la misma eficacia que los antibióticos tópicos pero sin riesgo de inducción de resistencias

* queratolítico

* antiinflamatorio moderado

Indicaciones:

* es el fármaco tópico más eficiente en monoterapia para el tratamiento del acné leve comedoniano

* en combinación con RT o con antibiótico tópico en acné leve- moderado inflamatorio

* en asociación con antibiótico oral en acné moderado

Presentaciones:

* gel 2.5, 5 y 10%

* crema del 2.5- 10%

* loción 10%

* solución jabonosa 5%

* suspensión limpiadora 5%

Efectos adversos:

* dermatitis irritativa: escozor, eritema, sequedad y descamación

* puede decolorar el pelo y la ropa (informar a la familia)

- * fotosensibilizante
- * dermatitis de contacto alérgica con prurito e inflamación ocular

H. Retinoides tópicos^{1,2,6,7,8}

Los RT son fármacos que necesitan prescripción médica. Disponemos de tres RT indicados en el tratamiento del acné: **adapaleno, tretinoína e isotretinoína**.

La Guía Europea recoge un perfil de seguridad y tolerabilidad mejor para el adapaleno en comparación con la tretinoína.⁷

Se presentan en distinto tipo de formulación (con mayor o menor efecto irritante) y solos o asociados a otros medicamentos como POB o antibiótico.

Según recoge la Guía Americana, tiene un grado de recomendación A² y nivel de evidencia I y II para el tratamiento del acné vulgar.⁶

Mecanismos de acción:

- * marcada acción anticomedogénica y comedolítica
- * intensa acción queratolítica
- * antibacteriano moderado
- * efecto antiinflamatorio

Indicaciones:

- * tratamiento en acné leve comedoniano
- * en combinación con POB o con antibiótico tópico en acné leve- moderado inflamatorio
- * en asociación con antibiótico oral en acné moderado
- * tratamiento de mantenimiento de todos los tipos de acné

Presentaciones:

- * gel 0.05 y 0.1%
- * crema 0.025, 0.05 y 0.1%

Efectos adversos:

- * irritación (quemazón, escozor, descamación) que se minimiza iniciando tratamiento de potencia más baja, aplicándolo a días alternos y asociando hidratación
- * fotosensibilizante, se recomienda su aplicación nocturna y asociar siempre fotoprotección
- * contraindicados en embarazo por potencial riesgo de absorción

I. Combinación tópica^{2,6,8}

Estudios clínicos comparativos han demostrado que las combinaciones fijas son una pauta terapéutica de sumo interés por su alta eficacia y escasez de efectos secundarios.

Las asociaciones, usadas una vez al día, aumentan el cumplimiento, la eficacia y disminuyen el riesgo de resistencias a los antibióticos.

La combinación de tratamientos tópicos: POB+ RT o POB/RT con antibiótico tópico tienen un grado de recomendación A² y nivel de evidencia I y II.⁶

Indicaciones:

- * POB+ RT en acné leve- moderado inflamatorio
- * POB/RT + antibiótico tópico en acné leve- moderado inflamatorio
- * POB+/-RT+ antibiótico oral en acné moderado
- * POB +/- RT como tratamiento de mantenimiento en acné moderado y acné severo

Asociaciones disponibles:

- * POB+ RT (adapaleno)
- * POB+ antibiótico (clindamicina)
- * RT (tretinoína)+ antibiótico (clindamicina)

J. Antibiótico tópico^{1,2,6,8}

Los antibióticos tópicos más usados en el tratamiento del acné son clindamicina y eritromicina.

Las guías actuales **no recomiendan la monoterapia con antibióticos** (práctica habitual en nuestro país), ya que conlleva el desarrollo de resistencias del P. acnes y cepas de estafilococos (20% en 1979, 70% en 1997). Tienen un grado de recomendación C².

En la actualidad **se usan en combinación con POB o RT**, más eficaces que en monoterapia, obteniendo resultados más rápidos con mayor adherencia al tratamiento y reduciendo el riesgo de resistencias bacterianas. Tienen un grado de recomendación A² y nivel de evidencia I y II para el tratamiento del acné vulgar según recoge la Guía Americana⁶.

Mecanismos de acción:

- * antibacteriano, actúan directamente en P. acnes
- * efecto antiinflamatorio

Indicaciones:

- * en acné leve- moderado inflamatorio en asociación con POB o RT

Presentaciones:

- * clindamicina: monoterapia en gel y solución tópica. Combinaciones: POB+ clindamicina y RT (tretinoína)+ clindamicina
- * eritromicina: monoterapia en gel, solución y toallitas

Efectos adversos:

- * alto riesgo de resistencias bacterianas (**nunca en monoterapia ni en asociación con antibióticos orales**)

K. Acné moderado

Tratamiento oral

Si el acné es moderado o no hay mejoría del acné leve comedoniano o del acné leve-moderado inflamatorio tras el empleo de tratamiento tópico en monoterapia o con combinaciones, se recomienda añadir antibiótico oral al tratamiento tópico previo (grado de recomendación B²).

El antibiótico oral se mantendrá un máximo de 3- 6 meses y nunca se asociará con antibiótico tópico.

La falta de respuesta al tratamiento al cabo de 6- 8 semanas obliga a valorar tratamiento con retinoide oral (isotretinoína) o antiandrógenos por parte del dermatólogo.

L. Antibiótico oral^{1,2,6}

* Las **tetraciclinas** son los antibiótico orales más usados, siendo de elección la **doxiciclina** (50- 100 mg, una o dos veces al día, durante 3-6 meses), más eficaz y segura que la minociclina. Indicada en mayores de 8 años. Valorar respuesta tras periodo de tratamiento de 6- 8 semanas y suspender si no se observa mejoría.

* **Macrólidos:** eritromicina y azitromicina. Actualmente no recomendados por aumento de resistencias del P. acnes, salvo alergia a tetraciclinas o embarazo.

No utilizar nunca en monoterapia ni de forma simultánea antibiótico tópico y sistémico.

El uso prolongado de antibióticos orales y a dosis bajas podría contribuir al aumento de resistencias bacterianas en la comunidad, que pueden disminuir si se usa simultáneamente con POB ± RT.

Las tetraciclinas tienen un grado de recomendación A² y nivel de evidencia I y II.⁶

Los macrólidos tienen un grado de recomendación A² y nivel de evidencia I.⁶

No indicados en el tratamiento de mantenimiento.

Mecanismos de acción:

- * efecto antibacteriano intenso,
- * moderado efecto antiinflamatorio

Indicaciones:

- * acné leve- moderado inflamatorio que no responde al tratamiento tópico
- * acné moderado
- * acné de predominio en tronco
- * en pacientes con riesgo elevado de cicatrización

Presentaciones de doxiciclina:

- * cápsulas 50, 100 y 200mg

Efectos adversos de la doxiciclina:

- * fotosensibilidad (evitable con fotoprotección)
- * esofagitis (se minimiza con fórmulas con cubierta entérica, ingerida con un vaso de agua y manteniendo la posición vertical al menos 1 hora después de la toma)

Presentaciones de minociclina.

- * cápsulas 100 mg

Efectos adversos de la minociclina:

- * síndrome de Stevens-Johnson
- * síndrome lupus-like

M. Acné severo

La presentación en forma de acné severo precisa consulta con dermatólogo, que valorará el tratamiento con isotretinoína oral u otras alternativas en función de la clínica del paciente y los datos asociados.

N. Isotretinoína oral^{1,2,4,6}

Prescrito exclusivamente por dermatólogos, es el fármaco más eficaz en el tratamiento del acné con una tasa de curación del 85% tras 20 semanas tratamiento y recaídas de un 20% .¹

Grado de recomendación A² y nivel de evidencia I y II.⁶

Mecanismos de acción: es el único fármaco en el tratamiento del acné que actúa sobre todos los factores fisiopatológicos

- * seborregulador
- * anticomedogénico y comedolítico
- * antiinflamatorio
- * queratolítico
- * antibacteriano

Indicaciones:

- * acné moderado que no responde a la primera opción de tratamiento
- * acné severo o cicatricial
- * acné persistente
- * recurrencias del acné, tras haber respondido a un tratamiento adecuado según su gravedad y bien cumplimentado, sin coexistencia de otros factores.

Dosis: 0,5 – 1 mg/kg/día durante el tiempo necesario hasta completar dosis acumulada entre 120-150 mg por kg de peso corporal.

Efectos adversos:

En general son predecibles, dosis dependiente y controlables.

- * más frecuentes: sequedad de piel y mucosas (oral- queilitis, nasal- epistaxis)
- * más graves: teratógenidad (informar ampliamente previa firma de consentimiento informado y asociar siempre método anticonceptivo)

- * empeoramiento transitorio de las lesiones
- * fotosensibilidad
- * mialgias
- * aumento del colesterol, triglicéridos y enzimas hepáticas (monitorizar antes y durante el tratamiento)
- * posibles trastornos del humor (es recomendable investigar antecedentes psiquiátricos en todos los pacientes antes de iniciar tratamiento)
- * no indicado en alérgicos al cacahuete ya que todas las presentaciones comercializadas en España lo incluyen
- * la posible asociación con el desarrollo de enfermedad inflamatoria intestinal en muy dudosa según últimos estudios

O. Anticonceptivos orales^{1,2,6}

Los anticonceptivos orales contienen estrógeno (etinilestradiol) y progestágeno. Tienen una fuerza de recomendación alta y nivel de evidencia I.⁶

Mecanismos de acción:

- * los estrógenos suprimen la actividad de la glándula sebácea y disminuyen la formación de andrógenos ováricos y suprarrenales.
- * antibacteriano
- * antiinflamatorio

Indicaciones:

- * en mujeres con androgenismo y acné severo
- * en mujeres con seborrea, acné, hirsutismo y alopecia

P. Tratamiento de mantenimiento

Una vez curado el acné, puede recomendarse tratamiento de mantenimiento con retinoides tópicos. Aunque no se han comunicado resistencias bacterianas al peróxido de benzoilo hasta el momento, no es recomendable su uso en monoterapia como mantenimiento.

Otros tratamientos tópicos como el ácido azelaico, el ácido salicílico y el ácido glicólico son poco usados en la edad pediátrica. Su principal mecanismo de acción es queratolítico. No están aprobados en la infancia y no existen estudios que demuestren la verdadera eficacia de su uso, ni la ventaja de uno de ellos sobre otro.⁹

Q. Medidas complementarias^{1,8}

Los cosméticos actúan como coadyuvantes en el tratamiento del acné, suprimiendo factores que lo empeoran (exceso de grasa o sol) y mejorando la autoestima del paciente. Deben reunir las siguientes condiciones: estar libres de grasa (oil-free), no ser comedogénicos, no irritar ni fotosensibilizar.

Las funciones de los cosméticos en el acné se centran en cuatro **objetivos**:

- * **higiene**: lavado facial con limpiadores sintéticos (jabón en pastilla, gel o cremas espumantes con pH ácido) y agua tibia 1-2 veces al día, para retirar suciedad y grasa, secar sin frotar para evitar irritaciones. Si se usa maquillaje debe ser eliminado previamente con una loción limpiadora no irritante (tipo solución micelar). Se puede aplicar tratamiento exfoliante 1-2 veces por semana seguida de una mascarilla purificante en las zonas grasas.
- * **hidratación**: en la mayoría de los pacientes con acné es suficiente la acción hidratante que proporcionan los limpiadores líquidos faciales. El tratamiento con retinoide oral precisa la utilización de cosméticos hidratantes y bálsamos de labios por la marcada sequedad de labios y mucosas que produce.
- * **fotoprotección** específica para pieles grasas o acneicas, de uso obligado en todos los pacientes, con especial cuidado en los que usan fármacos fotosensibilizantes.
- * **camuflaje** con maquillaje para mejorar la autoestima. Se pueden aplicar previamente correctores (que tapan por colorimetría de contraste).

R. Tratamientos alternativos² como la fitoterapia, aloe vera, aceite del árbol de té, piridoxina, ácidos derivados de la fruta, acupuntura, moxibustión etc, carecen de evidencia científica.

TABLAS

Tabla 1. Principales tratamientos y mecanismos de acción^{1,7,8}

	Disminuye la seborrea	Queratolítico	Anticomedogénico+ comedolítico	Antibacteriano	Antiinflamatorio
POB	-	+	-	+++	+
RT	-	++	+++	+	+
Antibióticos tópicos	-	-	-	++	+
Antibióticos orales	-	-	-	++	+
Retinoides orales	+++	++	+++	++	+++
Antiandrógenos	++	-	-	+	+

+++ efecto muy intenso

++ efecto intenso

+ efecto moderado

- sin efecto

BIBLIOGRAFÍA

1. De Lucas Laguna R. Acné. *Pediatría Integral* 2016; XX (4): 227-33
2. Eichenfield L, Krakowski A, Piggott C, Del Rosso J, Baldwin H, Friedlander S et al. Evidence-based recommendations for the diagnosis and treatment of pediatric acne. *Pediatrics* 2013;131(3):163-86
3. Bueno Marco C. Acné vulgar. Rosacea. En: *Dermatología. Texto y Atlas*. 2003. p.417-30
4. López-Estebananz JL, Herranz-Pinto P, Dréno B y el grupo de Dermatólogos expertos en acné. Consenso español para establecer una clasificación y un algoritmo de tratamiento del acné. *Actas Dermosifilográficas*. 2017;108(2):120-31
5. Asai Y, Baibergenova A, Dutil M, Humphrey S, Hull P, Lynde C, et al. Management of acne: Canadian clinical practice guideline. *CMAJ*. 2016;188(2):118-26.
6. Zaenglein A, Pathy A, Schlosser B, Alikhan A, Baldwin H, Berson D et al. Guidelines of care for the management of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol*. 2016;74(5):945-73
7. Nast A, Dréno B, Bettoli V, BukvicMokos Z, Degitz K, Dressler C et al. Guideline for the Treatment of Acne (Update 2016). *European Dermatology Forum*.
8. Guerra A, Lucas R, Moreno JC, Pérez M, Ribera M, Martínez E, et al. Consenso en el tratamiento tópico del acné. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2015;43(2):104-21.
9. Williams HC, Dellavalle De RP, Garner S. Acne vulgaris. *Lancet*. 2012;379(9813):361-72 Review. Erratum in: *Lancet*. 2012 Jan 28;379(9813):314.