Acné

Miguel Ángel Fernández-Cuesta Valcarce

Pediatra. Centro de Salud Juan de la Cierva [Servicio Madrileño de Salud, DASUR]. Getafe, Madrid. España.

Fecha de actualización: 01-sep-2013
Guía-ABE_Acné (v.2/2013)

Cita sugerida: Fernández-Cuesta Valcarce MA. Acné (v.2/2013). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 01-sep-2013; consultado el *dd-mmm-aaaa*]. Disponible en http://www.guia-abe.es

Introducción / puntos clave

El acné vulgar es una afección dermatológica muy frecuente y puede causar un impacto psicosocial negativo sobre el paciente que lo padece. Se produce cuando la unidad pilosebácea se obstruye con tapones de sebo o queratinocitos descamados y posteriormente se coloniza por *Propionibacterium acnes* (anaerobio de la piel). Las lesiones pueden ser no inflamatorias (comedones, abiertos o cerrados), inflamatorias (pápulas, pústulas, nódulos o quistes) o residuales (máculas o cicatrices).

El acné puede clasificarse según su intensidad en leve (caracterizado por predominancia de comedones, con pápulas escasas), moderado (predominan las pápulas y pústulas, con comedones) y grave (presencia de nódulos inflamatorios y quistes). La elección del tratamiento se hace en función del tipo de lesiones y su gravedad. El acné leve y moderado suele tratarse con productos tópicos. La selección del vehículo depende del tipo de piel (seca o grasa) y preferencia: los geles tienen un efecto astringente, por lo que suelen preferirse en pacientes con piel grasa, mientras que las cremas y lociones son más hidratantes y las soluciones son secantes pero permiten la aplicación en zonas más extensas.

Los tratamientos tópicos actuales incluyen:

- Los derivados tópicos del ácido retinoico (tretinoína, adapaleno y tazaroteno) con acción fundamentalmente comedolítica y también antiinflamatoria.
- El peróxido de benzoilo, antibacteriano no antibiótico que también actúa sobre los comedones y tiene acción antiinflamatoria leve.
- El ácido azelaico con acción comedolítica y en menor grado antiinflamatoria.
- Los antibióticos tópicos (eritromicina y clindamicina).

Los tratamientos tópicos deben aplicarse sobre todo el área afectada, no solo sobre las lesiones, y su efecto puede tardar 4-6 semanas en empezar a manifestarse y 3-4 meses hasta alcanzar el máximo de eficacia.

Los derivados tópicos del ácido retinoico, al inhibir la formación de microcomedones que son las lesiones precursoras del resto de las manifestaciones del acné, previenen la formación de nuevas lesiones por lo que se consideran parte esencial de las terapias de mantenimiento. Por el mismo motivo, es preferible aplicarlos en toda el área afectada y no solo en las lesiones individuales, en capa fina (una cantidad del tamaño de un guisante suele ser suficiente para toda la cara).

Los tratamientos orales se reservan para los casos más graves o que no responden a la terapia tópica y comprenden los antibióticos orales (fundamentalmente doxiciclina y minociclina) y la isotretinoína oral.

Cambios más importantes respecto a la versión anterior: se han actualizado las propuestas de tratamiento y revisado los productos disponibles.

Microorganismos causales
Propionibacterium acnes[1]

Estudios complementarios		
	Indicados en la evaluación inicial	Indicados en situaciones especiales
Laboratorio	No indicados en general	En pacientes con acné por debajo de los 7 años o con signos de hiperandrogenismo (pubarquia precoz, aceleración de la velocidad de crecimiento u olor corporal intenso en prepúberes o alteraciones menstruales, hirsutismo o alopecia después de la pubertad): testosterona, S-DHEA, LH, FSH y edad ósea
Microbiología	No indicados en general	No indicados en general

Indicaciones de ingreso hospitalario
Acné *fulminans*[2]

Tratamiento farmacológico			
Situación clínica		De elección	Alternativas
Acné leve	Predominan los comedones	Retinoide tópico (RT)[3] (isotretinoína, tretinoína, adapaleno[4]) una vez al día, por la noche Mañana: - / Noche: RT	Ácido azelaico (AZ)[5] tópico en caso de mala tolerancia Mañana: - / Noche: AZ
	Comedones y algunas pocas pápulas	Peróxido de benzoilo (PB)[6] por la mañana y retinoide tópico (RT)[3] por la noche Mañana: PB / Noche: RT	Antibiótico tópico (AT)[7] por la mañana más retinoide tópico (RT)[3] o peróxido de benzoilo (PB)[6] por la noche Mañana: AT / Noche: RT Mañana: AT / Noche: PB

Tratamiento farmacológico

Situación clínica	De elección	Alternativas
Acné moderado (comedones y pápulo-pústulas)	Antibiótico tópico (AT)[7] (eritromicina o clindamicina) por la mañana y peróxido de benzoilo (PB)[6] o retinoide tópico (RT)[3] por la noche Mañana: AT / Noche: PB Mañana: AT / Noche: RT	Antibiótico tópico (AT)[7] asociado a peróxido de benzoilo(PB)[6] por la mañana, y retinoide tópico (RT)[3] por la noche o antibiótico tópico (AT)[7] por la mañana y adapaleno[4] asociado a peróxido de benzoilo (PB)[6] por la noche Mañana: PB + AT / Noche: RT Mañana: AT / Noche: RT + PB
Acné moderado sin respuesta al tratamiento tópico o con afectación de hombros o espalda	Peróxido de benzoilo (PB)[6] por la mañana, retinoide tópico (RT)[3] por la noche y además antibiótico oral (AO)[8]: doxiciclina 100 mg/día, 1 dosis (o minociclina 100 mg/día, 1 dosis), durante 8-12 semanas Mañana: PB + AO / Noche: RT	Evitar doxiciclina y minociclina en embarazadas y menores de 9 años (antes de esa edad pueden sustituirse por eritromicina 0,5-1 g/día, en 2 dosis, VO)
Acné moderado/grave sin respuesta a otros tratamientos	Isotretinoína[9] oral 0,5-1 mg/kg/día, en 1-2 tomas diarias, con dosis acumulada total de 120-150 mg/kg en 4-6 meses	

AO: antibiótico oral. **AT**: antibiótico tópico. **AZ**: ácido azelaico. **PB**: peróxido de benzoilo. **RT**: retinoide tópico. **VO**: vía oral

- No hay evidencias suficientes para recomendar una duración determinada del tratamiento, pero en general se recomienda mantenerlo al menos de 6 a 12 semanas antes de revisar su eficacia
- No se ha determinado la duración del tratamiento de mantenimiento, se recomienda individualizarla en función de las características de cada paciente
- Se recomienda aplicarlos sobre piel seca. La pauta posológica incluye 1 o 2 aplicaciones al día en general

Otras medidas terapéuticas

- El tratamiento hormonal puede añadirse en mujeres con acné moderado o grave sin respuesta al tratamiento habitual, incluso en ausencia de hiperandrogenismo
- El ácido salicílico ha sido utilizado durante décadas para el tratamiento del acné pero sus propiedades comedolíticas son inferiores a las de los retinoides tópicos, por lo que su uso queda limitado a pacientes que no toleran bien ese tipo de tratamiento
- Los agentes abrasivos no son beneficiosos e incluso pueden agravar el acné. Tampoco se recomienda un

Otras medidas terapéuticas

lavado excesivamente frecuente (el uso de un limpiador suave 2 veces al día es suficiente en condiciones normales), ni los productos cosméticos grasos (recomendar productos con la inscripción *oil-free*)

- Aunque no hay evidencia firme de que un tipo determinado de dieta pueda agravar o mejorar el acné, algunos estudios recientes sugieren una relación con dietas ricas en productos lácteos o con elevado índice glucémico

Referencias bibliográficas

AEMPS. Centro de información online de medicamentos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. [consultado el 18/08/2013]. Disponible en http://www.aemps.gob.es/cima/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm

Dawson AL, Dellavalle RP. Acne vulgaris. BMJ. 2013;346:30-3.

Eichenfield LF, Krakowski AC, Piggott C, et al. Evidence-based recommendations for the diagnosis and treatment of pediatric acne. Pediatrics. 2013;131;S163.

Graber E. Treatment of acne vulgaris. UpToDate 2013. [consultado el 18/08/2013]. Disponible en http://www.uptodate.com

Nast A, Dreno B, Bettoli V, et al. European Evidence-based (S3) Guidelines for the Treatment of Acne. J Eur Acad Dermatol Veneorol. 2012;26 suppl s1:s1-s29.

NICE. Acne vulgaris; 2013 [consultado el 18/08/2013]. Disponible en http://cks.nice.org.uk/acne-vulgaris

Smith EV, Grindlay DJ, Williams HC. What's new in acne? An analysis of systematic reviews published in 2009-2010. Clinical & Experimental Dermatology. 2011;36:119-22; quiz 123.

Titus S, Hodge J. Diagnosis and Treatment of Acne. Am Fam Physician. 2012;86:734-40.

Williams HC, Dellavalle RP, Garner S. Acne vulgaris. Lancet. 2012;379:361-72.

Notas aclaratorias

[1] La **etiología** del acné es multicausal, aunque la participación de *Propionibacterium acnes* es relevante.

[2] El **acné *fulminans*** es un raro efecto adverso del tratamiento con isotretinoína oral caracterizado por lesiones erosivas extensas, fiebre, artralgias y leucocitosis, que requiere tratamiento con corticoides sistémicos.

[3] Los **retinoides tópicos** (isotretinoína, tretinoína, adapaleno o tazaroteno tópicos) son derivados de la vitamina A que previenen la formación de comedones normalizando la descamación del epitelio folicular y reduciendo la obstrucción del folículo, junto con un efecto antiinflamatorio. La concentración y el vehículo pueden ser determinantes en cuanto a su tolerabilidad (por ejemplo, los geles de base alcohólica suelen ser más irritantes que las cremas), aunque todos ellos pueden producir irritación local, sequedad y descamación cutáneas, sobre todo en el primer mes de tratamiento, por lo que se recomienda su aplicación gradual, dejando un contacto inicial de 30 minutos que se irá aumentando gradualmente antes de ser retirado mediante lavado o en caso preciso iniciarse su aplicación a días alternos o cada 3 días. Además pueden inducir fotosensibilización, por lo que conviene aplicarlos por la noche y lavar por la mañana, reducir en la medida de lo posible la exposición solar y emplear filtros protectores. No se recomiendan durante el embrazo, especialmente el tazaroteno (categoría X). El adapaleno es el mejor tolerado y el tazaroteno el más eficaz pero también el más irritante. Estos fármacos pueden conseguir la reducción de un 40-70% de las lesiones en unas 12 semanas.

Presentaciones comerciales (no financiadas por el SNS): ◆ Tretinoína tópica: Retirides® y Vitanol® (crema al 0,025, 0,05 y 0,1%), Isotrex® gel 0,05%, Isotrexol® crema 0,05%, Neocare® crema 0,4% ◆ Asociados con antibacterianos: isotretinoína tópica al 0,05% con eritromicina al 2%: Isotrex® Eritromicina.

[4] **Adapaleno:** ◆ Differine® 0,1% gel y crema ◆ Asociado a peróxido de benzoilo: Tactuobén®, Epidúo® gel (0,1% y 2,5%).

[5] **Ácido azelaico** tópico. ◆ Crema al 20%: Skinoren®, Zeliderm® ◆ Gel al 15%: Finacea®. Puede mejorar la hiperpigmentación posinflamatoria residual.

[6] El **peróxido de benzoilo** (al 2,5, 5 y 10%) puede producir irritación local, por lo que se recomienda su aplicación gradual y empezando por las concentraciones más bajas; además puede decolorar la ropa y el cabello. Tiene una acción bactericida y también comedolítica y antiinflamatoria leves. Parece que la concentración al 2,5 % es igual de eficaz que concentraciones más elevadas, que producen más irritación local.

Presentaciones comerciales (no financiadas por el SNS): ◆ Peróxido de benzoilo, gel al 2,5%: Benoxygel®, Peroxiben® ◆ Peróxido de benzoilo, gel al 5%: Benoxygel®, Oxiderma®, Peroxacne®, Peroxiben® ◆ Peróxido de benzoilo, gel al 10%: Benoxygel®, Oxiderma®, Peroxacne®, Peroxiben®, Stop Espinillas Normaderm® ◆ Asociados con antibacterianos: peróxido de benzoilo al 5% con clindamicina al 1%: Duac® ◆ Asociado a adapaleno (no puede asociarse con tretinoína): Tactuobén®, Epiduo® gel (0,1% y 2,5%).

[7] Los **antibióticos tópicos** (clindamicina, eritromicina) no actúan sobre las lesiones comedonianas. Nunca deberían usarse como monoterapia, sino asociadsos a retinoide tópicos o en su defecto peróxido de benzoilo. Tampoco deben utilizarse de manera simultánea con antibióticos orales. Puede esperarse una reducción del 30-80% de las lesiones en 8-12 semanas.

Presentaciones comerciales (financiados por el SNS excepto combinaciones): ◆ Clindamicina tópica: gel/solución tópica al 1%: Clinwas® tópico, Dalacin® tópico, Zindaclin® ◆ Eritromicina tópica: gel/solución tópica al 2%: Deripil®, Eridosis®, Euskin®, Lederpax®, Loderm®, Zineryt® (con acetato de zinc).

[8] Los **antibióticos orales** (doxiciclina, minociclina) tienen acción antibacteriana y antiinflamatoria mediante la reducción de P. acnes en el folículo con la subsiguiente inhibición en la producción de citoquinas.No está indicada la aplicación de anrtibióticos tópico si se utilizan antibióticos por vía oral. Sin embargo la aplicación concomitante de peróxido de benzolio sí ayuda a reducir la inducción de resistencias. La doxiciclina puede inducir fotosensibilidad. La minociclina induce menos fotosensibilidad pero es más cara y sus efectos secundarios, aunque mas raros, pueden ser más graves, incluyendo síndrome lupus-like, pigmentación de la piel, hepatotoxicidad o alteraciones vestibulares, por lo que algunos autores lo consideran de segunda elección. Pueden ser administrados a niños mayores de 8 años de edad.

Presentaciones comerciales: ◆ Doxiciclina: cápsulas/grageas de 50 y 100 mg, numerosos productos comerciales; suspensión oral 50 mg/5 ml: Vibracina® ◆ Minociclina, cápsulas de 100 mg: Minocin®.

[9] La **isotretinoína oral** es un metabolito natural de la vitamina A que inhibe la producción de la grasa y normaliza la descamación folicular. Es muy teratógena (riesgo de malformaciones mayores del 40% en exposición en el primer trimestre del embarazo). Además, sus efectos secundarios incluyen: sequedad de piel y mucosas, elevación leve a moderada de transaminasas y lípidos, sobre todo triglicéridos, y más raramente hipertensión intracraneal benigna. No indicado en menores de 12 años. Es un medicamento de uso hospitalario, que requiere la prescripción por un especialista en dermatología y visado de la inspección médica para ser dispensado; se presenta en cápsulas de 10 y 20 mg (numerosos productos comerciales). En caso de indicarse ácido retinoico oral se recomienda evaluar la función hepática y lípidos al inicio del tratamiento, 4 y 8 semanas después, y en el caso de mujeres, prueba de embarazo previa al tratamiento y cada mes durante el mismo.

Notas: la Guía-ABE se actualiza periódicamente. Los autores y editores recomiendan aplicar estas recomendaciones con sentido crítico en función de la experiencia del médico, de los condicionantes de cada paciente y del entorno asistencial concreto; así mismo se aconseja consultar también otras fuentes para minimizar la probabilidad de errores. Texto dirigido exclusivamente a profesionales.

[ⓘ] Más información en: http://www.guia-abe.es

[✉] Comentarios y sugerencias en: laguiaabe@gmail.com

Algunos derechos reservados

Con la colaboración de:

[©] Guía-ABE, 2013. ISSN: 2174-3568.