

# Acné en APS: lo que debemos saber

**Autora:** Dra. Margarita Holzapfel V. Residente de Medicina Familiar PUC.

**Editora:** Dra. Isabel Mora M. Docente de Medicina Familiar PUC.

**Fecha:** Marzo 2023

**Portada:** El acné es una patología frecuente entre los 12 y 25 años. Sus consecuencias pueden ser tanto físicas como psicológicas por lo cual es importante ofrecer un manejo temprano, siempre evaluando la salud mental y el impacto en su calidad de vida. En este artículo se revisará el manejo del acné leve a moderado que se puede ofrecer en APS.

**Palabras claves:** Acné, manejo, APS, Medicina Familiar

## Introducción

El acné es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que afecta la unidad pilosebácea. Tiene un alto impacto en los pacientes y su calidad de vida, teniendo secuelas tanto física, como cicatrices e hiperpigmentación de difícil manejo, pero también psíquicas, ya que se asocia a una mayor incidencia de depresión, trastornos ansiosos y baja autoestima <sup>(1)</sup>.

Es frecuente entre los 12 y 25 años, llegando a una prevalencia de 85%. En hombres su presentación suele ser más severa. Tiende a desaparecer con la adultez, pero se ha visto que puede persistir en hasta un 17% de los adultos, más frecuente en mujeres <sup>(2)</sup>.

Su fisiopatología se esquematiza en la alteración de 4 pilares, (1) formación aumentada de sebo, (2) alteración de la queratinización, (3) colonización por *Cutinebacterium acnés*, e (4) inflamación <sup>(2)</sup>.

El diagnóstico es clínico y su lesión esencial es el comedón, formado por acumulación de sebo y queratina al interior del folículo piloso, que puede abrirse, oxidándose y depositando melanina (punto negro). Las lesiones pueden ser no inflamatorias (comedón abierto y cerrado) o inflamatorias (pápulas, pústulas, nódulos y quistes).

Si bien el diagnóstico no suele ser desafiante, la ausencia de comedones, lesiones monomorfos o cuadro que se asocia a inicio de fármacos, orientarán a diagnósticos diferenciales (foliculitis bacteriana, rosácea pápulo-pustular, millium, reacción acneiforme) <sup>(3)</sup>.

De especial atención son el acné conglobata, presentación crónica y grave, con alto riesgo de cicatriz y deformidad, debiendo ser derivado con prioridad; y el acné fulminans, cuadro

de lesiones agudas inflamatorias que se ulceran, con respuesta sistémica que debe ser derivado al servicio de urgencia <sup>(4)</sup>.

### **Enfrentamiento inicial**

Debemos recabar intentos previos de tratamiento, el inicio reciente de fármacos, la presencia de alteraciones menstruales que pudieran orientarnos a hiperandrogenismo y como afecta en la calidad de vida de nuestros pacientes. Una historia familiar de acné, un inicio tardío y persistente, presencia de hiperseborrea y la sospecha de síndrome de ovario poliquístico (SOP) podrían indicar una evolución más severa.

El examen físico permite evaluar la gravedad y la extensión del cuadro. También debemos evaluar signos de hiperandrogenismo como hiperseborrea, hirsutismo, obesidad, alopecia o hiperpigmentación.

No existe un consenso mundial para la clasificación, pero podemos utilizar el Consenso Iberoamericano que clasifica el acné según la edad de presentación, la lesión predominante (comedoniano, el papulopustular o nódulo quístico), el grado de severidad según la cantidad de lesiones en una hemicara (< 20 leve, entre 20 y 50 moderado y > 50 severo) y la presencia de formas especiales como el acné conglobata o fulminans <sup>(5)</sup>.

### **Manejo**

Debemos considerar experiencias previas del paciente y sus expectativas. Educar sobre la evolución de la patología, alcance del tratamiento, efectos adversos esperables y realizar seguimiento de estos pacientes, evaluando la adherencia y barreras en el tratamiento, ya que se ha visto que hasta un 50% de los pacientes no adhiere al tratamiento <sup>(6)</sup>.

#### **No farmacológico**

- Aseo del rostro dos veces al día
- Uso de jabón suave
- No exfoliar la piel
- No apretar las lesiones
- Uso de productos no comedogénicos en la piel

Se ha observado una asociación del acné con alimentos con índice glicémico alto, altos en grasas y la leche descremada, pero la evidencia es limitada para realizar recomendaciones <sup>(7)</sup>.

## Farmacológico

Existen diversas alternativas de tratamiento que atacan a distintos pilares de la fisiopatología del acné. En la tabla 1 se resumen.

Tabla 1: alternativas de tratamiento para el acné.

Fármaco	Como actúa	Modo de uso	Efectos adversos
Retinoides <i>Adapaleno</i> <i>Tretinoína</i>	Evita la formación del comedón	Tópico: Adapaleno 0,1% y 0,3%* Tretinoína 0,025%; 0,05% y 0,1%* Iniciar nocturno 3 veces a la semana, diario a los 2 meses.	Irritación, sequedad, eritema, descamación, fotosensibilidad, teratógeno.
Peróxido de benzoilo	Es un bactericida que no produce resistencia. También actúa como antiinflamatorio	Tópico: Peróxido de benzoilo 2,5% y 5%* Iniciar nocturno 3 veces a la semana, diario a los 2 meses.	Sequedad, eritema, dermatitis de contacto (5%) Blanquea la ropa y en menos medida el pelo. Inactiva la tretinoína (no asociar)
Antibióticos <i>Tetraciclina</i> <i>Doxiciclina</i> <i>Azitromicina</i>	Se utilizan antibióticos con efecto antiinflamatorio. Disminuyen la colonización por <i>C. acnés</i> , pero producen resistencia por lo que siempre deben utilizarse acompañados de peróxido de benzoilo	Tópico: Clindamicina al 1%** Eritromicina (en desuso por aumento de la resistencia) Sistémico: Doxiciclina 50 a 100 mg 1-2 veces/día por un periodo máximo de 3 meses, preferirlo en acné inflamatorio moderado a severo.	Tetraciclinas: Gastrointestinales, esofagitis (no acostarse 1 hora luego del comprimido, beber con abundante agua), fotosensibilidad, teratógena. En el embarazo, puede utilizarse azitromicina.
Isotretinoína	Actúa en la producción de sebo	Se utiliza en acné moderado a severo y es de resorte del especialista.	Teratógena, alteraciones hepáticas y del perfil lipídico sequedad mucocutánea.

\* En receta magistral (RM): base crema no comedogénica o oil free. Capacidad suficiente para 30 g. en rostro y 60 g. cuerpo.

\*\* Asociar en RM siempre a peróxido de benzoilo 2.5% o 5%

Todos los tratamientos tópicos tienen efectividad para el tratamiento del acné; sin embargo, el adapaleno con peróxido de benzoilo puede ser el tratamiento más eficiente, pero con un poco más de abandono que la monoterapia <sup>(8)</sup>.

La Academia Europea de Dermatología y venerología propone en su guía clínica el tratamiento según tipo de lesión y gravedad, en la tabla 2 se resume los tratamientos con fuerza de recomendación alta y media.

Tabla 2: Tratamiento del acné según tipo de lesión

Fuerza de la recomendación	Comedogénico	Papulopustular leve a moderado	Papulopustular severo/ Nodular moderado	Nodular severo/ Conglobata
Alta		Adapaleno + Peróxido de benzoilo / PB + Clindamicina	Isotretinoína	Isotretinoína
Media	Retinoide tópico	RT / PB / Ácido azelaico / Antibiótico sistémico + Adapaleno	ATB VO + Adapaleno / ATB VO + AAZ / ATB VO + Adapaleno + PB	ATB VO + AAZ

RT: retinoide tópico; PB: peróxido de benzoilo; ATB VO: antibiótico sistémico vía oral; AAZ: ácido azelaico

Adaptado de la "European evidence-based (S3) guideline for the treatment of acne" del Journal of the European academy of dermatology and venereology. (9)

Se podría ofrecer tratamiento hormonal en acné inflamatorio moderado a severo, en mujeres post menarquia, sin contraindicación, sin respuesta o intolerancia a tratamiento convencional y que tengan brotes premenstruales en zona baja del rostro o sospecha de SOP. En estos casos se utiliza anticonceptivo combinado con dienogest o ciproterona.

Durante el primer mes de tratamiento tópico, las lesiones pueden empeorar transitoriamente y se esperan máximos resultados a los 3 meses de tratamiento. Una vez alcanzados los objetivos de tratamiento, es importante continuar con retinoides tópicos como mantención dado que es una patología crónica recurrente.

### ¿Cuándo derivar?

Siempre derivar cuando tenga indicación de isotretinoína, con perfil hepático, lipídico, creatinina y test de embarazo. Pacientes con sospecha de hiperandrogenismo o SOP. También evaluar derivación frente a refractariedad luego de 6 meses de uso correcto del tratamiento o frente a intolerancia.

### Conclusiones

- El acné es una patología frecuente y siempre debemos evaluar la repercusión en la calidad de vida y en a salud mental de nuestros pacientes.

- En APS podemos realizar manejo del acné comedoniano e inflamatorio leve y moderado, pudiendo evitar secuelas como cicatrices o baja autoestima.
- Es importante acompañar a estos pacientes evaluando efectos adversos y adherencia al tratamiento.
- Debemos estar atentos a presentaciones graves que requieran una derivación prioritaria para uso de isotretinoína.

## Referencias

- (1) Samuels DV, Rosenthal R, Lin R, Chaudhari S, Natsuaki MN. Acne vulgaris and risk of depression and anxiety: A meta-analytic review. *J Am Acad Dermatol*. 2020 Aug;83(2):532-541. doi: 10.1016/j.jaad.2020.02.040. Epub 2020 Feb 20. PMID: 32088269
- (2) Chapter 78 Acne Vulgaris, Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, Orringer JS. *Fitzpatrick's Dermatology, 9e*; 2019. Available at: <https://accessmedicine.mhmedical.com/ViewLarge.aspx?figid=210419917&gbosContainerID=0&gbosid=0&groupid=0&sectionId=210419885&multimediaId=undefined> Accessed: February 24, 2023
- (3) Linda K. Ogé, MD, Alan Broussard, MD, and Marilyn D. Marshall, MD. Acne Vulgaris: Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician*. 2019;100(8):475-484
- (4) Iglesias N. Acné en la adolescencia. Tema de revisión. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*. Volumen Enero-Febrero 2022. Nº 1. Disponible en web: [https://www.adolescere.es/revista/pdf/volumen-X-n1-2022/2022-n1-05-14\\_Tema-de-revision-Acne-en-la-adolescencia.pdf](https://www.adolescere.es/revista/pdf/volumen-X-n1-2022/2022-n1-05-14_Tema-de-revision-Acne-en-la-adolescencia.pdf)
- (5) Kaminsky A et al. Clasificación del acné: Consenso Ibero-Latinoamericano, 2014. *Med Cutan Iber Lat Am* 2015; 43 (1): 18-23
- (6) Dréno B, Thiboutot D, Gollnick H, Finlay AY, Layton A, Leyden JJ, Leutenegger E, Perez M; Global Alliance to Improve Outcomes in Acne. Large-scale worldwide observational study of adherence with acne therapy. *Int J Dermatol*. 2010 Apr;49(4):448-56. doi: 10.1111/j.1365-4632.2010.04416.x. PMID: 20465705.
- (7) Penso L, Touvier M, Deschasaux M, Szabo de Edelenyi F, Hercberg S, Ezzedine K, Sbidian E. Association Between Adult Acne and Dietary Behaviors: Findings From the NutriNet-Santé Prospective Cohort Study. *JAMA Dermatol*. 2020 Aug 1;156(8):854-862. doi: 10.1001/jamadermatol.2020.1602. PMID: 32520303; PMCID: PMC7287950.
- (8) Stuart B, Maund E, Wilcox C, Sridharan K, Sivaramakrishnan G, Regas C, Newell D, Soulsby I, Tang KF, Finlay AY, Bucher HC, Little P, Layton AM, Santer M. Topical preparations for the treatment of mild-to-moderate acne vulgaris: systematic review and network meta-analysis. *Br J Dermatol*. 2021 Sep;185(3):512-525. doi: 10.1111/bjd.20080. Epub 2021 Jun 16. PMID: 33825196.

- (9) Nast, A., Dréno, B., Bettoli, V., Bukvic Mokos, Z., Degitz, K., Dressler, C., Finlay, A.Y., Haedersdal, M., Lambert, J., Layton, A., Lomholt, H.B., López-Estebanz, J.L., Ochsendorf, F., Oprica, C., Rosumeck, S., Simonart, T., Werner, R.N. and Gollnick, H. (2016), European evidence-based (S3) guideline for the treatment of acne – update 2016 – short version. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 30: 1261-1268.

## **Bibliografía**

- Nast, A., Dréno, B., Bettoli, V., Bukvic Mokos, Z., Degitz, K., Dressler, C., Finlay, A.Y., Haedersdal, M., Lambert, J., Layton, A., Lomholt, H.B., López-Estebanz, J.L., Ochsendorf, F., Oprica, C., Rosumeck, S., Simonart, T., Werner, R.N. and Gollnick, H. (2016), European evidence-based (S3) guideline for the treatment of acne – update 2016 – short version. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 30: 1261-1268.
- Gollnick H, Cunliffe W, Berson D, Dreno B, Finlay A, Leyden JJ, Shalita AR, Thiboutot D; Global Alliance to Improve Outcomes in Acne. Management of acne: a report from a Global Alliance to Improve Outcomes in Acne. *J Am Acad Dermatol*. 2003 Jul;49(1 Suppl):S1-37. doi: 10.1067/mjd.2003.618. PMID: 12833004
- Chapter 78 Acne Vulgaris, Kang S, Amagai M, Bruckner AL, Enk AH, Margolis DJ, McMichael AJ, Orringer JS. *Fitzpatrick's Dermatology, 9e*; 2019. Available at: <https://accessmedicine.mhmedical.com/ViewLarge.aspx?figid=210419917&gbosContainerID=0&gbosid=0&groupID=0&sectionId=210419885&multimediaId=undefined> Accessed: February 24, 2023
- Leung AK, Barankin B, Lam JM, Leong KF, Hon KL. Dermatology: how to manage acne vulgaris. *Drugs Context*. 2021 Oct 11;10:2021-8-6. doi: 10.7573/dic.2021-8-6. PMID: 34691199; PMCID: PMC8510514.
- Linda K. Ogé, MD, Alan Broussard, MD, and Marilyn D. Marshall, MD. Acne Vulgaris: Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician*. 2019;100(8):475-484
- Leung AKC, Barankin B, Lam JM, et al. *Drugs Context*. 2021;10:2021-8-6. <https://doi.org/10.7573/dic.2021-8-6> ISSN: 1740-4398
- Obando J, Enríquez J, Araya J, Reyes F, Valles D, Literature review: Approaching acne from primary care . *Rev. ANACEM* 2019: 13(1) : 32-40