

## EL ACNÉ EN LOS ADOLESCENTES

Daniel Ulate Gómez<sup>1</sup>

### Resumen

La adolescencia es la etapa de la vida que está compuesta por una serie de eventos que marcan el paso de la niñez a la vida adulta; uno de ellos es la dimensión de los cambios físicos. Durante la adolescencia, el desarrollo físico es también desarrollo de la identidad adulta en cuanto a imagen corporal y autoestima. El acné es un problema de salud muy importante en los adolescentes pues aunque no es una enfermedad que amenaza la vida, tiene un gran impacto psicosocial por la implicancia estética, ya sea por la presencia de lesiones inflamatorias como por las secuelas cicatrizales que pueden quedar. Entre las lesiones no inflamatorias que produce el acné se encuentran el comedón cerrado y abierto; también se presentan las lesiones inflamatorias como las pápulas, pústulas y los nódulos o quistes, sin olvidar la posibilidad constante de cicatrices residuales. Antes, el acné era un tema de consulta sólo en los casos más severos, mientras que hoy en día, los padres traen a sus hijos cuando recién están desarrollando los comedones; entre los beneficios de las consultas tempranas de los adolescentes se encuentra el desarrollo de formas severas con lesiones inflamatorias de menor intensidad. En la actualidad el acné ya no es una fatalidad dado que existe un arsenal terapéutico eficaz y variado.

### Abstract

Adolescence is life stage that has many kinds of events that distinguish people between childhood and adult life; one example of them is physical changes. Physical development sets corporal image and self-esteem for the future personal identity. Acne is a very important health problem in teenagers because it's a sickness that doesn't cause death but provokes a big psychosocial impact by the aesthetic consequence that

means inflammatory lesions and scars. Non inflammatory lesions are characterized by open and closed comedones; pustules, erythematous papules and nodules represent the inflammatory lesions that can lead to scarring. A long time ago, acne was a medical advice only when it was severe but nowadays, it's common to find boys and girls with their parents looking for treatment when they start to develop comedones; among the benefits of the earliest interventions it can be mentioned the occurrence of severe stages with more benign inflammatory lesions. Acne isn't today a calamity because, the physician is able to give a special attention to avoid severe acne and psychosocial problems using effective treatments.

### Introducción

La adolescencia es la etapa de la vida que está compuesta por una serie de eventos que marcan el paso de la niñez a la vida adulta; uno de ellos es la dimensión de los cambios físicos. Durante la adolescencia, el desarrollo físico es desarrollo de la identidad adulta en cuanto a imagen corporal y autoestima (1). El acné es un problema de salud muy importante en los adolescentes pues puede ser motivo para discriminación por los grupos y llegar a la autoagresión por el problema psicológico que puede desencadenar (2,3); lo anterior inicia con bromas, comentarios destructivos, apodos y marginación por parte de los compañeros de colegio o escuela. Bien es sabido, que durante la adolescencia, la imagen corporal es de suma importancia para que la persona mantenga su autoestima alta y además, que los problemas de imagen corporal afectan a la población adolescente de Costa Rica (1).

Algunos de los cambios que experimentan los adolescentes en su composición biopsicosocial son: el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, el paso de la escuela al colegio, el interés por las relaciones de pareja, el crecimiento acelerado y disarmónico, la definición de su identidad, el pensamiento de omnipotencia, el establecimiento

<sup>1</sup> Médico general. [dulateg@costarricense.cr](mailto:dulateg@costarricense.cr)

de su proyecto de vida y su independencia; todo esto convierte a la adolescencia en un período de la vida en el cual la persona es vulnerable a caer en crisis depresivas, suicidios, abuso de drogas, violencia, embarazos no deseados, contagio con enfermedades de transmisión sexual.

De esta manera, conociendo los riesgos a los que está expuesta nuestra juventud y sabiendo que existen múltiples tratamientos disponibles en la actualidad para el manejo del acné, sería una actitud poco ética no brindarle la importancia merecida a este problema y dar inicio a un abordaje integral del mismo; por lo tanto, se debe prevenir el desarrollo de un problema de autoestima, controlar las manifestaciones de la enfermedad y evitar las posibles complicaciones y secuelas.

El Código de la Infancia y la Adolescencia establece que los adolescentes son sujetos con derechos plenos que incluyen el acceso a los servicios de salud, para todos los menores de 18 años sin ningún tipo de distinciones (4). De esta manera, es fundamental que todo médico conozca el adecuado manejo de una patología prevalente en la adolescencia como es el acné. A continuación, se presenta una pequeña revisión de los avances logrados en la actualidad para el abordaje del acné, con la esperanza de sensibilizar a todos los profesionales del área de la salud respecto a la importancia del adecuado manejo de esta patología.

### **Definición**

El acné es una enfermedad folicular en la cual, la principal anomalía es la obstrucción y distensión de la unidad pilosebácea (3,5,6,7).

### **Epidemiología**

El “acné vulgaris” es la enfermedad más común de la piel, afectando al 80% de las personas entre los 11 y los 30 años de edad en algún momento (7). Además, a nivel de los adolescentes afecta más del 85% (6). Puede persistir por años y generar cicatrices perma-

nentes y conllevar un daño importante a nivel del desarrollo psicosocial y un problema de autoestima, con consecuencias como la depresión, ansiedad, enojo, desempleo y el rechazo por la sociedad. La disfunción emocional, psicológica y social generada por el acné es similar a la que producen otras enfermedades como la epilepsia, el asma, la diabetes y la artritis (6,7).

Existen muchos factores que han sido asociados al desarrollo del acné y en la actualidad son considerados como mitos:

- El acné es una enfermedad causada por falta de higiene (8).
- Comer pizza, chocolate o aguacate produce acné (8).
- Tener relaciones sexuales o masturbarse produce acné (8).

Un reciente estudio, publicado en la revista “Family Practice” en el que se hizo una revisión sistemática acerca de los mitos en el manejo del acné, concluyó que la evidencia sobre las modificaciones dietéticas, exposición a la luz ultravioleta y lavado de la cara en cuanto al tratamiento no es completa y que por lo tanto, es necesario que se realicen estudios clínicos metodológicamente rigurosos para analizar el papel de ciertos factores considerados como mitos (9).

### **Fisiopatología**

La patogenia del acné es multifactorial. Los cuatro factores determinantes son la hiperqueratosis por retención e hiperproliferación de las células del conducto folicular, el aumento de la producción sebácea, la colonización y proliferación de *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*) y la respuesta inflamatoria inmune (3,10). La causa de la hiperproliferación de queratinocitos y las anomalías de diferenciación y descamación es desconocida, pero parece existir un aumento de la respuesta hacia los andrógenos que produce la hiperplasia de la glándula sebácea con la seborrea y la descamación folicular características del acné. La obstrucción causa la

formación de un microcomedón que puede evolucionar hacia un comedón o una lesión inflamatoria. *Propionibacterium acnes* es un bacilo grampositivo anaerobio que coloniza el ducto folicular, por el ambiente rico en células foliculares y sebo, y prolifera en la piel de los adolescentes que presentan esta patología (3, 6, 7, 10, 11). Este microorganismo contribuye al desarrollo de la inflamación pues las lipasas que posee degradan los triglicéridos del sebo a ácidos grasos libres, que irritan la pared folicular; de tal manera que el epitelio folicular es invadido por linfocitos y al producirse la ruptura del folículo, se libera el sebo, los microorganismos y la queratina dentro de la dermis; clínicamente si la ruptura ocurrió superficialmente aparecen pápulas y pústulas, en tanto si lo hace en la dermis profunda determina la aparición de nódulos y quistes (3,7,12). Los neutrófilos, linfocitos y células gigantes tipo cuerpo extraño se acumulan y producen pápulas eritematosas, pústulas y edema característicos del acné inflamatorio (7).

El acné inicia en el período prepuberal, cuando las glándulas suprarrenales maduran e incrementa la producción de andrógenos; luego, con el desarrollo de las gónadas, la producción de andrógenos aumenta aún más, de la misma manera que la actividad de

las glándulas sebáceas (principalmente localizadas en la cara y el tronco). La mayoría de los pacientes tiene hiperreactividad a los andrógenos, más que sobreproducción de los mismos; aunque el acné frecuentemente se desarrolla en los pacientes que tienen exceso de andrógenos (7,11).

### Histopatología

El microcomedón, precede a las lesiones clínicas del acné y es un término histopatológico. Es la lesión más precoz y se caracteriza por una moderada distensión del folículo producida por la descamación de las células queratinizadas, con una angosta apertura folicular en la epidermis, casi imperceptible. En el comedón cerrado, el grado de distensión folicular está aumentado y toma un aspecto de estructura quística compacta, con un contenido espeso, constituido por restos de queratinocitos, pelos y bacterias. La pigmentación oscura, casi negra que caracteriza al comedón abierto es melanina, producida en la porción apical del epitelio del comedón y transferida a los queratinocitos. Con el progreso de la afección aumenta el adelgazamiento de la pared folicular y se produce la ruptura que permite el paso a la dermis del contenido constituido por queratinocitos, pelos y bacterias. Este es altamente inmunogénico, e induce la respuesta inflamatoria. En el infiltrado focal inicial perivascular y periductal, las células predominantes son los linfocitos T (3).

### Diagnóstico

El acné se presenta clínicamente como lesiones no inflamatorias y lesiones inflamatorias; específicamente son los comedones abiertos y cerrados (“blackheads” y “whiteheads” respectivamente por el color de la lesión) que en la mayoría de los casos se acompañan de pústulas, pápulas eritematosas y nódulos (quistes); la distribución de las lesiones va desde la cara (frente, mejillas, nariz y mentón) hasta la parte superior del tronco. La severidad del acné está dada por

**Figura 1: Fisiopatología del Acné**

Producción excesiva de sebo Deficiencia de ácido Linoleico Ácidos grasos libres	
Descamación anormal del Epitelio Folicular Microcomedones Mezcla de sebo y células descamadas provee un ambiente para P. Acnés	
Lesiones no inflamatorias Comedones cerrados Comedones abiertos	Lesiones inflamatorias Pápulas Pústulas Nódulos Quistes

Fuente: “Therapy for Acne Vulgaris”. N Engl J Med. 1997; 336 (16)

el número, tipo y distribución de las lesiones (5,11,12).

**Tabla 1: Clasificación del Acné**

Severidad	Descripción
<b>Leve</b>	Los comedones son las lesiones predominantes. Las pápulas y pústulas pueden estar presentes, son pequeñas y en cantidad < 10.
<b>Moderado</b>	Los comedones se encuentran en número de 10-40. Las pápulas y pústulas también se cuentan de 10-40. Puede haber leve compromiso del tronco.
<b>Moderadamente Severo</b>	Se presentan de 40-100 comedones y las pápulas y pústulas también se encuentran de 40-100. Aparecen nódulos en un número > 5. Las lesiones se distribuyen por la cara, el pecho y la espalda.
<b>Severo</b>	Es un acné de tipo Noduloquístico o Conglobata, con muchas lesiones grandes y dolorosas de tipos nodulares y pustulosas. Además se presentan muchas pápulas y comedones pequeños.

Fuente: "Clinical Practice: Acne" N Engl J Med 2005; 352 (14)

### Diagnóstico Diferencial

- Rosácea: se observa con mayor frecuencia entre la tercera y la sexta década de la vida, en individuos de piel blanca y mujeres. Es una enfermedad inflamatoria centrofacial con aparición sucesiva o simultánea de telangiectasias, pápulas

y pústulas, siguiendo un curso evolutivo crónico, en el que alternan períodos de empeoramiento y remisión. La rosácea presenta también un componente ocular desde blefarconjuntivitis hasta queratitis severas. En los varones se puede producir, con mayor frecuencia que en las mujeres, un rinofima en las etapas avanzadas de la enfermedad (3,5,11,12).

- Dermatitis seborreica: se presenta como lesiones eritematoescamosas, algunas pápulas en pliegues nasolabiales y la frente. Se pueden observar lesiones similares en la región del pecho y la espalda, axilas, ingles y el cuero cabelludo. Es común el hallazgo de P. Ovale (3).
- Psicosis de la barba: se caracteriza por la presencia de pápulas o pústulas de color rojizo en el área de la barba, con tendencia a la cronicidad, que ocasionalmente pueden dejar cicatrices hipertróficas (3).
- Foliculitis: es un proceso inflamatorio del folículo piloso, que puede estar desencadenado por diferentes agentes: gramnegativos, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Demodex folliculorum*, *Candida* sp, *Pityrosporum*. Clínicamente se presenta como pápulas eritematosas y pústulas que asientan en cara, cuello y tronco superior (3).

### TRATAMIENTO

#### Agentes locales

El tratamiento tópico es efectivo sólo en el lugar y el momento en que es aplicado. Su principal aplicación es prevenir nuevas lesiones, por lo cual debe aplicarse todos los días y en todas las zonas predisuestas al acné. Su principal efecto adverso es la irritación de la piel, más aún en los pacientes que usan múltiples productos sin prescripción médica. Hay productos como geles, enjuagues y soluciones que tienen una acción secante y por eso son particularmente eficaces en pacientes con piel grasosa; mientras que las cremas, lociones y ungüentos son preferibles para usarlos en piel seca por la fácil irritabilidad (6).

## Retinoides tópicos

Su efecto se da corrigiendo las anomalías del queratinocito folicular. Son efectivos tanto para prevenir como para tratar la aparición de los comedones. Dentro de este grupo de medicamentos se encuentran la tretinoína, la isotretinoína, el adapaleno y el tazaroteno (6,7,10,12). Todos los retinoides tópicos reducen el número de comedones y lesiones inflamatorias, pero el adapaleno es el que produce menor irritación cutánea y el tazaroteno es el más efectivo. El producto se utiliza de noche y es aconsejable el uso de fotoprotectores. Debe cuidarse el área perioral y periorbital. Los efectos adversos son: eritema, prurito, descamación (es proporcional a la concentración usada y es más intensa en las dos primeras semanas) y fotosensibilidad (10).

Algunos tipos reducen la inflamación al bloquear la interacción con los productos de *Propionibacterium acnes* a nivel de las células presentadoras de antígenos. Además, facilitan la penetración de otros agentes tópicos para favorecer su efecto y disminuyen la hiperpigmentación que se produce en las personas de piel oscura, después de que desaparecen las lesiones inflamatorias (6).

El uso de estos productos de manera individual suele ser suficiente para los pacientes con Acné Leve, mientras que para los que presenten una forma más severa, es apropiado combinarlos con antibióticos orales. La respuesta terapéutica máxima se obtiene aproximadamente a las 12 semanas de seguir el uso de los retinoides tópicos. Son necesarios varios meses para lograr el efecto deseado y no se debe suspender su uso hasta asegurar que no se desarrollan nuevas lesiones (6,7).

## Antimicrobianos tópicos

Estos agentes son efectivos en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria y el factor limitante es la capacidad lipofílica del fármaco para poder penetrar en la glándula

sebácea (7). El Peróxido de Benzoilo (indicado en el Formulario Terapéutico Institucional de la CCSS) es un bactericida tópico y es un excelente medicamento de primera línea. Su efecto se empieza a notar a los 5 días de haber iniciado el tratamiento, pero como efecto colateral puede producir irritación de la piel; la irritación disminuye si se utilizan productos a base de agua en lugar de otros a base de alcohol (6,7,11,12,13). La terapia antimicrobiana local debe mantenerse un mínimo de 6-8 semanas, hasta asegurarse de que no se están desarrollando nuevas lesiones y la suspensión debe ser lenta (3, 7, 10).

La clindamicina o eritromicina tópicos también son útiles pero se deben usar en combinación con los retinoides tópicos o el peróxido de benzoilo para lograr la mayor eficacia y evitar el desarrollo de resistencia antimicrobiana; mientras que el bactericida tiene un efecto protector contra el desarrollo de resistencia (3,6,10). Entre otros antimicrobianos está el ácido azelaico, que es poco lipofílico y el metronidazol, el cual tiene propiedades antiinflamatorias pero, *P. acnes* no es sensible a él. La terapia antibiótica local que probablemente tiene mayor eficacia es la combinación de peróxido de benzoilo + eritromicina (7).

## Otros medicamentos locales

El ácido azelaico, la sulfacetamida o sulfuro de sodio, y el ácido salicílico son medicamentos de segunda línea pues no son tan efectivos y actúan inhibiendo la comedogénesis; generalmente son bien tolerados y su uso es mejor como coadyuvantes o alternativas a los medicamentos de primera elección en caso de no ser tolerados (6,7). Debe hacerse énfasis con el paciente de que no debe usar productos sin prescripción médica. Los jabones, detergentes y astringentes no son de valor terapéutico y además, la limpieza vigorosa puede agravar el acné, de manera que lo mejor es una limpieza delicada (6, 7, 11).

## TERAPIA ORAL

### Antibióticos sistémicos

Están indicados en los casos de moderados a severos, cuando las lesiones se localizan en el pecho, la espalda o los hombros y cuando existen lesiones inflamatorias sin respuesta a los múltiples agentes locales. La tetraciclina es una opción efectiva y barata, que produce un 50-60% de mejoría en las lesiones; tiene la desventaja de que debe tomarse con el estómago vacío y produce efectos adversos gastrointestinales. Se describe que los antimicrobianos más efectivos son la doxiciclina, la minociclina y el trimetoprim sulfametoxazol, pero también se encuentran disponibles la eritromicina (indicación en el Formulario Terapéutico Institucional de la CCSS) y la clindamicina (6,7,13). Se recomienda iniciar el tratamiento con dosis altas y no se puede esperar el efecto hasta después de 6 semanas, con un máximo a los 3 meses. Si después de 6 semanas hay una poca efectividad, se puede añadir agentes tópicos o cambiar el antibiótico oral (6,7).

Después de que se consigue controlar el acné y se mantiene por al menos 2 meses, se puede intentar disminuir la dosis lentamente. Los antibióticos orales deben ser tomados por un tiempo de más de 3-6 meses generalmente y pueden ser necesarios varios ciclos para lograr la remisión permanente; la meta consiste en suspender los antibióticos sistémicos y continuar con el tratamiento local a largo plazo (en la mayoría de los casos a base de retinoides solos o en combinación con peróxido de benzoilo) (6,7).

Las razones por las que el acné no responde al tratamiento con antibióticos incluyen el uso de antimicrobianos locales en los casos más graves, un curso incompleto de los agentes sistémicos, una inadecuada educación del paciente, mala adherencia al tratamiento o el desarrollo de resistencia antibiótica. Se debe sospechar la resistencia cuando no hay respuesta a la terapia o cuando se produce una recaída, especialmente en los pacientes

que tienen una historia de múltiples cursos de antimicrobianos tópicos o sistémicos. La resistencia a la clindamicina y a la eritromicina se presenta al mismo tiempo, por lo que si al estar usando uno de estos agentes aparece un brote, se debe cambiar a tetraciclina o doxiciclina; mientras que si aparece resistencia a estas últimas, debe usarse minociclina (6). Cuando se utilizan antimicrobianos orales por 6 meses o más, existe el riesgo de sobreinfección con microorganismos gram-negativos de las narinas anteriores; estos casos son mejor manejados con isotretinoína (6).

### Terapia hormonal

Son candidatas para considerar la medición de niveles de andrógenos las mujeres con signos de hiperandrogenismo, quienes presentan resistencia al manejo convencional, quienes recaen rápidamente al usar isotretinoína o quienes rápidamente desarrollan un acné severo. La medición debe incluir como mínimo niveles de dihidroepiandrosterona y de testosterona libre. Si los niveles están elevados, es necesario investigar por causas de hiperandrogenismo como tumores virilizantes, hiperplasia suprarrenal congénita y síndrome de ovarios poliquísticos. La terapia con anticonceptivos orales (con estrógenos) o con espironolactona (antagonista androgénico) es de utilidad en mujeres con y sin hiperandrogenismo (6).

Los anticonceptivos que han demostrado eficacia en el tratamiento del acné son: Norgestimato + Etinilestradiol (Ortho Tri-cyclen®), Acetato de Noretindrona + Etinilestradiol (Estrostep®), Drospirenona + Etinilestradiol (Yasmin®) y Levonorgestrel + Etinilestradiol (Alesse®). Los anticonceptivos de sólo progesterona pueden hacer que empeore el acné. La respuesta de la intervención hormonal puede ser vista después de un ciclo menstrual, pero se necesitan de 3-6 meses para juzgar el efecto completo. Si la terapia anticonceptiva no da resultado se añade espironolactona 50-100 mg y se espera varios meses para observar los efectos terapéuticos. Es importante seguir esta secuencia, ya que la espironolac-



**Tabla 2: Medicamentos para el tratamiento del acné**

Fármaco	Dosis	Efectos adversos	Otras consideraciones
<b>Agentes tópicos</b>			
<b>Retinoides</b>			
• <b>Tretinoína</b>	1 aplicación nocturna 0,025-0,1%	Eritema y descamación	Genéricos disponibles
• <b>Adapaleno</b>	1 aplicación nocturna o matutina	Mínima irritación	
• <b>Tazaroteno</b>	1 aplicación nocturna	Irritación	Más efectivo, pero contraindicado en embarazo
<b>Antimicrobianos</b>			
• <b>Peróxido de benzoylo solo o con zinc al 2,5-10%</b>	Aplicación diaria o BID	Puede manchar la ropa	Concentraciones de 2,5% y 5% son tan efectivas como la de 10% y produce menos sequedad
• <b>Clindamicina, Eritromicina</b>	Aplicación diaria o BID	Posibilidad de desarrollar resistencia al usarse solos	Mayor efectividad en lesiones inflamatorias
• <b>Combinación de peróxido de benzoylo con eritromicina o clindamicina</b>	Aplicación diaria o BID		Previene el desarrollo de resistencia y es más efectiva que los antibióticos individuales
<b>Otros agentes tópicos</b>			
• <b>Ácido azelaico, sulfacetamida o sulfuro de sodio, ácido salicílico</b>	Aplicación diaria o BID	Bien tolerados	Buenos como tratamiento adicional o alternativo
<b>Antibióticos orales</b>			
<b>Tetraciclina</b>	250-500mg/d o BID	Molestias gastrointestinales	Barato, necesita tomarse con el estómago vacío y se contraindica en embarazo
<b>Doxiciclina</b>	50-100mg/d o BID	Fotosensibilidad	Dosis de 20mg sólo antiinflamatoria
<b>Minociclina</b>	50-100mg/d o BID	Hiperpigmentación de dientes, mucosa oral y piel, reacción similar a lupus por uso a largo plazo y vértigo	
<b>Trimetoprim Sulfametoxazol</b>	160mg TMP + 800mg SMX BID	Necrosis epidérmica tóxica y erupciones alérgicas	TMP puede usarse solo, en dosis de 300mg BID
<b>Eritromicina</b>	250-500mg BID-QID	Molestias gastrointestinales	Puede ocurrir resistencia
<b>Agentes hormonales</b>			
<b>Espironolactona</b>	50-200mg/d en varias dosis	Alteraciones menstruales y sensibilidad mamaria	Mejor al combinar con ACO, contraindicada en embarazo
<b>Anticonceptivos orales con estrógenos</b>			
<b>Retinoides orales</b>			
<b>Isotretinoína</b>	0,5-1mg/kg/d en varias dosis	Teratogénica, hipertrigliceridemia, alteración de pruebas de función hepática, visión nocturna anormal, hipertensión intracraneal benigna, sequedad de labios, mucosas y piel, infecciones estafilocócicas secundarias y artralgias	Contraindicada en embarazo, tiene como requisito 2 pruebas de embarazo negativas antes de usarla, se debe realizar perfil lipídico y pruebas de función hepática cada mes

Fuente: "Clinical Practice: Acne" N Engl J Med 2005; 352 (14)

tona tiene potenciales efectos teratogénicos y entonces, la terapia anticoncepcional está totalmente justificada (6). El tratamiento hormonal puede ser usado en combinación con los antibióticos orales y los agentes de uso tópico. El acetato de ciproterona es un potente antiandrogénico que es ampliamente usado en Europa pero no está disponible en USA. Los antiandrogénicos sólo deben ser usados en mujeres y están contraindicados en el embarazo por sus efectos teratogénicos (7).

### Isotretinoína

Es un metabolito natural (ácido 13-cisretinoico) de la Vitamina A que reduce ampliamente la producción de sebo (5,11,12). Debe ser considerada para los pacientes que no mejoran con el tratamiento oral combinado con medicamentos de uso local. Este agente actúa disminuyendo el tamaño y la secreción de la glándula sebácea, secundariamente inhibe el crecimiento de *P. acnes* y la inflamación resultante y también, disminuye la proliferación de las células foliculares. La isotretinoína ejerce su efecto sobre los 4 mecanismos fisiopatológicos del acné, lo que explica su eficacia casi universal como terapia activa (6,10).

Muchos pacientes pueden necesitar varios ciclos con este medicamento y se requieren de 4-5 meses para llegar a la remisión en casi todos los pacientes. Las remisiones más largas o permanentes se obtienen cuando se utiliza una dosis de 120-150 mg/kg; la mayoría de los pacientes inician con 20-40 mg/d, aumentando 40-80 mg durante varios meses. En pocos pacientes ocurre un empeoramiento del acné a la cuarta a sexta semana de iniciar el tratamiento, por lo que se hace necesario el uso de corticosteroides sistémicos (3,6,7).

Los efectos adversos de este medicamento son dosis-dependientes. Es teratogénico, por lo cual las mujeres en edad reproductiva deben llevar un control estricto de su anticoncepción durante el tratamiento, recordando que como los antibióticos disminuyen las

concentraciones de los contraceptivos orales es mejor agregar un método de barrera; se deben hacer pruebas de embarazo mensuales y por al menos un mes después de discontinuarlo (3,7,10,11).

Se han hecho reportes de aumento de depresión y suicidios asociados al uso de isotretinoína, por lo que se debe vigilar el estado afectivo del paciente (3,6,10). Otros efectos secundarios que puede presentar este fármaco son la hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia que pueden ser corregidas con cambios del estilo de vida. Puede ocurrir sequedad de la mucosa nasal que podría predisponer a la colonización por *S. aureus* y complicarse con abscesos, celulitis, foliculitis, conjuntivitis e impétigo; aunque estas infecciones se pueden prevenir con el uso de bacitracina intranasal (3,6,7,10).

Existe una variante clínica denominada Acné Fulminans que se caracteriza por un inicio abrupto de lesiones inflamatorias que se ulceran y se asocian a fiebre, leucocitosis, artralgia, lesiones óseas inflamatorias y glomerulonefritis transitoria; en esta forma de acné el tratamiento de elección son los corticosteroides sistémicos (5,7).

### Otras formas de tratamiento

Los factores dietéticos no influyen en la producción de sebo, por lo que las restricciones dietéticas no cumplen ningún rol en el tratamiento (7). No obstante, un reciente estudio, publicado en la revista "Family Practice" concluyó que la evidencia sobre el papel que cumplen las modificaciones dietéticas, la exposición a la luz ultravioleta y el lavado de la cara en cuanto al manejo del acné, no es completa; por lo tanto es necesario que se realicen estudios clínicos metodológicamente rigurosos para analizar el papel de ciertos factores considerados como mitos (9). La remoción física de los comedones, así como las inyecciones de esteroides dentro de los quistes inflamados han mostrado una rápida mejoría del acné. Otros métodos a base de abrasivos, "peeling" químico, láser, luz y ra-

diofrecuencia requieren de mayor investigación para determinar el rol que cumplen en el manejo de esta patología. Además, existe la posibilidad de tratamiento quirúrgico de los distintos tipos de cicatrices (3,6).

### Tratamiento psiquiátrico

La dismorfofobia es una entidad que se asocia con frecuencia en el acné y consiste en la percepción exagerada de los padecimientos cutáneos. Los pacientes se preocupan por su “fealdad imaginaria” y pasan horas del día frente al espejo, obsesionados en cuanto a la imagen percibida por ellos. Esto lleva a una depresión clínica y a un trastorno obsesivo compulsivo o fobia social (3).

La consulta psiquiátrica está indicada si el paciente está deprimido o abrumado por su experiencia de la enfermedad, o si hay fobia social o trastorno de ansiedad causado o intensificado por la enfermedad. Las modalidades psicoterapéuticas que pueden ofrecerse comprenden la psicoterapia individual, terapia de grupo y terapia conductual, así como tratamiento del estrés (3).

### Conclusiones

La adolescencia es la etapa de la vida que está compuesta por una serie de eventos que marcan el paso de la niñez a la vida adulta; uno de ellos es la dimensión de los cambios físicos. Durante la adolescencia, el desarrollo físico es también de la identidad adulta en cuanto a imagen corporal y autoestima. Existen muchos factores considerados como mitos y es necesario que se realicen estudios clínicos metodológicamente rigurosos para analizar el papel que cumplen en el desarrollo de la enfermedad. La patogenia del acné es multifactorial y los cuatro factores determinantes son la hiperqueratosis folicular, el aumento de la producción sebácea, P. acnes y la respuesta inflamatoria inmune. El acné se presenta clínicamente como lesiones no inflamatorias y lesiones inflamatorias y su severidad está dada por el número, tipo y distribución de las lesiones. Actualmente, el

acné ya no es una calamidad porque existe un arsenal terapéutico eficaz y variado que si se usa correctamente, puede evitar las consecuencias psicosociales negativas y las formas clínicas más graves.

### Bibliografía

1. Peralta, R. *Percepción de Mujeres Adolescentes sobre su Peso Corporal y sobre la Atención que este recibe en el EBAIS*. *Adolescencia y Salud* 2004; 5 (2): 13-21
2. Galasso, C. *El Problema del Acné en Adolescentes*. [www.dermanet.roche.com.ar](http://www.dermanet.roche.com.ar). 2005.
3. Sociedad Argentina de Dermatología. *Consenso sobre Acné*. Argentina. 2005.
4. Díaz, M. *Entrevista Médico-Psicológica de Adolescentes*. *Adolescencia y Salud* 2004; 5 (2): 5-7.
5. Mosby-Year Book, Inc. *Diccionario Mosby de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud*. 5° edición. España. Harcourt. 1999.
6. James, W. *Clinical Practice: Acne*. *The New England Journal of Medicine*. 2005; 352 (14): 1463-72.
7. Leyden, J. *Therapy for Acne Vulgaris*. *The New England Journal of Medicine*. 1997; 336 (16): 1156-62.
8. *Salud Hoy*. *Acné: Nuevas Estrategias de Tratamiento*. [www.saludhoy.com](http://www.saludhoy.com). 2001.
9. Magin, P. et al. *A systematic review of the evidence for 'myths and misconceptions' in acne management: diet, face - washing and sunlight*. *Family Practice* 2005; 22: 62-70.
10. Haider, A; Shaw, J. *Treatment of Acne Vulgaris*. *JAMA* 2004; 292 (6): 726-35.
11. Braunwald et al. *Harrison: Principios de Medicina Interna*. 14ª edición. México. McGraw-Hill. 1998. P.p: 345-6.
12. Merk & Co. Inc. *El Manual Merk*. 10ª edición. España. Harcourt. 1999.
13. CCSS. *Formulario Terapéutico Institucional* 2004.