

CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL DE PUERICULTURA

DIRECCIÓN: CALLE 12 No. 1010 E/LÍNEA Y CALZADA. LA HABANA. CUBA
TELÉFONO: 8367781 E. MAIL: CRNPUERICULTURA@INFOMED.SLD.CU

EL CUIDADO DE LA PIEL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES SANOS.

ADOLESCENCIA Y ACNÉ VULGAR.

Dra. Pilar María Acuña Aguilarte. Especialista en Dermatología y Medicina General Integral. Máster en Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Pediátrico de Centro Habana. Dermatóloga del Centro de Referencia Nacional de Puericultura.

Dra. María Elena Izquierdo Izquierdo. Especialista en Pediatría. Coordinadora del Centro de Referencia Nacional de Puericultura.

2009



RESUMEN: El acné vulgar es un proceso genéticamente condicionado, con tendencia a expresarse en la adolescencia, desencadenado por el aumento de la secreción de sebo y andrógenos, la alteración del proceso de cornificación del epitelio folicular, la influencia bacteriana (*propionibacterium acnes*) y la inflamación desencadenada por estos elementos. Es un cuadro polimorfo, las lesiones no inflamatorias incluyen comedones cerrados y abiertos, cuando las lesiones son inflamatorias superficiales, se pueden observar pápulas y pústulas, si la inflamación es profunda se presentan nódulos inflamatorios y cicatrices. Se localiza principalmente en cara, pecho y la parte superior de la espalda. Según la intensidad del acné, puede clasificarse en grados (I, II, III, IV). El adolescente siente afectada su calidad de vida, por esta razón, conjuntamente con la exploración del acné, se debe explorar la esfera psicológica. La atención médica debe ser integral, orientada a amortiguar y revertir secuelas físicas y psicológicas secundarias al acné.

Palabras claves: Acné, adolescencia.

Summary: Acne vulgaris is a genetically conditioned process, which tends to be shown during the adolescence, set off by the increase of sebum and androgen, the alteration of the cornification process of the follicular epithelium, bacteriological influence (*propionibacterium acnes*) and the inflammation set off by these elements. It is a polymorphic set of symptoms; its non-inflammatory lesions include open and closed comedos; when there are superficial inflammatory lesions, papulae and pustule can be observed; if the inflammation is deep, inflammatory nodules and scars are present. It is localized mainly in face, chest, and the upper part of the back. According to the intensity of the acne, it can be classified in grades (I, II, III, IV). The adolescent feels his/ her quality of life affected, that's why, together with the exploration of the acne, the psychological sphere of the adolescent must be explored, too. The medical attention must be integral, guided to alleviate and end off physical and psychological consequences from the acne.

Key words: acne, adolescence.

Sinonimia: Acné juvenil, acné común.

La etapa de la adolescencia se caracteriza por grandes transformaciones, existe una aceleración del crecimiento y desarrollo, que se acompaña de cambios psicológicos. La piel no escapa a ese proceso, frecuentemente aparecen alteraciones dermatológicas propias de la edad, como el acné, proceso genéticamente condicionado, con tendencia a expresarse hasta los 22 o 24 años, aunque algunos casos puede persistir durante más tiempo. El 28% al 61% de personas entre 10 y 12 años padece acné, elevándose la cifra entre los adolescentes de 16 a 18 años, donde pueden tener esta manifestación entre el 79% al 95% de las personas. Su comportamiento es más severo en varones que en mujeres.

El acné vulgar consiste en un proceso cutáneo crónico, que afecta especialmente al folículo pilosebáceo, tiene carácter autolimitado, ya que afecta

la zona de la piel donde la presencia de glándulas sebáceas es más densa (cara, pecho y la parte superior de la espalda). Su etiología es multifactorial, las causas fundamentales son el aumento de la secreción de sebo y andrógenos, alteración del proceso de cornificación del epitelio folicular, influencia bacteriana (*propionibacterium acnes*) y la inflamación desencadenada por estos elementos.

Factores que interviene en la fisiopatología del acné:

- Trastornos endocrinológicos.
- Proliferación local de microorganismos patógenos.
- Procesos inflamatorios localizados.
- Alteraciones en la secreción del sebo.
- Trastornos en el recambio de las células epidérmicas.

Manifestaciones clínicas: El acné vulgar se caracteriza por seborrea en cara, tronco y cuero cabelludo, asociada a lesiones de acné en las áreas seborreicas. Es un cuadro polimorfo, las lesiones no inflamatorias incluyen comedones cerrados y abiertos, cuando las lesiones son inflamatorias superficiales, se pueden observar pápulas y pústulas, si la inflamación es profunda se presentan nódulos inflamatorios y cicatrices.



1. Acné vulgar.

Clasificación del acné según su intensidad:

- **Grado I:** Presencia de comedones pequeños (blancos o negros), y deja como secuelas dilataciones foliculares.
- **Grado II:** Presencia de comedones (blancos o negros) además de lesiones pustulosas superficiales.

- **Grado III:** Presencia de comedones (blancos o negros), lesiones pustulosas superficiales y lesiones inflamatorias más profundas. Dejan cicatrices superficiales eventuales, manchas hiperpigmentadas.
- **Grado IV:** Presencia de lesiones quísticas con infección secundaria intensa, trayectos fistulosos y cicatrización consecutiva.



2. Secuelas de acné (Cicatrices)

El diagnóstico de acné es fácil. Es frecuente que el mismo adolescente y su familia acudan al consultorio médico en busca de ayuda, conociendo su diagnóstico.

En ocasiones es necesario precisar si se está en presencia de un verdadero acné vulgar o juvenil, o bien si nos enfrentamos a una dermatitis acneiforme:

- Acné cosmético.
- Acné detergens
- Acné escoriado.
- Acné medicamentoso.
- Acné ocupacional.
- Acné infantil.
- Rosácea

Es necesario que el profesional de la salud le preste la debida atención a los mismos, nunca se debe subestimar las lesiones de la piel y sus posibles consecuencias, que pueden afectar la imagen del adolescente, la autoestima,

alterar las relaciones interpersonales, laborales, escolares, producir depresión y otros trastornos psíquicos. El adolescente siente afectada su calidad de vida, por esta razón, conjuntamente con la exploración del acné, se debe explorar la esfera psicológica.

Tratamiento:

La atención médica debe ser integral, orientada a amortiguar y revertir secuelas físicas y psicológicas secundarias al acné.

El tratamiento para esta enfermedad es un gran reto para los médicos, ya que existen fluctuaciones importantes en la evolución natural del acné. Una de las primeras acciones debe estar orientada a aclarar y romper mitos relacionados con el acné.

Mitos relacionados con el acné:

- **Dieta:** Antiguamente se relacionaba el acné con la dieta, prohibiéndose la ingestión de alimentos como maní, chocolate, mayonesa, mantequilla y las comidas con abundante grasa. No existen evidencias científicas de que una dieta con estas restricciones modifiquen la evolución del acné, por lo que actualmente no están indicadas recomendaciones de ese tipo. No obstante el consenso entre los profesionales de la salud es que cada persona debe observar y hacer pruebas de exclusión e inclusión en su dieta, y evitar consumir aquellos alimentos que noten que puedan empeorar su caso en particular.
- **Higiene:** Existe la tendencia a recomendar un lavado frecuente y vigoroso del área lesionada, relacionando al acné con malos hábitos higiénicos. La obstrucción que causa el acné se produce en el interior del canal folicular, por lo que el lavado vigoroso de la cara es incapaz de eliminarlo. Estas medidas pueden provocar más perjuicios que beneficios, dañando o resecaando la piel, incluso pueden llegar a empeorar un acné preexistente, debido a la posibilidad de que se sobreañada un *acné detergicans*, debido a que algunos jabones pueden contener sustancias comedogénicas. Lo recomendado es el lavado suave, dos o un máximo de tres veces al día, la piel tolera mejor los jabones más simples, se deben seleccionar preferiblemente neutros, ácidos o medicamentosos (azufre o alquitrán)
- **Sexualidad:** De igual forma existen mitos relacionados con la sexualidad, asociando al acné con la masturbación o frecuencia de las relaciones sexuales. Estas creencias no tienen base científica.
- **Cuando se exprimen los granitos, el acné cura más pronto:** Es frecuente que los adolescentes o sus familiares manipulen las lesiones de la piel, buscando acelerar el proceso de curación. Esta práctica es responsable de complicaciones en el curso del acné y secuelas no deseables.

Deben evitarse el uso de cosméticos grasos, recomendándose productos libre de aceite.

La exposición controlada a radiaciones ultravioletas (UV) mejora el aspecto de las lesiones de acné, aunque puede existir efecto rebote.

En lesiones insipientes de acné puede ser útil para contribuir a evacuar el sebo retenido en el folículo pilosebáceo se pueden emplear lociones queratolíticas diarias, restablecedores de la acidez cutánea y astringentes, a continuación se expondrán dos ejemplos de formulas simples y efectivas:

Fórmula 1:

Acido salicílico..... 0.10g
Resorcina..... 1g
Agua destilada c.s.p..... 100ml
Rotúlese: Loción con PH 4.2

Fórmula 2:

Acido salicílico..... 5g
Acido tartárico..... 5g
Alcohol alcanforado c.s.p..... 100ml
Rotúlese: Loción.

Debido a la complejidad multifactorial de las causas del acné, estas medidas en ocasiones no son suficientes y el cuadro clínico se instala con mayor o menor severidad, estos casos debe ser interconsultados con el dermatólogo.

En el acné leve y moderado suele ser suficiente el tratamiento local:

1. Peróxido de Benzoilo al 2,5%, 5 o 10%. (Uso tópico, medicamento de primera elección)
2. Retinoides tópicos (ácido retinoico o adapeleno) en crema o solución, aplicado a días alternos por la noche, durante la primera semana y después a diario. Puede ser irritante al principio. Se utilizará a bajas concentraciones y se lavará la zona pasadas pocas horas. Iremos aumentando el tiempo de exposición y la concentración a medida que se incremente la tolerancia cutánea.
3. Antibióticos tópicos: (Eritromicina o clindamicina tópica, en gel o solución cada 12 horas).
4. Existen preparados que combinan antibióticos tópicos y retinoides.
5. Tratamiento oral: Se emplea ante la falta de efectividad de los tratamientos anteriores (después de 2 ó 3 meses). Se puede emplear eritromicina, a dosis de 1 gr/día durante seis meses, también ha demostrado ser eficaz la doxiciclina a dosis de 100 mg cada 12 horas por 10 días, luego mantener 100 mg al día hasta completar 2 meses. El

uso de tetraciclinas está condicionado a la edad en que se manifiestan el acné.

6. En la adolescente se han utilizado con diversos grados de efectividad los anticonceptivos orales combinados. El tratamiento hormonal con acetato de Ciproterona y estrógeno durante 6 meses reduce la secreción de las glándulas sebáceas y mejora las lesiones de acné. Se han utilizado con éxito anticonceptivos de segunda y tercera generación.

En casos severos es necesario combinar fármacos orales y el tratamiento tópico. Es recomendable el uso de Ácido isotretinoico oral durante 6 meses a dosis de 0,5-1 mg/Kg/día, dividido en 2 o 3 subdosis, administrado en las comidas. Este tratamiento debe ser indicado por un dermatólogo con experiencia en el uso de retinoides, ya que es necesario realizar controles sistemáticos de la función hepática, los lípidos y hemograma. El paciente debe ser advertido de los efectos secundarios frecuentes del medicamento, para tomar las medidas oportunas. En el caso de la mujer en edad fértil debe tenerse en cuenta el efecto teratogénico del medicamento y garantizarse la anticoncepción hasta dos meses después de terminado el tratamiento. El adolescente debe esperar un empeoramiento de las lesiones papulosas al inicio, debiendo evidenciarse la mejoría alrededor de las 20 semanas.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Adebamowo CA, Spiegelman D, Danby FW ,et al. High school dietary intake and teenage acne. *J Am Acad Dermatol* 2005; 52:207-14.
2. Amichai B, Shemer A, Grunwald MH. Low-dose isotretinoin in the treatment of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 2006 Apr; 54(4): 644-6.
3. Ballanger F, Baudry P, Guyen JM, Khammari A, Dreno B. Heredity: a prognostic factor for acne. *Dermatology*. 2006; 212(2): 145-9.
4. Bettoli V, Borghi A, Rossi R, Ferroni M, Rigolin F, Virgili A. Antibiotic resistance of propionibacteria. Four years experience of a large number of cases in Italy. *Dermatology*. 2006; 212 (2): 206-11.
5. Cansen T, Grabbe S, Plewing G. Childhood acne clinical expression, etiology, and relationship to juvenile acne. *Hautortzt*. 2006 Mar; 57(3):222-7.
6. Carrasco, F. "Diccionario de Ingredientes Cosméticos". Editado por www.imagenpersonal.net Tercera Edición, 2005. Málaga, España.
7. Chia C, Lane W, Chibnall J et al. Isotretinoin therapy and mood changes in adolescents with moderate to severe acne. *Arch Dermatol* 2005; 141:557-560.
8. Gold MH, Biron JA, Bridges TM et al. Treatment of moderate to severe acne vulgaris: Photodynamic therapy with 5-aminolevulinic acid and a

- novel advanced fluorescence technology pulsed light source. *J Drugs Dermatol* 2007; 6:319-22.
9. Hull PR, Darcy C. Acne depression and suicide. *Dermatol clin.* 2005, 20:665-74.
 10. Landau M. Advances in deep chemical peels. *Dermatol Nurs.* 2005 Dec; 17(6): 438-41.
 11. Perry AL, Lambert PA. Propionibacterium acnes. *Lett Appl Microbiology.* 2006 Mar; 42(3): 185-8.
 12. Rzany B, Kahl C. Epidemiology of acne vulgaris. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2006 Jan; 4(1): 8-9.
 13. Sociedad Argentina de Dermatología 2005 Consenso sobre acné.
 14. Tanghetti EA. Combination therapy is the standard of care. *Cutis* 2005; 76:8-14.
 15. Yan A. Current concepts in acne management. *Adolesc Med* 2006; 17: 613-637.

2009



CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL DE PUERICULTURA

DIRECCIÓN: Calle 12 No. 1010 e/ Línea y Calzada. La Habana. Cuba

Teléfono: 8367781 E. mail: crnpuericultura@infomed.sld.cu