

ACNÉ VULGAR EN ADOLESCENTES

Rosa M. Sanchez-Munoz¹, Jaime J. Cuervo², Maria J. Contador¹, Luis Lozano¹, Mario Leon³, Isidro Parra³,
1 Medicos de Familia. CS Urbano I Mérida, 2 Pediatra AP CS Urbano I Mérida, 3 Dermatólogo Hospital de Mérida.

Contexto. El acné vulgar, el problema dermatológico más frecuente en los adolescentes, es una inflamación del folículo pilosebáceo.

Objetivo. Estudiar el acné vulgar en los adolescentes como un elemento básico en atención primaria.

Diseño y participantes. Se realizó un estudio randomizado en 102 adolescentes. Desde Marzo a Junio del 2003, se entrevistaron a los participantes con un cuestionario que incluía preguntas sobre epidemiología, alimentación y tratamientos previos recibidos relacionados con el acné.

Resultados. Dieciséis adolescentes no tenían acné. De los 86 adolescentes con acné, 41 eran mujeres y 45 varones, con una edad media al establecimiento del acné de 14,9 años de edad y 19,2 años de edad en el momento del diagnóstico. Once adolescentes sin acné y 28 con acné eran hermanos pertenecientes a 5 y 13 familias, respectivamente. 42 pacientes tenían acné leve, 38 acné moderado, y 6 acné grave. Diecinueve pacientes (22,5%) habían recibido tratamiento previamente.

Conclusiones. Hay un componente genético en su etiología. El acné leve es el tipo más frecuente. Es importante diagnosticar y tratar a tiempo el acné para evitar los efectos físicos y psicológicos que el mismo puede producir en la población adolescente.

Palabras claves: Acné, Adolescentes

Introducción

El primer trabajo sobre la prevalencia del acné fue publicado por Fox en 1908, que determinó que el acné aparecía en el 7,4% de la población caucásica y en el 4,6% de la población negra. Y de acuerdo con Kenney en 1965 el acné fue el tercer problema dermatológico más frecuente en la población negra y el diagnóstico más frecuente en la población blanca (8).

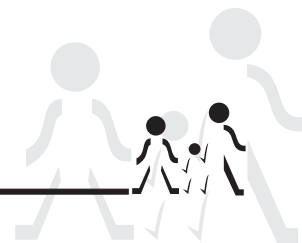
Hoy el acné vulgar es el problema dermatológico más frecuente en adolescentes (80% de los mismos) (1, 2, 14). Es una enfermedad inflamatoria crónica del folículo pilosebáceo que se caracteriza por comedones, pápulas, pústulas, quistes, nódulos, y a menudo, cicatrices, principalmente en ciertas zonas, como la cara, cuello, tercio superior del tórax y brazos (2-3). La enfermedad se limita a los folículos pilosebáceos localizados en la cabeza y tercio superior del tórax porque las glándulas sebáceas son particularmente activas en estas zonas (1).

Dos factores primordiales en esta activación son: el estímulo androgénico de las glándulas sebáceas. Y la colonización de los folículos por *Propionibacterium acnes*, que metaboliza el sebo para producir ácidos

grasos libres (3). La exposición a sustancias comedogénicas como el cloruro de polivinilo o varios fármacos, como los corticoides, andrógenos, bromuros, litio, trimetadiona, halotano y vitamina B12 también predisponen al desarrollo del acné (13). Por otra parte, es un factor hereditario, ya que varios miembros de una familia pueden tener acné grave (1, 3).

Aunque la salud total no está alterada, el acné no es una enfermedad trivial. Puede causar cicatrices cutáneas y emocionales que duren toda la vida (1). Aunque no hay mortalidad virtualmente asociadas a esta enfermedad, con frecuencia hay morbilidad física y psicológica asociadas, como la cicatrización permanente, la baja autotestima, la inhibición social, la depresión y la ansiedad (4, 13). Por tanto, los principales objetivos en el tratamiento del acné son la prevención de la cicatrización y la disminución de los síntomas clínicos (13).

Nuestro objetivo fue estudiar la epidemiología, las manifestaciones clínicas y la respuesta terapéutica en un grupo de adolescentes.



Pacientes y Métodos

Población a estudio y recogida de datos

Se recogieron los datos en el año 2003, en un procedimiento de dos pasos. Primero, contactamos con 400 familias con adolescentes y les ofrecimos la posibilidad de participar en el estudio. Segundo, se entrevistó por medio de un cuestionario a cada adolescente que participó en el estudio. El único criterio para la inclusión fue tener entre 13 y 20 años de edad. Un número total de 102 adolescentes participaron en el estudio. Los datos se recogieron de tal modo que los participantes permanecieron anónimos.

Datos

El cuestionario incluía preguntas acerca de la edad y sexo del participante, historia familiar, tipo de dieta, tiempo de inicio de las lesiones, diagnóstico previo, tipo de tratamiento previo recibido, diagnóstico actual y tratamiento actual proporcionado a los adolescentes. Los tipos de acné de acuerdo con la Conferencia sobre el Consenso Internacional de la Clasificación del Acné son: 1. Acné leve: comedones abiertos y cerrados con algunas pápulas y pústulas, sin nódulos. 2. Acné moderado: número mayor de comedones, pápulas y pústulas con ligera cicatrización y algunos nódulos. 3. Acné grave: abscesos nodulares y cicatrización extensa con muchos comedones, pápulas, pústulas y nódulos (2, 14).

El cuestionario relacionado con el tratamiento incluía preguntas sobre el uso de peróxido de benzoílo tópico, eritromicina, clindamicina, tetraciclina administrados por vía oral o tópica, ácido retinoico tópico y el tipo de dieta que estaban realizando.

Resultados

Distribución del acné vulgar en adolescentes

Se incluyeron en el análisis un total de 102 adolescentes, como se demuestra en la tabla 1. De éstos, 16 adolescentes no tenían acné y 86 sí; es decir, el 84% de nuestra población adolescente estudiada. La distribución del acné de acuerdo con el sexo no mostró ninguna diferencia significativa entre varones y mujeres; sin embargo, fue más frecuente entre los adolescentes entre 16 y 18 años de edad (48,8%) que en adolescentes entre 19 y 20 años de edad (30,2%), y que entre 14 y 15 años de edad (20,9%).

Prevalencia del acné en las familias

De las diez familias que participaron en el estudio cuyos adolescentes no fueron diagnosticados de acné, cinco sólo tenían un adolescente implicado en el estudio. Sin embargo, las restantes cinco familias tenían al menos dos miembros implicados en el estudio y ninguno de ellos tenían acné; es decir, 11 adolescentes pertenecientes a estas cinco familias no tenían acné (el 68,7% de los adolescentes sin acné), como se demuestra en la tabla 1. Por otra parte, de las 76 familias que participaron en el estudio y cuyos adolescentes fueron diagnosticados de acné, 13 familias tenían al menos dos hijos con acné, habiendo 28 adolescentes diagnosticados de acné (el 32,5% de los adolescentes con acné) (Tabla 1).

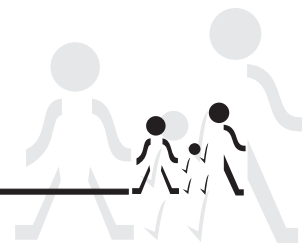
Diagnóstico del acné vulgar

El tipo más frecuente de acné fue el acné leve como se demuestra en la tabla 2, estando presente en 42 de 86 adolescentes, de los cuales 25 eran mujeres (59,5%) y 17 (40,5%) varones. El número de adolescentes varones con acné moderado fue 19 (50%), igual número al encontrado en mujeres adolescentes con acné moderado 19 (50%). Sin embargo, el acné grave afectó a 6 adolescentes, de los cuales cinco eran varones (83,3%) y uno mujer (16,6%). La lesión más frecuente fue el comedón, estando presente en 82 adolescentes; aunque en cada adolescente fue posible encontrar varias lesiones, las cuales definieron el tipo de acné (tabla 2). En 80 adolescentes, el acné estaba presente en la cara, pero también se encontraron lesiones acnéicas en la espalda y tórax. Otras localizaciones fueron los hombros, cuya localización se observó sólo en 6 pacientes.

La edad media de la aparición del acné fue de 14,9 años de edad y la edad media al diagnóstico fue 19,2 años de edad. El veintidós por ciento de los adolescentes habían sido diagnosticados previamente, indicando que el 78% de los adolescentes que habían tenido lesiones previamente no habían sido ni diagnosticados ni tratados previamente.

Tratamiento del acné vulgar

Un 22% de los adolescentes recibieron tratamiento previo con peróxido de benzoílo tópico, eritromicina, clindamicina y tetraciclina. Sólo un paciente había seguido la dieta mediterránea. Todos los adolescentes diagnosticados de acné durante nuestro estudio siguieron un período de régimen antibiótico y re-



cibieron consejo sobre dieta Mediterránea. Por otra parte, 16 adolescentes entre 14 y 15 años de edad, que habían sido diagnosticados de acné moderado-grave habían recibido tratamiento con ácido retinoico previamente, de los cuales 2 tenían acné moderado-grave durante la realización de nuestro estudio, por lo que siguieron tratamiento con ácido retinoico. Se siguió a todos los adolescentes con acné durante un período de seis semanas, tras el cual se observó una mejoría de sus lesiones en el 90% de los casos.

Conclusiones

El acné está presente en casi el 80-85% de los adolescentes (14), cuyo porcentaje es similar al observado en nuestra población adolescente analizada; en concreto en el 84% de los adolescentes de nuestro estudio. Por lo tanto, la prevalencia de esta enfermedad sugiere que los costes son altos (4). La involución de la enfermedad normalmente sucede antes de los 20 años de edad (3), como hemos observado en nuestro grupo de adolescentes, ya que la prevalencia del acné disminuye desde el 48,8% en los adolescentes con edades comprendidas entre 16 y 18 años de edad al 30,2% en los adolescentes con edades comprendidas entre 19 y 20 años. Según algunos autores la existencia de la secreción androgénica al comienzo de la pubertad explica el establecimiento habitual del acné en esta edad, principalmente entre los 16 y 18 años de edad (1, 13).

Algunos autores consideran que no hay duda sobre la existencia de un factor hereditario, porque se ha demostrado la presencia de acné grave y cicatricial en varios miembros de una familia (1, 13). Nuestros resultados demuestran que 11 miembros de 5 familias no desarrollaron acné, sin encontrar relación ninguna con la edad de estos adolescentes.

Sin embargo, las primeras manifestaciones clínicas aparecieron cuando los adolescentes tenían 14,9 años de edad, y el diagnóstico se hizo cuando su edad media fue de 19,2 años de edad. El retraso del diagnóstico puede estar relacionado con varios factores. Primero, la población adolescente presenta menos interés en ir a la consulta de un pediatra o médico de atención primaria para tratar su acné que la población adulta. Y ésto se puede aplicar principalmente a los varones adolescentes, cuyo porcentaje de acné

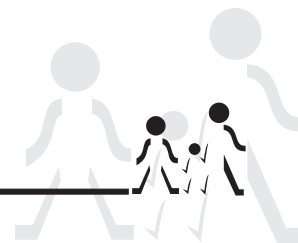
grave fue mayor al encontrado en las adolescentes, aunque debido al pequeño número de adolescentes con acné grave observado en nuestro estudio, se deberían realizar estudios con un mayor número de adolescentes con acné grave.

Segundo, la ausencia de conocimiento sobre las consecuencias severas que el acné puede desarrollar. Y tercero, el estatus económico de algunas familias con adolescentes, ya que este estudio fue realizado en un área urbana que comprende una parte de la población con bajo estatus económico y social. Por lo tanto, se deberían realizar más estudios epidemiológicos para determinar las razones por las cuales el acné no es diagnosticado en los adolescentes a tiempo.

Para Arnold y cols la dieta (por ejemplo, el chocolate) no empeora el acné (3). Pero en nuestra muestra, sólo un adolescente seguía una dieta mediterránea antes de hacer el diagnóstico. Durante el período de tratamiento del acné, todos los pacientes siguieron la dieta mediterránea, que asociado con la administración de tratamiento antibiótico administrado por vía oral y tópica, mejoró las lesiones del acné.

Cuando no hay respuesta terapéutica a un régimen antibiótico de seis semanas, se debería comenzar un nuevo régimen antibiótico. Se deberían realizar estudios epidemiológicos adicionales para estudiar la resistencia antibiótica a *Propionibacterium acnes* (15). Como los adolescentes que recibieron tratamiento con ácido retinoico tenían entre 14 y 15 años de edad, puede haber recidiva tras varios años sin signos clínicos de acné (1, 16), lo cual sucedió en dos de los seis adolescentes que fueron diagnosticados de acné severo recidivante en el momento de realizar este estudio.

Finalmente, los principales objetivos en el tratamiento del acné son la prevención de las cicatrices y la disminución de los síntomas clínicos (13). Por lo tanto, es importante proporcionar un diagnóstico y tratamiento del acné a tiempo para evitar los efectos físicos y psicológicos (4, 13). Es decir, las lesiones observadas en nuestro estudio con adolescentes estaban localizadas principalmente en la cara, espalda y tórax. Si no se tratan, puede haber cicatrices en áreas bien expuestas, que pueden predisponer a los adolescentes a desarrollar baja autoestima y en casos más avanzados, depresión.



Bibliografía

1. Webster GF. Acne vulgaris. Clinical review. *BMJ* 2002; 325: 475-478.
2. National Prescribing Centre. The treatment of acne vulgaris: an update. *MeRec Bulletin* 1999; 10: 29-32.
3. Arnold HL, Odom RB, James WD. Acné. *Tratado de Dermatología*. Andrews 1993: 261-273.
4. Lehmann HP, Robinson KA, Andrews JS, Holloway V, Goodman SN. Acne therapy: A methodology review. *J Am Acad Dermatol* 2002; 47: 231-240.
5. Menter A. Pharmacokinetics and safety of tazarotene. *J Am Acad Dermatol* 2000; 43: S31-S35.
6. Webster G. Combination azelaic acid therapy for acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 2000; 43: S47-S50.
7. Kakita L. Tazarotene versus tretinoin or adapalene in the treatment of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 2000; 43: S51-S54.
8. Taylor SC, Cook-Bolden F, Rahman Z, Strachan D. Acne vulgaris in skin of color. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46: S98-S106.
9. Oprica C, Emtestan L, Nord CE. *Dermatol Nurs* 2002; 14: 242-246.
10. Jick SS, Kremers HM, Vasilakis-Scaramozza C. Isotretinoin Use and Risk of Depression, Psychotic Symptoms, Suicide, and Attempted Suicide. *Arch Dermatol* 2000; 136: 1231-1236.
11. Poyner T, Cunliffe B. Commentary: AUK primary care perspective on treating acne. *BMJ* 2002; 325: 478-479.
12. Ioannides D, Rigopoulos D & Katsambas A. Topical adapalene gel 0,1% vs. Isotretinoin gel 0,05% in the treatment of acne vulgaris: a randomized open-label clinical trial. *Br J Dermatol* 2002; 147: 523-527.
13. Thiboutot D. New treatments and therapeutic strategies for acne. *Arch Fam Med* 2000; 9: 179-187.
14. Cordain L, Lindeberg S, Hurtado M, Hill K, Eaton B & Brand-Miller J. *Arch dermatol* 2002; 138: 1584-1590.
15. Teifelbaum JE, Perez-Atayde RP, Cohen M, Bousvaros A & Jonas MM. Minocycline-related autoimmune hepatitis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998; 152: 1123-1136.
16. Shaw JC. Persistent Acne in Adult Women. *Arch Dermatol* 2001; 137: 1252-1253.

Tabla 1. Epidemiología del acné según el sexo, la edad y el componente hereditario en nuestra población adolescente.

	Sin acné	%	Con acné	%	Total	%
Total	16	15,6	86	84,3	102	100
Varones	7	43,7	41	47,7	48	47
Mujeres	9	56,2	45	52,3	54	52,9
13-15 años	5	31,2	18	20,9	23	22,1
16-18 años	6	37,5	42	48,8	43	42,1
19-20 años	5	31,2	26	30,2	28	27,4
Adolescentes en familias con varios miembros	11	68,7	28	32,5	39	38,2
Familias Total	10	11,6	76	88,3	86	100
Familias con varios miembros	5	50	13	17,1	18	22,2

Tabla 2. Manifestaciones clínicas del acné según el tipo de acné, lesión y localización del acné en nuestra población adolescente.

Tipo de acné	Ligero	Moderado	Severo	Total
Total	42	38	6	86
Varones	17	19	5	41
Mujeres	25	19	1	45
Tipo de lesión	Comedón	Pápula	Pústula	Quiste
	82	67	55	32
Localización	Cara	Espalda	Tórax	Cuello
	80	61	53	27