

Viandas para llevar. Acne

Fisiopatología: Multifactorial, involucrando factores hormonales y exceso de producción de sebo, queratinización anormal, inflamación y estimulación del sistema inmune innato por *Propionibacterium acnes*.

Evaluación severidad: leve, moderada, severa y muy severo

Tipos: Acné comedoniano, papulopustular leve y moderado. Severo papulopustular, nodular
Muy severo nodular severo, acné conglobata

Terapia Tópica: Adapaleno, Tretinoína, Peróxido de Benzoil, Ac. Azelaico, Agentes Queratolíticos/anti-irritantes. Dapsona, Terapia combinada: adapaleno + peróxido de benzoilo o Clindamicina + BPO.

Terapia combinada tópica es la elección.

Los antibióticos tópicos no deben utilizarse como monoterapia.

Los retinoides tópicos (con o sin BPO) o el ácido azelaico es el tratamiento de elección para el mantenimiento.

El ácido azelaico puede ser una opción de mantenimiento para: mujeres adultas con acné, mujeres embarazadas y pacientes con PIH.

Terapia sistémica: Isotretinoína, Antiandrógenos y Antibióticos. **Antibióticos:** Tetraciclinas (Doxiciclina, limeciclina y Minociclinas) son los antibióticos de elección.

Los factores principales para determinar la duración de la terapia con antibióticos son: a) gravedad del acné, b) potencial de resistencia bacteriana y c) respuesta al tratamiento.

Los factores que hacen difícil limitar la duración de la terapia antibiótica sistémica incluyen a) recaída, b) recurrencia del acné y c) preferencia del paciente.

Se deben evitar los antibióticos cuando se dispone de alternativas eficaces.

Los antibióticos orales están indicados en el acné inflamatorio que no responde bien a los tratamientos tópicos y al acné que afecta al tronco y / o múltiples áreas corporales.

La respuesta al tratamiento debe evaluarse a las 6-8 semanas, no usar más de 4 meses.

Un retinoide tópico y BPO o ácido azelaico pueden usarse en la interrupción del tratamiento antibiótico.

Evitar la monoterapia sistémica con antibióticos

Terapia tópica y sistémica: Peroxido de Benzoil 2.5% y 5%. Tretinoína, Adapaleno / BPO más doxiciclina 100 -200 por día o limeciclina 300 mg día

Isotretinoína oral terapia de primera línea para el acné severo (nodulocístico).

Se recomienda tradicionalmente en una dosis de 0,5-1,0 mg / kg durante un período de 12- 16 semanas para alcanzar una dosis acumulativa de 120-150 mg / kg - un objetivo que se ha recomendado para reducir la recaída y mejorar las tasas de remisión.

Los factores que han estado implicados en un mayor riesgo de recaída son seborrea severa, edad temprana, antecedentes familiares de acné, acné de comienzo prepuberal y acné truncal.

La inflamación del acné con isotretinoína oral puede minimizarse iniciando el tratamiento con una dosis baja (0,5 mg / kg o menos).

Perla personal: La isotretinoína a dosis bajas por un tiempo mayor es adecuado en acné moderado a severo con mala respuesta a los antibióticos orales + Terapia tópica

Terapia hormonal: El aumento pre-menstrual de las crisis de acné, se ha asociado con niveles de andrógenos un poco mayor en mujeres con acné que sin acné.

Comienzo de acné en el periodo prepuberal también se ha asociado con aumento de los niveles de Dehidroepiandrosterona sulfato (DHEA-S).

En mujeres con síndrome de ovario poliquístico frecuentemente se asocia con acné

Elección terapia con anticonceptivos orales, desempeñan papel importante en el tratamiento del acné en las mujeres adultas; en combinación con terapia tópica

Anticonceptivos orales . Acetato de Ciproterona , Drospirinona, Desogestrel .

Métodos anticonceptivos implantados incluyen progesterona y pueden desencadenar brotes de acné.

Ante la duda solicite exámenes hormonales y busque resistencia a la insulina.

Espironolactona es útil en casos seleccionados.

La terapia oral con corticosteroides puede ser de beneficio temporal en pacientes con acné inflamatorio severo mientras comienza el tratamiento estándar contra el acné.

Personalmente prefiero las compresas de Vlemminckx.

En pacientes con hiperandrogenismo adrenal, dosis bajas de corticosteroides .

Acné en mujeres adultas Terapia tópica / BPO tanto en el 0,1% como en el 0,3%. retinaldehído 0,1% / ácido glicólico 6% ácido azelaico al 15% e gel

Acné y PIH Prevención: protección solar y tratamiento de la inflamación subyacente

Manejo de PIH: Retinoides, Hidroquinona, Ácido kójico, ácido azelaico, Alfa Hidroxiácidos, Ácido Salicílico etc

Terapia de consultorio Extracción de comedones, Infiltración de Triamcinolona Crioterapia Exfoliación Laser y otras fuentes de luz

Laser En la actualidad, los dispositivos que incluyen láser, luz pulsada intensa (IPL) y terapia fotodinámica (PDT) no deben considerarse el tratamiento de primera línea para el acné activo

Cicatriz: Las lesiones del acné pueden evolucionar en cicatrices más permanentes, que pueden ser atróficas o hipertróficas.

La administración temprana de una terapia eficaz puede reducir un factor de riesgo modificable para la cicatrización la historia familiar, la extensión y la duración de la inflamación, y quizás el más importante - el tiempo al tratamiento eficaz del acné.

De las lesiones, el inicio del acné a una edad temprana, las recaídas frecuentes, la localización en el tronco y la etnia.

El tratamiento de la cicatriz se determina por el tipo de cicatriz y la gravedad, así como por el tamaño del área involucrada.

Procedimientos: Peelings químicos, Dermoabrasión, láser, Procedimientos de elevación de la piel. Procedimientos de relleno, técnicas de escisión.

Para Queloides y cicatrices hipertróficas, Láser de colorante pulsado a inyecciones intralesionales de esteroides, lámina de silicona después de esteroides intralesionales. bleomicina intralesional

Artículos a su disposición jpiqueromartin@gmail.com

- H. P. M. Gollnick From new findings in acne pathogenesis to new approaches in treatmentt JEADV 2015, 29 (Suppl. 5), 1–7
- D.H. Suh, H.H. Kwon What's new in the physiopathology of acne? ,2British Journal of Dermatology (2015) 172 (Suppl. 1), pp13–19
- Kircik LH. Advances in the understanding of the pathogenesis of inflammatory acne. Jour of drugs in Dermatol. 2016; 15 (1 Suppl 1): S10-s7
- H.P. Gollnick, V. Bettoli, J. Lambert, et al A consensus-based practical and daily guide for the treatment of acne patients JEADV 2016 DOI: 10.1111/jdv.13675
- Asai Y et al. Management of acne: Canadian clinical practice guideline CMAJ, 2016, 188 (2) DOI:10.1503 /cmaj.140665
- Layton A. Topten list of clinical pearl in the treatment of acne vulgaris Dermatol Clin 34 (2016) 147- 157
- Nagler A et al. The use of oral antibiotics before isotretinoin therapy in patients with acne. J Am Acad Dermatol, 2016; 74: 273 -9
- Thiboutot D et al Practical management of acne for dermatologists and non-dermatologists An International Consensus from the Global Alliance to Improve Outcomes in Acne .JAAD (por publicar)
- WERSCHLER, W.P.; FEW, J.W.; JACOB, C.I.; JOSEPH, J.H.; SPENCER, J.M.; TAUB, A.F. BARROS, B.; Advancing the Care of Post-Acne Scarring: Expert Insights Into New Treatment Options.
- THIBOUTOT, D.Hormonal therapies for acne.Clinics in Dermatology2017 Vol: 35 Nro: 2 Págs: 168-172

- KOSMADAKI, M.; KATSAMBAS, A. Topical treatments for acne. *Clinics in Dermatology* 2017 Vol: 35 Nro: 2 Págs: 173-178
- FIEDLER, F.; STANGL, G.I.; FIEDLER, E.; TAUBE, K.M. Acne and Nutrition: A Systematic Review. *Acta Dermato - Venereologica* 2017 Vol: 97 Nro: 1 Págs: 7-9
- Dréno B. Bacteriological resistance in acne: A call to action. *Eur J Dermatol* 2016; 26(2): 127-32
doi:10.1684/ejd.2015.2685
- Tan J, Kang S , Leyden J. Prevalence and risk factors of acne scarring among patients consulting dermatologists in the Unites States. *Journal of drugs in dermatology : JDD.* 2017;16:97-102.
- Zaenglein AL, Pathy AL, Schlosser BJ, Alikhan A, Baldwin HE, Berson DS et al. Guidelines of care for the management of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol.* 2016;74:945-73 e33.
- Kaminsky AF-W, M. Acne. Un enfoque global. Available at: <http://www.cilad.org/archivos/1/GILEA/GILEA2012.pdf>. Accessed June 13, 2017, 2012.