

## Acné en pediatría



**Ángela Hernández Martín**  
Servicio de Dermatología.  
Hospital Infantil  
Universitario Niño Jesús.  
Madrid.

Acudió a consulta una mamá con su hija. La niña, muy guapa, estaba alegre y no mostraba ninguna preocupación. No así la madre, que de forma vehemente me comentó: «Acaba de cumplir once años y ya tiene acné. Me tiene muy intranquila. Esto no es normal».

Tuve que tranquilizarla con la siguiente explicación, adaptada y aclarada cada vez que me preguntaba sobre lo que le iba diciendo.

El acné vulgar es una de las alteraciones cutáneas más comunes en adolescentes de todas las razas. Casi todos ellos tienen algún grado de acné entre los 15 y 17 años, siendo grave o moderado en un 15-20 % de los casos<sup>1</sup>. Sin embargo, a menudo, aparece antes de los 12 años y persiste en la edad adulta.

El acné tiene cuatro tipos de lesiones elementales basadas en su fisiopatología: el comedón (abierto y cerrado), la papulopústula, los nódulos y las cicatrices. La proporción con que aparecen los fenómenos fisiopatológicos va a determinar el tipo de lesión predominante, dando lugar a un acné comedoniano, cuando hay un predominio de comedones cerrados y abiertos («puntos negros» y «espinillas o puntos blancos»); un acné inflamatorio, cuando existen fundamentalmente pápulas eritematosas; un acné noduloquístico, cuando predominan nódulos o lesiones nodulares y quísticas; y un acné cicatricial, cuando existen cicatrices atróficas, hipertró-

ficas o queloides permanentes o pigmentación posinflamatoria transitoria<sup>2</sup>. En la práctica, la mayoría de las veces, el acné es mixto o polimorfo, y los distintos tipos de lesiones elementales coexisten. A pesar de que hay numerosos sistemas de graduación, no hay un acuerdo estándar, y la interpretación de la gravedad del acné es subjetiva. En la práctica clínica, la simplificación es clave, y la gravedad del acné debe reflejarse en las historias clínicas para que se pueda valorar la respuesta al tratamiento. Es importante tener en cuenta que las lesiones inflamatorias graves o la presencia de lesiones cicatriciales importantes aumentan la gravedad global, aunque haya escaso número de lesiones.

En la gran mayoría de los casos, el diagnóstico no requiere exámenes complementarios, pero, en algunos pacientes, puede ser la manifestación cutánea de una enfermedad subyacente. La evaluación dependerá de la edad y los hallazgos físicos (por ejemplo, signos de hiperandrogenismo, posibles signos de maduración sexual precoz o de virilización o tratamientos médicos que puedan inducir acné farmacológico)<sup>1</sup>.

El objetivo terapéutico del acné consiste en tratar simultáneamente los diversos factores patogénicos con el objeto de reducir la producción sebácea, prevenir la formación de microcomedones, disminuir la presencia de *Cutibacterium acnes* (*C. acnes*) y reducir la inflamación para prevenir la

cicatrización. Aunque la isotretinoína oral es el único tratamiento que aborda los cuatro factores patogénicos, muchas de las medicaciones utilizadas para el acné actúan sobre más de un mecanismo<sup>2,3</sup>. A modo de resumen, diremos que el peróxido de benzoílo actúa predominantemente sobre el *C. acnes*, y menos sobre inflamación y comedones, a diferencia de los retinoides tópicos, más eficaces sobre los comedones, y los antibióticos tópicos, con única acción sobre *C. acnes*. Las combinaciones de tratamientos tópicos con mecanismos de acción complementarios funcionan mejor que los agentes por separado, por lo que es recomendable combinar un queratolítico tópico con un antiséptico y/o un antibiótico. El peróxido de benzoílo, que asocia efecto queratolítico leve y capacidad antiséptica importante, puede usarse en monoterapia, pero la monoterapia antibiótica tópica está especialmente desaconsejada por la lenta respuesta que ofrece y el riesgo de aparición de resistencias<sup>1,4</sup>.

Aunque la sabiduría popular atribuye el origen del acné a una higiene deficiente y un lavado inadecuado de la cara, no existe ninguna evidencia científica que respalde esta creencia. Sin embargo, los tónicos faciales y los jabones antiacné suelen ser un componente habitual de los regímenes combinados de tratamiento del acné. El papel en la limpieza facial es eliminar el maquillaje, la suciedad y el exceso de sebo, mejorando el aspecto general de la piel y evitando la oclusión exógena del folículo pilosebáceo. El uso de un limpiador inadecuado (demasiado abrasivo) o aplicado con una frecuencia excesiva puede dañar la barrera cutánea, aumentando la pérdida transepidérmica de agua, propiciando la colonización bacteriana, promoviendo la formación de comedones y provocando síntomas como quemazón y escozor<sup>1</sup>. Habitualmente se recomienda un lavado con un limpiador específico para el acné, de pH equilibrado, una o dos veces al día. No se ha demostrado la utilidad de los limpiadores antibacterianos (salvo los que llevan peróxido de benzoílo) en el tratamiento del acné. Los pacientes deben ser cui-

dadosos y no utilizarlos en exceso, ya que pueden irritar y disminuir la tolerancia a los tratamientos tópicos para el acné.

Otro mito común es que el uso de cosméticos empeora el acné, pero no se ha demostrado que su empleo retrase la respuesta al tratamiento. Más al contrario, el uso de hidratantes y maquillajes etiquetados como *oil-free* —libres de grasa—, de textura fluida o no comedogénicos no solo no empeora la gravedad del acné, sino que puede mejorar la adherencia terapéutica y aliviar la irritación de los tratamientos, mejorando la calidad de vida de los pacientes<sup>3,4</sup>.

Todas las guías clínicas coinciden en que el tratamiento debe seleccionarse en función de la morfología, eligiendo aquellos productos tópicos u orales orientados a tratar las lesiones elementales predominantes según la gravedad (fig. 1).

Conseguir la adherencia terapéutica puede ser un reto en los adolescentes, ya que el tratamiento suele requerir constancia y, en ocasiones, produce molestias por la irritación cutánea. Es importante crear expectativas realistas en cuanto a la duración y respuesta terapéutica, y avanzar posibles efectos secundarios de nuestros tratamientos. Finalmente, hay que tener en cuenta que la búsqueda de información en las redes sociales puede favorecer la aplicación de remedios caseros (como la pasta de dientes o los jabones azufrados) o el empleo inadecuado de los tratamientos disponibles, por lo que es recomendable abordar mitos y creencias durante la entrevista clínica.

En nuestra paciente, con un acné comedoniano incipiente (fig. 2) localizado únicamente en la frente, recomendamos un tratamiento tópico de combinación fija, en el que estuvieran presentes los retinoides, como, por ejemplo, el adapaleno, y un agente limpiador suave. Conseguida la motivación a través de la entrevista, el resultado fue bueno. A los cuatro meses, las lesiones eran escasas, aunque precisamente por la edad temprana, no abandonamos las revisiones periódicas.

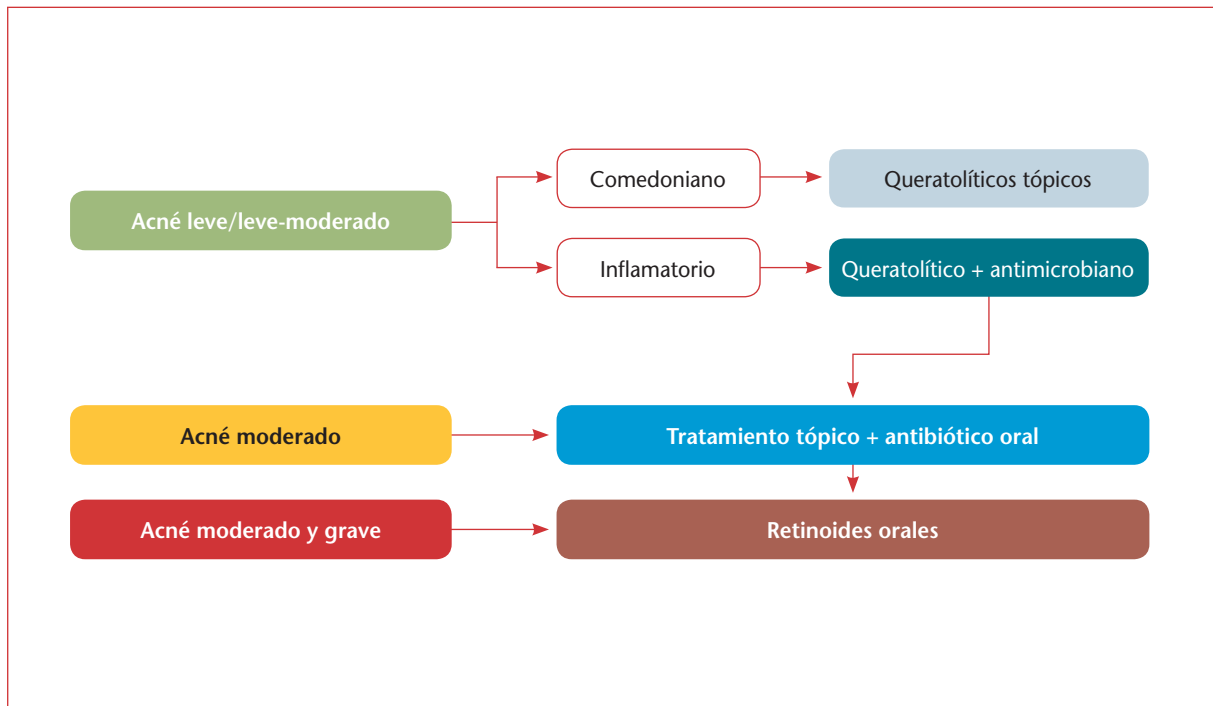


Figura 1. Algoritmo terapéutico en el acné pediátrico.



Figura 2. Acné comedoniano en la frente.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. 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(5):945-73.e33.
2. Zaenglein AL. Acne vulgaris. *N Engl J Med.* 2018;379(14):1343-52.
3. Williams HC, Dellavalle RP, Garner S. Acne vulgaris. *Lancet.* 2012;379(9813):361-72.
4. Eichenfield LF, Krakowski AC, Piggott C, Del Rosso J, Baldwin H, Friedlander SF, et al.; American Acne and Rosacea Society. Evidence-based recommendations for the diagnosis and treatment of pediatric acne. *Pediatrics.* 2013;131 Suppl 3: S163-86.