



EL ACNE Y SU TRATAMIENTO

**Elaborado por:
Dra. Carolina Gómez Herra
Farmacéutica Interna**



EL ACNE Y SU TRATAMIENTO

Elaborado por:

**Dra. Carolina Gómez Herra
Farmacéutica Interna**

**Centro Nacional de Información de Medicamentos
Instituto de Investigaciones Farmacéuticas
Facultad de Farmacia
Universidad de Costa Rica**

Marzo, 2003

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
GENERALIDADES.....	3
FISIOPATOLOGÍA.....	4
SIGNOS Y SINTOMAS.....	6
TIPOS DE ACNE.....	7
SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD.....	13
TRATAMIENTO.....	16
TRATAMIENTO TÓPICO.....	18
TRATAMIENTO SISTÉMICO.....	28
ANEXOS.....	40

INTRODUCCION

La mayoría de los adolescentes padecen de alguna forma de acné. No obstante, los adultos que poseen entre 20 y 30 años de edad, e incluso aquellos de más de 40 años pueden presentar esta enfermedad tan común de la piel. El acné a menudo desaparece luego de varios años sin necesidad de tratamiento (32).

El acné puede conducir a la aparición de cicatrices serias y permanentes. Las hormonas masculinas, que se encuentran tanto en el hombre como en la mujer, aumentan durante la adolescencia, estimulando y agrandando las glándulas sebáceas de la piel. En raras oportunidades, el acné puede deberse a un desequilibrio hormonal. Estas glándulas se encuentran en zonas donde es común el acné, el rostro, la parte superior de la espalda y el pecho (32).

Las glándulas sebáceas están conectadas a un canal piloso llamado folículo. Las glándulas sebáceas fabrican una sustancia oleosa llamada sebo que llega a la superficie de la piel a través de la abertura que el folículo posee en la superficie de la piel. El sebo provoca que las células del revestimiento folicular secreten más rápidamente y se aglutinen formando un tapón en la abertura del folículo piloso. En esa mezcla de sebo y células presente en el folículo crecen bacterias. Estas bacterias producen agentes químicos que estimulan la inflamación y causan una ruptura en la pared del folículo. El sebo, las bacterias y las células epidérmicas derramadas se vierten a la piel provocando enrojecimiento, hinchazón y pus (32).

El cuidado normal de la piel del paciente con acné es importante, lavarse la cara con jabón y agua tibia dos veces al día. El acné no es provocado por la suciedad; si se efectúa la limpieza demasiado a menudo o en forma demasiado vigorosa, ello podrá empeorar el acné. También se recomienda lavarse el cabello con regularidad; si tiene el cabello graso, quizás deba lavarlo con mayor frecuencia (32).

El control del acné es un proceso constante. Todos los tratamientos del acné resultan efectivos si se previene la formación de nuevo acné. Las imperfecciones existentes deberán cicatrizar solas. Las mejoras requieren de tiempo (32).

El tratamiento que se utilice variará de acuerdo con el tipo de acné que posea el paciente. Ocasionalmente podrá producirse una erupción parecida al acné debido a otra causa - como el maquillaje o las lociones o debido a la medicación que se ingiere vía oral. Es importante que el paciente le proporcione al médico los detalles de todo aquello que utiliza sobre la piel o ingiere en forma oral (32).

Independientemente de cuáles sean los tratamientos que se utilice, se deberá continuar con un cuidado adecuado de la piel hasta que la tendencia a la presencia de acné haya pasado. No existe una cura instantánea ni permanente para el acné, pero éste es controlable, y el tratamiento adecuado puede prevenir la aparición de cicatrices (32).

CAPITULO I

GENERALIDADES

El acné es una enfermedad inflamatoria frecuente de las glándulas sebáceas que se caracteriza por la aparición de comedones comúnmente llamados "clavillos", pápulas, pústulas y quistes purulentos superficiales o profundos y en algunos casos descamación e hiperpigmentación(1,2,31). Rara vez constituye un proceso infeccioso en sí, aunque se asocia con proliferaciones de *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*), *Staphylococcus epidermidis* y otras bacterias que conforman la flora normal del folículo sebáceo (1,2). El *P. acnes* es una bacteria anaeróbica que prolifera en el ambiente creado por la mezcla del exceso de sebo con las células foliculares, produciéndose la liberación de factores mediadores de la inflamación y factores quimiotácticos que llevan a la inflamación (10).

El acné es una de las enfermedades más comunes de la piel, afecta cerca del 80 % de las personas con edades entre los 11 y los 30 años; puede persistir por años y resultar en efectos adversos tanto físicos como psicológicos en el paciente (9, 10, 31).

El acné aparece con más frecuencia entre los adolescentes y jóvenes, alrededor de los 12 y 20 años, en las partes más expuestas como la frente, mejillas, mentón y en el tronco, razón por la cual se debe evitar la automanipulación de las lesiones para prevenir la formación de cicatrices (1,2). El acné empieza en el período de pubertad cuando las glándulas adrenales maduran y secretan cantidades grandes de andrógenos adrenales, que a su vez incrementan la producción de sebo (10).

Las estadísticas señalan que un 40% de las mujeres entre 14 y 17 años y un 35% de los hombres entre 16 y 19 años son afectados por el acné; en la edad de los 40 hay un 1% de mujeres y 5% de hombres afectados (31).

Aunque es más frecuente su comienzo en la adolescencia también se puede presentar durante la segunda y la tercera década de la vida. En niños puede aparecer en los primeros meses (*acné neonatorum*) como resultado de un efecto de los andrógenos recibidos transplacentariamente (8).

El acné se da como resultado de la obstrucción de los folículos sebáceos que se localizan primariamente en la cara y el tronco (10, 26).

La dieta tiene poca importancia en el desarrollo y el curso de la enfermedad, por lo que la restricción de ciertos alimentos, incluido el chocolate, no necesariamente disminuye el número de lesiones (1, 17, 26).

CAPITULO II

FISIOPATOLOGÍA

Se cree que el acné surge de la interacción de cuatro factores:

- ❖ El aumento de la producción de sebo en las glándulas sebáceas en respuesta a la estimulación androgénica.
- ❖ La formación de comedones por obstrucción del folículo sebáceo, debido al exceso de producción de queratinocitos.
- ❖ La colonización de la bacteria *P. acnes* que normalmente vive en el folículo sebáceo.
- ❖ La inflamación causada por la liberación de sebo en la piel que rodea la lesión (12, 26).

Además se cree que puede haber un factor genético asociado a la enfermedad, que influyen su desarrollo (31).

La obstrucción del folículo sebáceo es el evento patogénico primario. Los microcomedones son las lesiones precursoras del acné (12).

El factor hormonal que influye en la secreción de los andrógenos de origen gonadal, es de los más importantes y va cambiando con la edad. Los andrógenos gonadales aumentan el tamaño y la tasa de secreción glandular, tanto por un efecto local como sistémico debido a la conversión de la testosterona en 5 alfa dihidrotestosterona, por acción de la 5 alfa reductasa de la glándula sebácea. La 5 alfa reductasa es una enzima microsomal dependiente de NADPH cuya actividad es mayor en las glándulas sebáceas de la cara y del cuero cabelludo, que en la piel de otras partes del cuerpo (8, 18, 31). Las glándulas sebáceas y las glándulas sudoríparas se encargan en su mayoría del metabolismo de los andrógenos a nivel de piel (18).

Los andrógenos, en especial la 5 alfa dihidrotestosterona (DHT), causan un aumento de la secreción sebácea, modifican la composición del sebo y engruesan la queratina del epitelio del conducto pilosebáceo, favoreciéndose la retención de grasa dentro del folículo. Este efecto es menos pronunciado en los hombres (2).

Los andrógenos actúan luego de unirse al receptor, el cual es un miembro de la subfamilia de receptores esteroidales entre los que están los receptores de progesterona, mineralocorticoides o glucocorticoides. La testosterona y la DHT se unen al mismo receptor de alta afinidad, pero con distintas características, afinidades y actividad fisiológica (18).

Recientemente se ha encontrado que los receptores activadores proliferadores de peroxisomas (PPAR) y los receptores de retinoides, también influyen en la diferenciación y en el crecimiento de las

células sebáceas. Otras hormonas como la GH, insulina, glucocorticoides, factores de crecimiento de insulina (IGF), estrógenos y las hormonas tiroideas juegan un papel importante en el crecimiento y desarrollo de las glándulas sebáceas. Todas las hormonas anteriores, a excepción de los estrógenos, se encargan de la diferenciación y estimulación de la proliferación de los sebositos. Los estrógenos, por contrario, directamente suprimen la función de la glándula sebácea (18).

La prolactina juega un papel importante en la estimulación de la producción de andrógenos adrenales, actúa directamente como una hormona sebotrópica. Por otro lado, se cree que la causa de agravamiento del acné en períodos de estrés se debe a la epinefrina, debido a que ésta estimula rápidamente la lipogénesis de los sebositos (18).

Los retinoides antagonizan el efecto de los andrógenos en la glándula sebácea, aparentemente inhiben la proliferación y la diferenciación de los sebositos; esto provoca que las glándulas sebáceas se atrofien y que disminuya la producción de sebo (8).

Las glándulas sebáceas son halocrinas, es decir, acumulan su producto intracelularmente hasta que la célula sebácea explota y, por lo tanto, la secreción incluye todos los componentes celulares. El recambio celular en la glándula sebácea ocurre cada 13-14 días, el sebo producido es considerado como factor principal en la patogénesis del acné, siendo su tasa de producción mayor en los enfermos; sin embargo, no se puede afirmar que una producción alta de sebo conduce al acné. El sebo de los comedones está compuesto en un 40% por ácidos grasos libres (8). La activación de la glándula sebácea se considera predisponente al desarrollo de acné y la actividad sebácea se correlaciona con la severidad de la enfermedad (31).

La lesión básica del acné, el microcomedón, podría avanzar a una lesión inflamada o no, eso es el resultado de la hiperconificación del ducto pilosebáceo. La severidad del acné esta relacionada con la cantidad y tamaño de los microcomedones (31).

La inflamación no es causada por la bacteria en la dermis, los factores que la inducen son desconocidos, pero se sugiere que puede existir un tipo de reacción de hipersensibilidad que sea la mayor causa (31).

Durante el proceso de la enfermedad, los triglicéridos se ven disminuidos por la hidrólisis causada por las lipasas de *P. acnes* y parte de estos ácidos grasos que se liberan causan la irritación de la pared folicular. El *P. acnes* al hidrolizar el sebo produce factores quimiotácticos para neutrófilos y macrófagos que contribuyen con las manifestaciones inflamatorias. (1, 2, 14, 26, 31)

La interacción entre las hormonas, la queratina, el sebo y las bacterias determina el curso y la gravedad de la enfermedad (2).

CAPITULO III

SIGNOS Y SÍNTOMAS

El acné es una enfermedad de etiología multifactorial, probablemente ligada a una predisposición determinada genéticamente y agravada al mismo tiempo por una hipersecreción sebácea, cuya producción está bajo control hormonal, y por una proliferación microbiana de tipo anaerobio (7).

Se manifiesta por la formación de comedones, pápulas (secundarias a la inflamación del microquiste), pústulas, nódulos inflamatorios, quistes superficiales llenos de pus y, en las formas máximas, cavidades profundas, inflamadas y a veces purulentas (7).

Usualmente cada paciente muestra predominio de algún tipo de lesión, pero pueden coexistir tanto las inflamatorias y como las no inflamatorias (26):

No inflamatorias

- Comedón blanco (cerrado): pápula pequeña, de color a veces más claro que la piel circundante y cuyo orificio folicular no se visualiza. Los comedones cerrados son pápulas blanquecinas de 1 a 2 mm que se ven mejor al estirar la piel. Son precursores de las lesiones inflamatorias y su contenido no se elimina fácilmente. Los comedones cerrados suelen acompañarse de lesiones inflamatorias: pápulas, pústulas o nódulos (6,8).
- Comedón negro (abierto): tiene el orificio claramente visible, pero obstruido por un tapón de queratina oscura, cuyo color lo confiere la melanina allí depositada. Rara vez sufre inflamación. El tamaño varía hasta varios milímetros de diámetro (8). Los comedones abiertos tienen un orificio folicular amplio y dilatado y están rellenos de detritos oleosos, oscurecidos por la oxidación y que se vacían con facilidad (6).

Inflamatorias

Consiste en pápulas, pústulas, nódulos y quistes que se desarrollan posterior al acné comedónico (18). Reflejan una reacción inflamatoria a diversos niveles de profundidad de la piel y casi invariablemente originan cicatrices, las cuales pueden ser deprimidas o hipertróficas o queloideanas (8).

Estas lesiones muestran tendencia a curar y a exacerbarse, especialmente en los períodos premenstruales. Las épocas de descanso y verano coinciden con frecuencia con las mejorías clínicas, en tanto que el estrés y el invierno las empeoran (8).

En las lesiones inflamatorias pueden coexistir signos como ulceraciones leves, dolor y prurito. Las lesiones se presentan de manera principal en cara, cuello, parte superior del tórax, dorso y hombros (4).

Complicaciones

Puede presentarse formación de quistes, cambios pigmentarios en gente de piel oscura, cicatrices importantes y trauma psicológico (4).

Pronóstico

El acné tratado de modo ocasional remite de manera espontánea, pero no puede predecirse cuando sucederá. El padecimiento puede persistir a través de la etapa adulta, y provocar cicatrices graves si no se trata. Los pacientes tratados con antibióticos mejoran durante los primeros 3 a 6 meses del tratamiento. La recurrencia que se presenta durante la terapéutica puede sugerir el desarrollo de *P. acnes* resistente. La enfermedad es crónica y tiende a exacerbarse de manera intermitente a pesar del tratamiento. En algunos casos las remisiones pueden ser duraderas hasta en un 60% después de un tratamiento sistémico con isotretinoína. Suelen producirse recurrencias después de este fármaco, dentro de un plazo de tres años, y hasta 20% de los pacientes requieren un segundo curso (4).

TIPOS DE ACNÉ

Acné vulgar

El acné vulgar es, habitualmente, un proceso de curación espontánea de adolescentes y adultos jóvenes, aunque del 10- 20 % de los adultos pueden padecer alguna manifestación de la enfermedad. El factor permisivo para la expresión del proceso es un aumento en la producción de sebo por las glándulas sebáceas después de la pubertad. En los folículos pilosos se forman pequeños quistes denominados comedones, por bloqueo del orificio folicular debido a la retención de sebo y material queratosítico (6).

Tanto la bacteria *P. acnes* como algunas levaduras (*Pityrosporum orbiculare*) liberan en el interior de los comedones ácidos grasos libres del sebo, produce inflamación en el interior del quiste y ocasiona una ruptura de su pared. Como consecuencia de la salida de detritos oleosos y queratosíticos del quiste se produce una reacción inflamatoria (6).

La mayoría de los casos son leves y no dejan cicatrices, sin embargo un pequeño grupo de pacientes presenta grandes quistes y nódulos inflamatorios que supuran y dejan importantes cicatrices (6).

Hay factores exógenos y endógenos que pueden alterar la expresión del acné vulgar. La fricción y los traumatismos pueden romper los comedones preexistentes y producir un acné inflamatorio (6).

Acne infantil (acne neonatorum)

El acne infantil es una rara manifestación que se observa en niños en edades entre 6 y 16 meses, que presentan lesiones no inflamatorias (comedónicas) e inflamatorias (superficiales y nódulos). Las lesiones afectan principalmente la cara (pómulos); en el tronco se presentan con menor frecuencia y en casos aislados se presentan lesiones en la espalda y el pecho (27).

En el tratamiento de las lesiones leves del acne infantil se utilizan medicamentos tópicos como retinoides, peróxido de benzoilo y eritromicina tópica; el efecto secundario más frecuente de estos medicamentos es la irritación (dermatitis) que se controla fácilmente ajustando la frecuencia de administración (27).

Para el tratamiento de las lesiones moderadas se utiliza antibiótico oral como la suspensión pediátrica de eritromicina 125 mg dos veces al día (aunque algunas veces se requieren dosis mayores de hasta 250-375 mg dos veces al día). Si no se logra mejoría y se encuentra resistencia al antibiótico eritromicina, se debe administrar trimetoprim 100 mg dos veces al día (27).

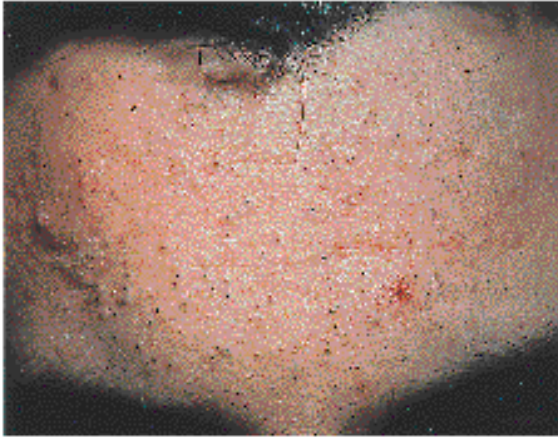
Los pacientes pediátricos que presenten lesiones palpables profundas que no responden a eritromicina o trimetoprim, se les administra isotretinoína a dosis de 0.5 mg/ kg por día. Un estudio indica que los pacientes pediátricos que se han tratado con isotretinoína oral por un período de 4 meses han respondido bien sin efectos secundarios. Debido a que los infantes no pueden tragar las cápsulas de isotretinoína, se le indica a la madre que debe de abrir la cápsula, en un lugar oscuro o con poca luz, vaciar el contenido y administrarlo al niño con comidas (por ejemplo en una tostada con mantequilla) (27).

La duración del tratamiento tanto oral como tópico varía según la respuesta del paciente desde 6 hasta 40 meses (27).

Acné polimorfo juvenil (acné comedónico)

Las manifestaciones del acné juvenil son, al comienzo, microcomedones que evolucionan a comedones abiertos (puntos negros) o comedones cerrados (puntos blancos) (1).

Figura #1 Acné comedónico no inflamatorio en la frente



Acné quístico

El acné nódulo-quístico se presenta cuando el contenido vertido es grande y se encuentra muy profundo, por lo que su eliminación al exterior puede resultar difícil, produciendo un endurecimiento en el lugar de la lesión que deja cicatriz (1,2).

Las lesiones nódulo-quísticas pueden unirse entre sí, formando en el interior de la piel abundantes túneles que se abren a la superficie cutánea por múltiples orificios y que cuando se reabsorben dejan extensas cicatrices, generalmente queloideas. Este tipo de acné es más común en varones y se localiza fundamentalmente en el tórax, espalda, hombros, glúteos y brazos, mientras que la cara no se encuentra muy afectada (2).

El tratamiento habitual comprende la aplicación de productos tópicos, muy probablemente asociados a una terapia sistémica. En casos resistentes se hace necesario muchas veces el tratamiento quirúrgico (1, 2, 3).

Figura #2 Acné severo con nódulos en el tronco de un paciente (el tratamiento de elección en estos casos es la isotretinoína).

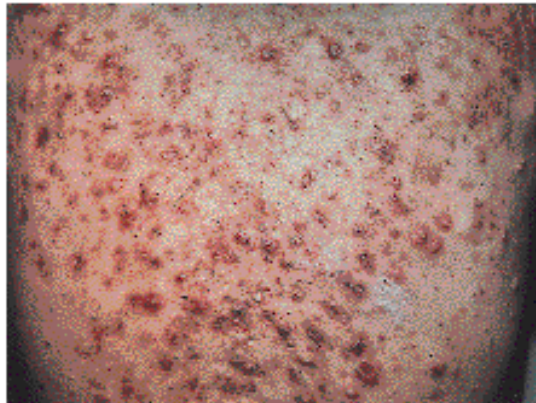


Figura #3 Paciente con acné popular inflamatorio



Acné de origen externo

Puede estar provocada por aceites minerales (granos de aceite), petróleo crudo, derivados de alquitrán de hulla, insecticidas, aceites de cocina, etc. El acné clórico es provocado por los vapores clorados; hay que tener claro que el agua clorada de las piscinas no provoca acné (6,7).

Acné de origen iatrogénico

Las erupciones acnéicas de origen medicamentoso se distinguen del acné vulgar por sus caracteres clínicos e histopatológicos: aparece a cualquier edad, su topografía puede sobrepasar las

zonas habituales del acné y se caracteriza sobre todo por lesiones inflamatorias formadas por pápulas y pústulas; no existen comedones o son muy raros (7).

Los principales fármacos responsables son los corticoesteroides (en particular los fluorados), dilantina, fenobarbital, la hormona corticotropa, los derivados halogenados (por ejemplo el yodo o bromo), las sales de litio, la vitamina B12, los antituberculosos, el dantroleno, las hormonas tiroideas y algunos antidepresivos. Algunos fármacos pueden agravar un acné existente, como los anticonvulsivantes o los que se presentan actividad androgénica (6, 7, 26).

Tabla 1. Resumen de algunas drogas reportadas que han sido asociadas con acné (31).

Hormonas y esteroides	Gonadotropinas, andrógenos, esteroides anabólicos, esteroides tópicos y orales.
Halógenos	Bromuros, yoduros.
Drogas epilépticas.	Difenildantoína, fenobarbitone, troxidone.
Drogas antituberculosas.	Isoniazida, rifampicina.

Acné fulminans

Acné fulminans es una rara pero severa variedad de acné debida a una reacción inmunológica compleja a *P. acnes*, que generalmente afecta a los hombres adolescentes (9,10).

Los pacientes desarrollan lesiones severas eruptivas y ulcerosas que dejan cicatrices inevitables, fiebre, debilidad, artralgia, leucocitosis y una alta tasa de sedimentación eritrocítica. Pueden aparecer lesiones osteolíticas en hueso, más frecuente en la clavícula, esternón, huesos largos e ileon (9,10).

En estos pacientes es necesario el tratamiento con esteroides orales debido a que muchas lesiones se encuentran severamente inflamadas, especialmente aquellas en pecho y espalda. Como tratamiento se administra prednisolona 20-40 mg por día junto con dosis bajas de inicio de isotretinoína; sin embargo algunos estudios indican que debe suspenderse el tratamiento con isotretinoína al utilizar los esteroides. Este tratamiento rápidamente controla las lesiones en la piel y los síntomas sistémicos, debe continuarse por dos o cuatro meses debido a que ambos síntomas de acné y músculo esqueléticos tienden a recaer si la dosis se reduce rápidamente (9,10, 17).

Un estudio realizado en 25 pacientes con acné fulminans indica que el protocolo de tratamiento más efectivo es prednisona 0.5-1 mg/ kg/ día por 4-6 semanas (luego de concluir este tiempo se va reduciendo la dosis hasta llegar a cero), agregando isotretinoína la cuarta semana de tratamiento, a una dosis inicial de 0.5 mg/ kg/ día y aumentándola gradualmente hasta alcanzar un aclaramiento de las lesiones satisfactorio (23).

Figura #4 Paciente con acné explosivo inflamatorio en el pecho asociado a lesiones ulcerativas, fiebre, leucocitosis y artralgia; este variación del acné se conoce como acné fulminans (para casos como estos se requiere terapia con corticoesteroides).

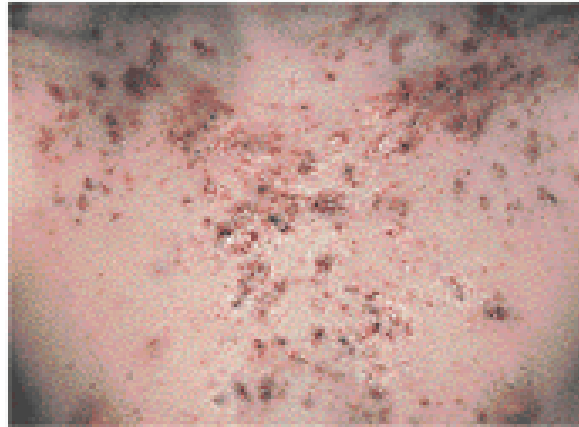
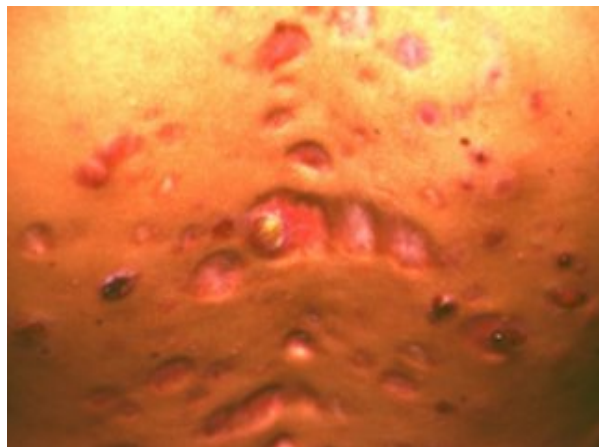


Figura #5 Paciente con cicatrices luego de sufrir acné fulminans.



CAPITULO IV

SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD

La mayoría de los médicos dividen el acné según su condición en leve, moderado y severo. El acné leve consiste en comedones abiertos y cerrados, acompañados de algunas pápulas y pústulas. El acné moderado tiene mayor cantidad de pápulas y pústulas que el leve y además se observan algunas cicatrices. En la forma más severa de la enfermedad se observa todo lo anterior y además abscesos nodulares y cicatrices de mayor extensión, que en algunos casos puede ser de forma queiloide (9).

Tabla 2. Clasificación según severidad de las lesiones en el acné (18).

Severidad	Pústulas/pápulas	Nódulos (>5 mm)
Microcomedones (<1 mm)	No	No
Comedones (\geq 1 mm)	No	No
Inflamación leve	Pocas o algunas (<10)	No
Inflamación moderada	Bastantes (10–25)	Pocas o algunas
Inflamación severa	Muchas (>25)	Muchas

Nota: La cara, el pecho y la espalda deben contarse por separado.

FACTORES AGRAVANTES

Algunos de los factores que pueden agravar la enfermedad son:

- ❖ Los cosméticos pueden agravar el acné sobre todo en personas que presentan predisposición (8, 26).

Los preparados que contienen sustancias como lanolina, vaselina, butilesterato, alcohol laurílico y ácido oleico son predisponentes (6). Los acnés de origen cosmético están provocados por el uso de cosméticos mal purificados (7).

En la actualidad se deben recomendar aquellos cosméticos que los fabricantes indiquen que han sobrepasado la prueba de no comedogenicidad (8, 26). Es preferible el uso de cosméticos a base de agua, libres de aceites (31).

- ❖ La exposición solar agrava el acné por lo menos en la cuarta parte de los enfermos, aunque esto no está probado científicamente. Además el exceso de sudoración también puede agravar la situación (8,31). Los bloqueadores solares pueden ser útiles, pero entre ellos existen algunos con capacidad comedogénica debida a sus vehículos (8).

Un tratamiento en curso no deberá interrumpirse en las épocas de sol. Deberá aconsejarse el uso de protectores solares con factor de protección elevado debido a que el acné mejora con el sol, sin embargo, existe un fenómeno de rebote luego de la época de insolación. Durante estos períodos se recomienda aplicar tratamiento antiacnéico (local o sistémico) preferentemente por la noche. Si se conoce de antemano el día de la exposición solar debe motivarse al paciente a no aplicarse el tratamiento el día anterior, ni el mismo día de la exposición, ni al día siguiente (7).

- ❖ El excesivo lavado puede ser contraproducente por producirse fricción excesiva e irritación (8).
- ❖ La luz ultravioleta, que en otras épocas se consideró como un adecuado medio de terapia para el acné, se ha concluido que produce un empeoramiento de la enfermedad (8).
- ❖ El estrés emocional es capaz de producir un empeoramiento del acné; el mecanismo por el cual se produce este fenómeno probablemente sea mediante un efecto sobre el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, con posterior aumento de la secreción androgénica. (8,31).
- ❖ El embarazo puede producir exacerbación o remisión del acné (12).

Algunos otros factores que pueden producir exacerbación del acné son:

- Factores ambientales como climas húmedos, cocinas, cuartos de vapor, etc. (12)
- La sudoración en un 15% de los pacientes exagera el acné, por obstrucción parcial folicular que conlleva a la inflamación (12,31).
- La presión repetida sobre la piel de bandas en la cabeza, gorras, sombreros o ropa interior, entre otras, puede producir oclusión (12).

MEDIDAS GENERALES DE HIGIENE

Aunque la falta de higiene no es la causa de aparición de acné, ciertas medidas higiénicas favorecen su regresión o al menos, evitan su agravamiento:

- 1- Es inútil lavarse la cara muchas veces al día: una acción detergente superficial no es suficientemente profunda sobre el folículo sebáceo, y si es enérgica y constante puede tener un efecto negativo de rebote sobre la secreción sebácea, favoreciendo la aparición de comedones y agravando las lesiones. El método más eficaz consiste en limpiar la piel del exceso de grasa mediante lavados con agua y con un limpiador epidérmico, de dos a tres veces al día. Se aconseja el uso de jabones que no resecan. La aplicación de un producto antiacnéico se debe hacer siempre sobre la piel seca, unos 20-30 minutos después de su lavado.
- 2- El empleo de cosméticos debe reducirse teniendo la precaución de elegir productos no comedogénicos, es decir, exentos de aceite de almendras, de aceite de limón o de coco y sin determinados emulsificantes, como el estearato de butilo, el miristato de isopropilo o el laurilsulfato sódico.
- 3- Los jóvenes con acné no deben emplear lociones de afeitado que contengan alcohol o perfumes que pueden exacerbar la irritación y la inflamación.
- 4- Se debe prevenir la automanipulación de las lesiones, ello provocaría la permanencia de los fenómenos inflamatorios y la aparición de cicatrices (7).

Gracias por visitar este Libro Electrónico

Puedes leer la versión completa de este libro electrónico en diferentes formatos:

- HTML(Gratis / Disponible a todos los usuarios)
- PDF / TXT(Disponible a miembros V.I.P. Los miembros con una membresía básica pueden acceder hasta 5 libros electrónicos en formato PDF/TXT durante el mes.)
- Epub y Mobipocket (Exclusivos para miembros V.I.P.)

Para descargar este libro completo, tan solo seleccione el formato deseado, abajo:

