

## EL ACNE JUVENIL

### Dr. Eleodoro Freyre Román

Profesor Emérito de Pediatría de la UNSA  
Profesor Honorario de la Universidad Católica de Arequipa  
Fundador, Director y Actual Asesor del  
Instituto de Salud del Adolescente de la UNSA  
Doctor en Medicina de la Universidad Cayetano Heredia  
Board en la especialidad de Pediatría de la  
Universidad George Town de Washington (USA)

El acné que sufre más del 90% de los adolescentes es el Acné Vulgaris y, por eso, a este tipo de acné se le llama también "Acné Juvenil", aunque pueden presentarse otros tipos de acné más raramente. Este es un motivo frecuente para el médico que ve a adolescentes y, aunque es un problema dérmico afecta emocionalmente al joven y lo limita en su desempeño psicosocial. Por eso, no debemos quedarnos en la epidermis del joven, sino considerar este otro factor de suma importancia en los adolescentes.

El acné juvenil se produce por un incremento de la producción de sebo en la glándula sebácea por la influencia de los andrógenos que se incrementan a estas edades, los cuales además producen hiperqueratinización e incremento de la cohesividad celular del conducto glandular que lo hace más estrecho. Además, por acción enzimática de los gérmenes epidérmicos, en especial el *Corinebacterium Acnes*, los triglicéridos del sebo se desdoblan produciéndose la liberación de ácidos grasos los cuales son irritantes del epitelio ductal y contribuyen a su estrechamiento, produciendo además lesiones irritativas. Por la acción bacteriana se produce también fenómenos inflamatorios y supurativos. La glándula estrechada ocasiona la retención del sebo lo cual forma el comedón, que es la lesión básica del acné juvenil y que son de dos tipos: el comedón cerrado o "punto blanco" y el abierto o "punto negro". El comedón cerrado es el que se transformará en lesiones papulares (inflamadas), en lesiones pustulosas (supuradas), y en lesiones profundas (nodulares), pudiendo quedar cicatrices. Estas son las lesiones anatomopatológicas del acné juvenil.

La severidad del acné se juzga según el tipo de lesiones, de la siguiente manera: Grado 1, sólo comedones; Grado 2, comedones y pápulas moderadas; Grado 3: comedones, abundantes pápulas y pústulas moderadas; y Grado 4: lo anterior con abundantes pústulas y, sobre todo, lesiones nodulares.

Existe una clara tendencia hereditaria para sufrir de acné y hay diferencias raciales, tal como lo hemos com-

probado nosotros en un estudio sobre "prevalencia y severidad del acné en adolescentes peruanos según su tipo étnico", publicado en el *Journal of Adolescent health* en 1998, donde se demuestra que los peruanos tenemos menos acné y menos severo que los blancos caucásicos y que los indígenas peruanos que habitan en la misma localidad tiene menos prevalencia y severidad.

El acné juvenil se presenta en la cara en el tronco con las lesiones descritas que permiten catalogarlo en grados, pero también hay el acné llamado "conglobata" o "conglobado", que se caracteriza por lesiones profundas, nodulares, en la espalda, glúteos y piernas y que, en algunos casos raros, puede dar reacciones sistémicas severas, cuando entonces se le denomina "acné fulminante".

El tratamiento del acné juvenil, depende del grado del mismo. Se emplea medicación tópica y sistémica. Entre los tópicos más usados están el peróxido de benzoilo y el ácido retinoico, que son comedolíticos; y los antibióticos como la eritromicina y la clindamicina. Hay otros menos utilizados. Los medicamentos sistémicos más empleados son las tetraciclinas tradicionales, la minociclina, la metaciclina, los estrógenos y la isotretinoína. Para las lesiones cicatriciales, se recurre a la dermabradación o al injerto de colágeno que son competencia de especialistas.

En el acné grado 1, basta con peróxido de benzoilo al 5%, en el grado 2, peróxido de benzoilo al 10% y eritromicina tópica; en el grado 3, lo anterior y antibióticos sistémicos, pudiendo también emplearse clindamicina tópica que es más potente que la eritromicina. En el grado 4, nodular, se usa la isotretinoína como medicación única, pudiendo al inicio agregarse antibióticos tópicos. El uso conjunto de tetraciclina está contraindicado porque puede causar pseudo tumor cerebral. La isotretinoína reduce marcadamente la producción de sebo y mejora el estrechamiento del conducto glandular.

A parte de la medicación descrita, se permitirá una dieta normal, exposición moderada al sol, aseo de la cara, manos, pelo y dorso con jabones corrientes o medicados que contengan ácido salicílico o componentes azufrados. Pero, además, deberá ofrecerse una atención "integral" biopsicosocial, aliviando la preocupación del paciente y educándolo respecto a su enfermedad y a su pronóstico.