

DERMATOLOGÍA PRÁCTICA

Manejo del acné en mujeres mayores de 25 años

R. Rivera y A. Guerra

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Resumen. El acné es una de las enfermedades de la piel de mayor prevalencia en general y en la adolescencia en particular. Sin embargo, cada vez es más frecuente ver pacientes mayores de 25 años, especialmente mujeres, afectados por el proceso. Distinguimos dos tipos de acné postadolescente: el «acné persistente», el más frecuente, continuación del acné iniciado en la adolescencia y que permanece en la edad adulta, y el «acné de comienzo tardío», que aparece por primera vez en los mayores de 25 años.

Revisamos las características clínicas de estos tipos de acné en las mujeres, los factores etiológicos implicados, las pruebas complementarias necesarias y las peculiaridades a la hora de tratarlos, para conseguir un correcto manejo de estas pacientes.

Palabras clave: acné postadolescente, acné persistente, acné tardío.

MANAGEMENT OF ACNE IN WOMEN OVER 25 YEARS OF AGE

Abstract. Acne is one of the most widespread skin diseases in the general population and among adolescents in particular. However, it is becoming increasingly common in patients over 25 years of age, and particularly in women. We distinguish 2 types of postadolescent acne: persistent acne—the most frequent such acne—is an extension of acne that began in adolescence and continues into adulthood, and late-onset acne, which first appears in those over 25 years.

We review the clinical characteristics of these types of acne in women, the causes, the recommended complementary tests, and the particulars of treatment in order to adequately manage this condition.

Key words: postadolescent acne, persistent acne, late-onset acne.

Introducción

Aunque el acné se considera habitualmente como un problema de la adolescencia, cada vez aumenta más el número de pacientes mayores de 25 años que nos consultan por acné, sobre todo mujeres. La prevalencia del acné en los adultos es de un 3 % en varones¹ y entre un 11-12 % en mujeres^{1,2}, disminuyendo significativamente a partir de los 45 años.

Etiología

Las razones de la persistencia del acné en la edad adulta no se conocen del todo. Hay una mayor secreción de sebo en mujeres con acné persistente que en aquellas que no tienen

acné, factores externos como cosméticos, fármacos o el tipo de trabajo no parecen influir³, sin embargo, el tabaco se comporta como un factor promotor del mantenimiento de la enfermedad. Se ha observado que en las mujeres fumadoras de entre 25-50 años es más frecuente la aparición de acné (el 41,5 % frente al 9,7%), y, además, clínicamente se trata de acné no inflamatorio (con micro y macro comedones)⁴. En otro estudio que incluía hombres y mujeres con edades entre 1-87 años también se encontró una mayor prevalencia de acné entre fumadores (40,8%) que entre no fumadores (25,2%)⁵. Parece, por tanto, que el tabaco es más un factor agravante de un acné preexistente o desencadenante, en personas predispuestas, que la causa primaria.

Aproximadamente el 50 % de los pacientes tienen historia de familiares de primer grado con acné postadolescente³, antecedente que por otro lado incrementa el riesgo de padecer acné del adulto en un 3,93 %⁶.

Alrededor del 85 % de las mujeres refiere empeoramiento premenstrual. Alrededor de un tercio de las mujeres tiene datos de hiperandrogenicidad (hirsutismo, alopecia o alteraciones menstruales). Estas pacientes y aquellas con

Correspondencia:
Aurora Guerra Tapia.
Servicio de Dermatología.
Hospital Universitario 12 de Octubre.
Avda. de Córdoba s/n.
28041 Madrid. España.

Tabla 1. Fármacos que pueden causar o exacerbar un acné

Fármaco o tipo	Ejemplos
Corticoesteroides	
Tópicos	Betametasona
Orales	Prednisolona
Inhalados	Budesonida
Esteroides anabólicos/ andrógenos sintéticos	Danazol, nandrolona, estanozolol
Antiepilépticos	Carbamazepina, fenitoína, gabapentina, topiramato
Antidepresivos	Litio, sertralina
Antipsicóticos	Pimozida, risperidona
Antituberculosos	Isoniacida, pirazinamida
Antineoplásicos	Dactinomicina, pentostatin
Antivirales	Ritonavir, ganciclovir
Corticotropina	
Antagonistas bloqueadores del calcio	Nilvadipina, nimodipina
Halogenados	Fluoruro sódico, yoduro potásico
Hormona del crecimiento	
Vitaminas	Vitamina B ₁₂ y otras vitaminas del grupo B
Miscelánea	
	Buserelina
	Cabergolina
	Clofazimina
	Ciclosporina
	Dantroleno
	Famotidina
	Folitropina alfa
	Mononitrato de isosorbida
	Medroxiprogesterona
	Mesalazina
	Ramipril

acné de comienzo tardío pueden representar un subgrupo con alteraciones ováricas, adrenales o del metabolismo periférico de los andrógenos, y requieren una investigación especial³.

En la historia médica se deben recoger los antecedentes familiares y excluir factores precipitantes antes señalados como fármacos (tabla 1), cosméticos comedogénicos o tabaco.

Clínica

Suele tratarse de acné leve-moderado, de tipo inflamatorio con pocos comedones, que afectan sobre todo a la cara, la región perioral, el mentón y la rama mandibular, y son muy resistentes al tratamiento antibiótico convencional. Se distinguen dos grandes grupos según la clínica^{1,7}:

1. Acné persistente (82 %). Las pacientes refieren acné desde la adolescencia. Tienen lesiones la mayoría de los días y pueden experimentar exacerbaciones menstruales. Las lesiones suelen ser pápulo-nodulares, sobre todo en la parte inferior de la cara y el cuello (fig. 1).
2. Acné de comienzo tardío, aparece después de la pubertad y puede dividirse en: a) acné del mentón: acné inflamatorio con lesiones periorales y en el mentón, en el que no suelen encontrarse comedones. Afecta a mujeres y cursa con exacerbaciones premenstruales. Suelen ser resistentes al tratamiento y produce eritema postinflamatorio con hipo o hiperpigmentación y cicatrices (fig. 2), y b) acné esporádico: aparece más tarde sin razón aparente o asociado con alguna enfermedad sistémica. Puede afectar a cualquier localización. En personas mayores de 60 años suele verse afectado más el tronco que la cara. Se han descrito casos de acné grave en pacientes adultos con insuficiencia renal crónica⁸.

Pruebas complementarias

Aunque la mayoría de las pacientes no tiene trastornos hormonales, se debería pedir como rastreo: dehidroepiandrosterona sulfato (DHEAS), que avisa de la alteración de las hormonas suprarrenales; testosterona, que recoge la actividad ovárica; hormona luteinizante/hormona foliculoestimulante (LH/FSH), que confirma un ovario poli-quístico, y prolactina para determinar un trastorno hipofisario. Los análisis deben realizarse entre los días 1-5 del ciclo menstrual. A esto se debe añadir un hemograma, un perfil hepático y lipídico y una determinación de glucosa, perfil lipídico y antitrombina III, porque muchas de estas pacientes necesitarán tratamientos sistémicos (tabla 2). Para algunos autores la determinación de antitrombina III sería insuficiente para conseguir determinar un presunto diagnóstico de trastorno de la coagulación, pero hoy por hoy sigue siendo la prueba recomendada.

Manejo terapéutico

Los objetivos del tratamiento del acné del adulto, como en los demás tipos, deben ser reducir la secreción sebácea, la comedogénesis, la población de propionibacteria y la inflamación.



Figura 1. Acné persistente. Lesiones pápulo-nodulares en el tercio inferior de rostro y cuello.



Figura 2. Acné del mentón. Eritema, lesiones inflamatorias y tendencia a producir cicatrices.

Como la respuesta terapéutica suele ser lenta, se debe motivar a las pacientes para su cumplimiento. Una combinación de tratamientos tópicos y orales sería lo ideal, aunque parece que la piel madura es más sensible a los tópicos.

Tratamientos tópicos

La piel madura tolera relativamente bien el peróxido de benzoilo, no así los retinoides tópicos⁹. Pueden usarse retinoides tópicos, pero comenzando con aplicaciones cortas e ir incrementando de forma gradual el tiempo según la tolerancia.

Los antibióticos tópicos como la eritromicina y la clindamicina no deberían usarse en monoterapia por la aparición de frecuentes resistencias bacterianas¹⁰, sobre todo en

Tabla 2. Estudios recomendados en mujeres con acné para descartar trastornos endocrinos

Causa	Estudios
Yatrogénica	Investigar mediante la historia clínica incluyendo fármacos
Síndrome del ovario poliquístico	Testosterona, LH/FSH
Hiperplasia adrenal congénita	DHEAS, 17-hidroxiprogesterona
Síndrome de Cushing	Prueba de supresión de dexametasona, nos permite diferenciar el síndrome de Cushing de la hiperplasia adrenal congénita
Tumores ováricos o adrenales	Testosterona, DHEAS

DHEAS: dehidroepiandrosterona sulfato; LH/FSH: hormona luteinizante/hormona foliculoestimulante.

tratamientos prolongados, como suelen ser en este tipo de acné.

El gel de nicotinamida al 4%, 2 veces al día ha demostrado ser más eficaz que el vehículo en pacientes mayores, tiene efecto antiinflamatorio y posee la ventaja de no promover resistencias bacterianas¹¹.

Tratamientos sistémicos

La mayoría de estas pacientes va a precisar tratamiento sistémico. Destacaremos algunas peculiaridades en este tipo de acné.

Antibióticos sistémicos

En estas pacientes la respuesta a estos tratamientos es muy lenta e ineficaz hasta en un 80% de los casos¹². Las pautas no difieren de las empleadas en otros tipos de acné. Es necesario advertir a las mujeres de la disminución de la eficacia de los anticonceptivos orales con algunos antibióticos como la rifampicina y, aunque con menor evidencia científica, las tetraciclinas.

Tratamiento hormonal

Es eficaz tanto si hay hiperandrogenismo como si no. Hay que tener en cuenta el mayor riesgo de tromboembolismo en mujeres maduras. Los tratamientos disponibles son el acetato de ciproterona, la drospirenona, la espironolactona y la flutamida.

En mujeres con elevación de la DHEAS o de la 17-hidroxiprogesterona, asociada o no con una deficiencia de 11 o 21-hidroxilasa, es eficaz el uso de corticoides en dosis bajas para suprimir la producción adrenal de andrógenos que, combinados con estrógenos, disminuyen aún más la producción de sebo.

Isotretinoína

El acné persistente o de comienzo tardío, como ya se ha mencionado, suele responder mal a tratamientos antibacterianos orales o tópicos. Aunque muchas de estas mujeres no tienen un acné con una clínica grave, su falta de respuesta a otras terapéuticas justifica el uso de isotretinoína oral. En estos casos, como el grado de gravedad es bajo, se puede administrar una dosis menor que la recomendada para casos más graves de acné (inicialmente 0,5 mg/kg/día según la *European Directive for Prescribing Systemic Isotretinoin*), e incluso se pueden plantear tratamientos intermitentes. Las dosis pueden ser entre 10-20 mg/día durante 6-8 meses⁷. También ha demostrado su eficacia en el tratamiento del acné en mayores de 25 años una pauta intermitente con isotretinoína 0,5 mg/kg/día durante 7 días cada 4 semanas durante 6 meses. El grado de recaída posttratamiento, sin embargo, era alto (39%). Las características de los pacientes eran: mayor grado de acné (sobre todo en el tronco), mayor número de lesiones y mayor secreción sebácea. En base a estas características los autores establecen unos criterios de selección para estos regímenes intermitentes: acné predominantemente facial, grado de acné menor de 1, menos de 20 lesiones inflamatorias y secreción sebácea menor de 1,25 µg/cm²/minuto¹³. Estos regímenes terapéuticos en dosis bajas tienen el beneficio añadido de que son mejor tolerados, ya que muchos de los adultos toleran peor que los adolescentes los efectos secundarios derivados de los tratamientos con retinoides orales. Sin embargo, la teratogenicidad es la misma, im-

portante consideración cuando estamos tratando a mujeres en edad fértil.

Se debe considerar un tratamiento de mantenimiento con retinoides tópicos para evitar las recidivas. En los casos en los que los retinoides tópicos son insuficientes se ha demostrado que dosis bajas e intermitentes de isotretinoína oral pueden mantener la mejoría en un grupo seleccionado de pacientes adultos. Un buen control de la hiperseborrea a largo plazo se consigue con dosis tan bajas como 20-30 mg de isotretinoína oral 2 veces por semana¹⁴.

Tratamientos adyuvantes

Para lesiones nodulares o quísticas inflamadas podemos emplear corticoides intralesionales, que reducen el riesgo de cicatrices y disminuyen el dolor y la inflamación de forma rápida. Solemos emplear 1-2 mg/ml de acetónido de triamcinolona, repitiéndolo cada 3 semanas hasta un máximo de 3-4 veces.

Las lesiones nodulares inflamadas con frecuencia dejan como secuela hiperpigmentación postinflamatoria que podemos mejorar con retinoides tópicos o ácido azelaico.

Si hay macrocomedones se pueden considerar las terapias físicas como *peelings* con ácido glicólico o con frío.

Conclusión

El acné en mujeres postadolescentes no es un hecho raro. Hoy se aceptan dos tipos de acné del adulto: acné persistente o el de comienzo tardío, con una presentación clínica algo diferente.

Las causas del acné del adulto se desconocen, se han implicado múltiples y es necesario descartar, entre otras, las alteraciones hormonales mediante la anamnesis, la exploración física y las pruebas complementarias. También hay estudios que nos permiten aconsejar a nuestras pacientes que se abstengan del hábito tabáquico, pues también parece que empeora el acné.

En cuanto al tratamiento del acné en mujeres adultas, difiere en general del de los adolescentes en que son casos más resistentes a las terapias convencionales y en muchas ocasiones debemos considerar el uso de isotretinoína oral en dosis bajas o intermitentes.

Es importante dedicar tiempo y energía a estas pacientes porque el impacto en la calidad de vida puede ser mayor incluso que en los adolescentes, y debemos ser sensibles para poder ofrecerles soluciones médicas a su problema cutáneo.

Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Goulden V, Stables GI, Cunliffe WJ. Prevalence of facial acne in adults. *J Am Acad Dermatol.* 1999;41:577-80.
2. White GM. Recent findings in the epidemiologic evidence, classification, and subtypes of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol.* 1998;39:S34-7.
3. Goulden V, Clark SM, Cunliffe WJ. Post-adolescent acne: a review of clinical features. *Br J Dermatol.* 1997;136:66-70.
4. Capitanio B, Sinagra JL, Ottaviani M, Bordignon V, Aman-tea A, Picardo M. «Smoker's acne»: a new clinical entity? *Br J Dermatol.* 2007;157:1070-1.
5. Schäfer T, Nienhaus A, Vieluf D, Berger J, Ring J. Epidemiol-ogy of acne in the general population: the risk of smoking. *Br J Dermatol.* 2001;145:100-4.
6. Goulden V, McGeown CH, Cunliffe WJ. The familial risk of adult acne: a comparison between first-degree relatives of affected and unaffected individuals. *Br J Dermatol.* 1999;141: 297-300.
7. Williams C, Layton AM. Persistent acne in women. Implica-tions for the patient and for therapy. *Am J Clin Dermatol.* 2006;7:281-90.
8. Jiménez MA, Sánchez EM, Haro-Gabaldón V, Solís E, Moreno A. Acné grave pruriginoso en anciano con insufi-ciencia renal crónica. *Actas Dermosifiliogr.* 2004;95:652.
9. Marks R. Acne and its management beyond the age of 35 years. *Am J Clin Dermatol.* 2004;5:459-62.
10. Galván JI, Fernández R, Laza JM, Cunliffe WJ. Resistencia antibiótica del *Propionibacterium acnes* en pacientes tratados por acné vulgar en Málaga. *Actas Dermosifiliogr.* 2002;93:271-5.
11. Griffiths CEM. Nicotinamide 4% gel for the treatment of inflammatory acne. *Dermatol Treat.* 1995;6:S8-10.
12. Shaw JC, White LE. Persistent acne in adult women. *Arch Dermatol.* 2001;137:1252-3.
13. Goulden V, Clark SM, McGeown C, Cunliffe WJ. Treatment of acne with intermittent isotretinoin. *Br J Dermatol.* 1997;137: 106-8.
14. Thielitz A, Krautheim A, Gollnick H. Update in retinoid therapy of acne. *Dermatol Ther.* 2006;19:272-9.