

«El Documento de Consenso Español
para el tratamiento del acné
 forma parte de la **evidencia científica**
 disponible»

Aurora Guerra

Jefa de Sección de Dermatología del Hospital Universitario 12 de Octubre y Profesora Titular de Dermatología de la Universidad Complutense de Madrid



Dra. Aurora Guerra.

El documento que se va a desarrollar a continuación es el algoritmo resultante del consenso de los dermatólogos españoles sobre el manejo y tratamiento del acné. Un texto avalado por un complejo y arduo trabajo en el que se han implicado gran parte de los dermatólogos de nuestro país y que pasa a formar parte de la evidencia científica disponible. Para su elaboración se han utilizado los conocimientos más recientes que existían en el ámbito científico acerca del acné, y los obtenidos de la experiencia de la práctica diaria de los dermatólogos.

Los dermatólogos que han liderado este trabajo forman parte del grupo Foracné, que se constituyó en España en el año 2000 y que está integrado por Aurora Guerra, Raúl de Lucas, José Carlos Moreno, Miquel Ribera y Montserrat Pérez, a su vez relacionados con la *Acne Global Alliance*, de índole internacional. Foracné ha dado lugar a numerosos trabajos y estudios, entre los que se encuentra este documento.

El origen del proyecto data del año 2010-11. El objetivo del estudio consistía en conocer cuál era el protocolo que desarrollaban los dermatólogos españoles en el manejo y tratamiento del acné, partiendo del algoritmo elaborado por la *Acne Global Alliance*.

En el proyecto intervinieron 872 dermatólogos españoles a nivel nacional, muchas autonomías participaron de forma importante y otras no tuvieron prácticamente repercusión, como fue el caso de Canarias y Extremadura. En cualquier caso, la media de participación fue suficientemente representativa.

El total de dermatólogos recibieron una encuesta en la que tenían que opinar sobre el tratamiento del acné, basándose en la práctica clínica diaria, con un objetivo final: conseguir saber cuál era su forma de actuar en el manejo y tratamiento del acné. Incluía imágenes en las que se clasificaba el acné comedoniano y papulopustuloso, ambos leves, el acné moderado, el acné nodular grave y el acné conglobata, basándose en el algoritmo de la *Acne Global Alliance*. En dicho esquema se mostraban diferentes posibilidades de tratamientos tópicos y sistémicos, individuales o combinados, como estrategias de primera elección, tratamiento alternativo, tratamiento alternativo para pacientes del sexo femenino y tratamiento de mantenimiento.

El trabajo se desarrolló a lo largo de 24 meses, tiempo durante el cual se fueron administrando a los dermatólogos, de manera secuencial, casos clínicos en los que a su vez había un análisis de tratamiento y en los que junto a su opinión, marcada en la encuesta previa, podían opinar y hacer comentarios. Un hecho que nos parecía muy importante porque en el algoritmo que administramos podía haber algo que el dermatólogo no encontrase reflejado y que, sin embargo, estuviese en su práctica habitual.

A lo largo del proyecto, encontramos que en el acné comedoniano, la primera elección de tratamiento era la utilización de retinoide tópico en primera instancia, y la combinación de retinoide tópico más peróxido de benzoilo, en segundo lugar.

En las mujeres se propuso la utilización de ácido azelaico y salicílico, y como tratamiento de mantenimiento, la mayoría de los dermatólogos eligieron los retinoides tópicos.

Cuando el acné era papulopustuloso, igualmente leve pero con predominio de lesiones papulopustulosas, también se optó como primera opción de tratamiento por el retinoide tópico junto al antibiótico tópico. La alternativa también era el uso de retinoide tópico junto al peróxido de benzoilo. En las mujeres se utilizaba también el mismo producto retinoide tópico pero sin el peróxido de benzoilo y durante el mantenimiento la opción más utilizada seguía siendo el retinoide tópico.

El acné moderado papulopustuloso había tenido como tratamiento de elección el antibiótico oral, y podía asociarse o no con retinoide tópico.

En el acné nódulo-quístico, los dermatólogos eligieron como respuesta el retinoide tópico, peróxido de benzoilo y antibiótico oral. Una alternativa a este tratamiento era el uso de isotretinoína oral, y el retinoide tópico con peróxido de benzoilo o antibióticos tópicos con o sin antiandrógenos orales era la alternativa terapéutica escogida para las mujeres. El mantenimiento seguía siendo retinoide tópico sólo o asociado a peróxido de benzoilo, como estrategia común.

Para el acné grave conglobata, la primera elección fue la isotretinoína oral. El tratamiento con antibióticos orales, más peróxido de benzoilo, más retinoide tópico como alternativa y, en mujeres, retinoides tópicos, más peróxido de benzoilo y antiandrógenos. Como estrategia de mantenimiento, el retinoide tópico sólo o asociado a peróxido de benzoilo fue la elección más frecuente.



El resultado de este trabajo manifiesta algunas posibles limitaciones. Los miembros del grupo Foracné pensamos que en la práctica clínica de los dermatólogos españoles, el uso de isotretinoína es más habitual de lo que recoge este documento de Consenso. Probablemente, se deba a que en el algoritmo de la *Acne Global Alliance* esa opción no aparece como primera opción en muchos casos de acné, con lo cual los dermatólo-

“En el acné comedoniano, la primera elección de tratamiento fue la utilización de retinoide tópico en primera instancia, y la combinación de retinoide tópico más peróxido de benzoilo, en segundo lugar”

“En el tratamiento de acné nódulo-quistico, los dermatólogos eligieron como respuesta el retinoide tópico, peróxido de benzoilo y antibiótico oral, utilizando en ocasiones como alternativa a este tratamiento el uso de isotretinoína oral”



gos no tenían posibilidad de marcarla. Por ello, pensamos que el uso de la isotretinoína tenía que haber salido en más opciones, como por ejemplo en el acné nodular e incluso en el acné moderado. Esto también tiene relación con el hecho de que los dermatólogos españoles somos los que más uso hacemos de la isotretinoína oral desde el punto de vista internacional. En otros ambientes, la isotretinoína oral no se utiliza de forma tan regular por sus efectos secundarios, entre ellos, la posible apari-

ción de depresión, pese a estar debatida su implicación etiopatogénica. Nosotros, en este documento de Consenso, valoramos positivamente la posibilidad de utilizarla en algunos epígrafes no incluidos.

La segunda limitación se asociaría al tiempo en el que se confeccionó el estudio, ya que en la actualidad somos conocedores de nuevos productos tópicos para el tratamiento del acné que son, en alguna medida, continuidad novedosa de los ya existentes.

En cualquier caso, este documento ofrece datos interesantes puesto que muestra la práctica clínica de la mayoría de los dermatólogos españoles.

CONSULTAS DE INTERÉS

Cakir GA, Erdogan FG, Gurler A. Isotretinoin treatment in nodulocystic acne with and without polycystic ovary syndrome: efficacy and determinants of relapse. *Int J Dermatol* 2013; 52 (3): 371-6.

Guerra-Tapia A. Effects of Benzoyl Peroxide 5%/Clindamycin Combination Gel Versus Adapalene 0.1% on Quality of Life In Patients With Mild to Moderate Acne Vulgaris: A Randomized Single-blind Study. *J Drugs Dermatol* 2012; 11: 466-74.

Nast A, Dreno B, Bettoli V, Degitz K, Erdmann R, Finlay AI et al. European Evidence-based (S3) Guidelines for the Treatment of Acne. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2012; 26 (Suppl. 1): 1-29.

“Los dermatólogos españoles somos los que más uso hacemos de la isotretinoína oral desde el punto de vista internacional”