

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v70i1.10963>

## Terapia tópica triple combinada en acné nódulo-quístico severo: resultados y perspectivas clínicas

### *Triple combination topical therapy in severe nodulocystic acne: results and clinical perspectives.*

Génesis Mijares M,<sup>1</sup> Melanie Rodríguez H,<sup>2</sup> Mildred Dorta M,<sup>3</sup> Sandra Vivas T<sup>4</sup>

#### ANTECEDENTES

El acné se define como una enfermedad inflamatoria crónica, multifactorial, que afecta la unidad pilosebácea alterando su función y estructura.<sup>1</sup> El acné nódulo-quístico es una forma severa del acné vulgar, su diagnóstico es clínico y se caracteriza por lesiones profundas, inflamatorias y dolorosas. Los datos clínicos incluyen lesiones tipo nódulos, de más de 1 cm, dolorosos, y quistes con material purulento o sebáceo, localizados con mayor frecuencia en la región facial.<sup>1,2</sup> Es ocasionado por una producción excesiva de sebo, queratinización anómala del epitelio folicular, inflamación y la colonización de los conductos por *Cutibacterium acnes*. El acné nódulo-quístico afecta con mayor prevalencia a jóvenes entre 12 y 24 años, de fototipo cutáneo V y VI según la escala de Fitzpatrick; genera afectación física y psicoemocional en la calidad de vida de los pacientes, por lo que deben recibir tratamiento de primera línea para este tipo de acné, que es la isotretinoína, acompañado de tratamiento tópico.<sup>3,4</sup>

Con el objetivo de minimizar la resistencia bacteriana ante monoterapia tópica se indica terapia tópica triple combinada,<sup>5,6</sup> lo que acorta la duración de la afección y previene la formación de cicatrices.<sup>7,8</sup>

#### CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 18 años, natural y procedente de Carabobo, Venezuela, sin antecedentes familiares ni personales contributorios,

<sup>1</sup> Médico residente de primer año de posgrado de dermatología.

<sup>2</sup> Médico residente de segundo año de posgrado de dermatología.

<sup>3</sup> Médico residente de tercer año de posgrado de dermatología.

<sup>4</sup> Internista-dermatóloga.  
Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela.

#### ORCID

<https://orcid.org/0009-0006-1336-5342>

<https://orcid.org/0000-0003-0004-249X>

<https://orcid.org/0000-0001-5119-4253>

<https://orcid.org/0000-0003-2503-0532>

**Recibido:** octubre 2025

**Aceptado:** octubre 2025

#### Correspondencia

Genesis Mijares Medina  
gmijares@uc.edu.ve

**Este artículo debe citarse como:** Mijares MG, Rodríguez HM, Dorta MM, Vivas TS. Terapia tópica triple combinada en acné nódulo-quístico severo: resultados y perspectivas clínicas. Dermatol Rev Mex 2026; 70 (1): 132-136.

fototipo cutáneo IV-VI según la escala de Fitzpatrick. Seis meses antes de la consulta manifestó lesiones tipo nódulos y quistes generalizados con predominio en la región facial, por lo que acudió a consulta en el servicio de Dermatología de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, Valencia, Carabobo, en marzo de 2025.

Al examen físico se observó una dermatosis generalizada, bilateral y simétrica, caracterizada por nódulos palpables, mayores de 1 cm, dolorosos, que no invadían el tejido circundante, quistes de contenido seropurulento, de consistencia sólida, pruriginosos, de seis meses de evolución. **Figuras 1 y 2**



**Figura 1.** Paciente masculino, fototipo cutáneo IV-VI según la escala de Fitzpatrick, con acné nódulo-quístico severo.



**Figura 2.** Dermatosis: nódulos palpables mayores de 1 cm y quistes de contenido seropurulento, de consistencia sólida, dolorosos y pruriginosos.

A la luz de Wood se observó fluorescencia folicular puntiforme, de color rojo anaranjado en la región centrofacial (**Figura 3**) y el tórax anterior y posterior. Con los hallazgos clínicos se estableció el diagnóstico definitivo de acné nódulo-quístico severo. Los resultados de los exámenes paraclínicos reportaron: hematología completa: leucocitos: 6700 (neutrófilos 64%, linfocitos 34%, eosinófilos 2%); hemoglobina 14 g, plaquetas 212,000; química sanguínea: glucemia basal 78 mg/dL, urea 29 mg/dL, creatinina 1.00 mg/dL, colesterol total 160 mg/L, triglicéridos 100 mg/L, TGO 25 U/L, TGP 26 U/L; serologías: HIV no reactivo, VDRL no reactivo.

Después de la obtención de los estudios paraclínicos se indicó tratamiento sistémico con



**Figura 3.** Luz de Wood: fluorescencia folicular puntiforme, de color rojo anaranjado en la región facial.

isotretinoína, tetraciclinas (limeciclina 300 mg vía oral) y terapia tópica combinada con fosfato de clindamicina al 1.2%, peróxido de benzoilo al 3.1% y adapaleno al 0.15%.

Luego de ocho semanas de tratamiento tópico con terapia triple combinada se evidenció alivio significativo en la cantidad y severidad de los nódulos y quistes, lo que sugiere una respuesta favorable a la terapia combinada. **Figura 4**

El paciente continúa en vigilancia del tratamiento con isotretinoína y controles de laboratorio periódicos para asegurar la seguridad y efectividad del mismo.

## DISCUSIÓN

El acné es una enfermedad inflamatoria, crónica, que afecta la unidad pilosebácea alterando su función y estructura. Se atribuye a múltiples factores y clínicamente se caracteriza por comedones, pápulas, pústulas, nódulos, quistes y



**Figura 4.** Evolución de las lesiones después de recibir terapia tópica triple combinada durante ocho semanas.

cicatrices.<sup>1</sup> El acné se clasifica según la lesión predominante y el grado de severidad en acné comedogénico, papulopustuloso, nódulo-quístico y formas especiales.<sup>2</sup> De acuerdo con el nivel de severidad se consideran tres grados según la cantidad de lesiones por hemicara: leve de 0 a 20 lesiones, moderado de 20 a 50 lesiones y severo más de 50. Se manifiesta a cualquier edad, con mayor prevalencia entre 12 y 24 años, con un incremento en la severidad a los 17-18 años en mujeres y a los 19-21 años en varones; tiene predominio mujer/hombre de 2 a 1. La incidencia es igual en pacientes de todas las etnias; sin embargo, el acné nódulo-quístico es más severo en pacientes de fototipo cutáneo V y VI según la escala de Fitzpatrick.

El acné nódulo-quístico es una manifestación severa de acné inflamatorio caracterizada por lesiones profundas y dolorosas, que pueden dejar cicatrices.

El tratamiento de primera línea para este tipo de acné es el sistémico, con isotretinoína, previa valoración de laboratorio debido a sus posibles efectos adversos, asociada con antibiótico sistémico tipo tetraciclina (limeciclina 300 mg vía oral) y tratamientos tópicos: retinoides (por ejemplo el adapaleno), antimicrobianos (como el peróxido de benzoilo) y antibióticos (como la eritromicina, clindamicina, minociclina y dapsona).

En el paciente del caso, que padecía acné nódulo-quístico severo, se indicó tratamiento sistémico con terapia de primera línea, isotretinoína 20 mg OD, por su efecto sebosupresor, que reduce el tamaño y la secreción de las glándulas sebáceas y actúa sobre los cuatro pilares del acné: producción excesiva de sebo, queratinización anómala del epitelio folicular, inflamación y la colonización de los conductos por *Cutibacterium acnes*, con una dosis diaria de 0.1 a 1 mg/kg vía oral y una dosis total de 120 a 150 mg/kg.<sup>3</sup>

Un aspecto decisivo en la administración de isotretinoína es la posibilidad de una exacerbación del cuadro clínico al inicio del tratamiento entre la tercera y cuarta semana, que se alivia de manera espontánea. Debido a los potenciales efectos adversos sistémicos, como la hepatotoxicidad, acción teratogénica y la posibilidad de interacción medicamentosa, debe mantenerse vigilancia del tratamiento y hacer controles periódicos de laboratorio para asegurar la seguridad y efectividad del tratamiento.<sup>4</sup>

Para reforzar la respuesta terapéutica se asoció el tratamiento tópico con peróxido de benzoilo, un agente antimicrobiano tópico que libera radicales libres de oxígeno, de modo que actúa

como bactericida y bacteriostático al inhibir la proliferación de *Cutibacterium acnes*, incluso las cepas resistentes, lo que disminuye la resistencia bacteriana. Además, tiene acción queratolítica y disminuye las concentraciones de lípidos de la superficie cutánea, lo que contribuye al alivio de las lesiones. Asimismo, la clindamicina, que inhibe la síntesis de proteínas, reduce la activación del complemento y la migración de granulocitos, lo que disminuye la respuesta inflamatoria local. Por último, el adapaleno (retinóide de tercera generación con un alto poder comedolítico) promueve la modulación de la queratinización celular, optimizando la regeneración celular.<sup>5</sup>

Algunos estudios han demostrado que la monoterapia antibiótica tópica prolongada favorece la proliferación de cepas resistentes de *Cutibacterium acnes* porque la aplicación de sus presentaciones aisladas genera inestabilidad de las moléculas, lo que conlleva a alteraciones en la síntesis de proteínas de las bacterias, generando mutaciones que les confieren resistencia y disminuyen la capacidad de los antibióticos para erradicar la infección, por lo que no se recomienda la monoterapia tópica con antibióticos. En cambio, en las últimas actualizaciones se han implementado combinaciones de tríadas tópicas para tratar el acné vulgar. El único fármaco de triple combinación aprobado por la FDA, en octubre de 2023, que ofrece un tratamiento eficaz contra el acné es el fosfato de clindamicina-peróxido de benzoilo-adapaleno,<sup>6</sup> que consiste en fosfato de clindamicina al 1.2%, peróxido de benzoilo al 3.1% y adapaleno al 0.15% aplicado una vez al día, y constituye un tratamiento novedoso que ofrece un enfoque multifacético para el tratamiento del acné, con efectos sinérgicos y un amplio espectro de acción porque se dirige a diferentes vías en la patogénesis del acné en una sola formulación, como la inflamación, el crecimiento y resistencia bacteriana contra cepas resistentes y susceptibles de *C. acnes* y la hiperqueratinización folicular.<sup>7,8</sup>

En el paciente del caso, luego de ocho semanas de tratamiento tópico con terapia triple combinada, se evidenció reducción significativa en la cantidad y severidad de los nódulos y quistes, lo que sugiere una respuesta favorable a la terapia combinada. Este resultado respalda la efectividad del esquema de tratamiento al disminuir la proliferación bacteriana, lo que permitió una regulación en la producción de sebo y mejoría en la renovación celular, evitando la formación de nuevas lesiones. Asimismo, se ha demostrado que la combinación de agentes tópicos en una misma formulación mejora el apego del paciente y reduce las complicaciones en los fallos de administración.

## CONCLUSIONES

El acné nódulo-quístico es una enfermedad que produce secuelas físicas y emocionales, por lo que su tratamiento requiere una acción rápida y eficaz. La terapia triple combinada tópica con adapaleno, peróxido de benzoilo y clindamicina ha demostrado reducir el riesgo de resistencia bacteriana, al atender simultáneamente los múltiples mecanismos fisiopatológicos del acné. Tras revalorar al paciente del caso a las ocho semanas de tratamiento se evidenció una respuesta significativa, que reafirma la eficacia del enfoque multimodal. En este contexto, la terapia tópica triple emerge como el tratamiento tópico estándar más eficiente que maximiza la respuesta clínica y minimiza los riesgos a largo plazo asociados con la monoterapia tópica con antibióticos. Prescribir las fórmulas combinadas se ha establecido como una estrategia efectiva para optimizar los resultados, acompañada siempre de tratamiento sistémico como la limeciclina e isotretinoína, con valoración regular debido a sus posibles efectos adversos.

## DECLARACIONES

### Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Uso de IA

Para este trabajo no se recurrió a la inteligencia artificial.

## REFERENCIAS

1. Reynolds RV, Schlosser BJ, Zeichner JA, et al. Guidelines of care for the management of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 2024; 90 (5): 1006.e1-1006.e30. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2023.12.017>
2. Kaminsky A, Florez-White M, Arias MI, Bagatin E. Clasificación del acné: Consenso Ibero-Latinoamericano, 2014. *Med Cutan Ibero-Latinoam* 2014; 43 (1): 18-23.
3. Li Y, Hu X, Dong G, et al. Acne treatment: research progress and new perspectives. *Front Med* 2024; 11: 1425675. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1425675>
4. Casados-Vergara RF, Alfaro-Sánchez AB, Rodríguez-Cabral RC, Serna-Calderón MA. Isotretinoína: actualidades. *Dermatol Rev Mex* 2023; 67 (5): 669-681. <https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v67i5.9134>
5. Kircik LH, Stein Gold L, Gold M, et al. Triple combination clindamycin phosphate 1.2%/adapalene 0.15%/benzoyl peroxide 3.1% for acne: efficacy and safety from a pooled phase 3 analysis. *Dermatol Ther (Heidelb)* 2024; 14 (5): 1211-1227. <https://doi.org/10.1007/s13555-024-01155-7>
6. Podwojnia A, Tan IJ, Sauer J, et al. Updates on topical dyad and triple combination therapies approved for acne vulgaris. *Cureus* 2024; 16 (5): e61413. <https://doi.org/10.7759/cureus.61413>
7. Lain ET, Bhatia N, Kircik L, et al. Clindamycin phosphate 1.2%/adapalene 0.15%/benzoyl peroxide 3.1% gel for male and female acne: phase 3 analysis. *J Drugs Dermatol* 2024; 23 (10): 873-881. <https://doi.org/10.36849/JDD.2024.8484>
8. Baldwin H, Gold LS, Harper JC, et al. Triple-combination clindamycin phosphate 1.2%/adapalene 0.15%/benzoyl peroxide 3.1% gel for acne in adult and pediatric participants. *J Drugs Dermatol* 2024; 23 (6): 394-402. <https://doi.org/10.36849/JDD.8357>