

Acné: historia y controversias

Acne: history and controversies.

Julieta Ruiz-Esmenjaud

El acné, la enfermedad más común de la piel, nos obliga como dermatólogos a conocerla para ofrecer el mejor tratamiento a cada paciente. Los conocimientos de este padecimiento y su tratamiento han evolucionado y esto conlleva controversias que nos han ayudado a hundir dogmas, a naufragar prejuicios y a afrontar las realidades. Siempre nacen dudas y de éstas surgen siempre más verdades y avances en su fisiopatología y en su tratamiento. Las estáticas y cómodas certidumbres nunca ofrecen progreso alguno.

Antes de 1980 el acné se consideraba un problema de la adolescencia y hasta el año 2000 se incluían a los adolescentes y adultos jóvenes. Hoy día, se reconoce que afecta también a un importante grupo de mujeres adultas, desde 14% hasta más de 50%.

Su nomenclatura no fue mencionada por Hipócrates (460-370 aC), tal vez porque no lo consideraban enfermedad, pero no hay datos que lo confirmen. Celsus (50-25 aC) y Galeno (130-200 dC) lo mencionaron al referirlo como "*varius*" y en el siglo VI, *Aëtius Amidenus* por primera vez lo mencionó como acné. Plenck (1735-1807) describió las lesiones elementales y Fuchs (1803-1855) lo refirió como acné vulgar. Wilson (1808-1884) inició su descripción y es la más aceptada hasta la fecha.

Su patogénesis es de gran interés gracias a los grandes maestros que con sus apasionados y provocativos debates escribieron sus observaciones, aportándonos una detallada historia de sus descubrimientos

Práctica privada. Sociedad Mexicana de Dermatología.

Recibido: enero 2018

Aceptado: febrero 2018

Correspondencia

Julieta Ruiz Esmenjaud
jwlyetta@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

Ruiz-Esmenjaud J. Acné: historia y controversias. Dermatol Rev Mex. 2018 mayo-junio;62(3):189-191.

y estas controversias fueron dando luz a la interesante patogénesis del acné, por ejemplo, Alibert (1768-1837) insistió en la seborrea, en cambio, Bazin (1807-1878) y Durhing (1845-1913) hicieron hincapié en la glándula sebácea y en los folículos. Profesores como Strauss, Pochi, Cunliffe, Shuster, Parish, Witkowski, Sulzberger (1895-1993) insistieron en que es la secreción sebácea la que causa irritación y esto ocasiona la hiperqueratosis folicular.

Un trabajo muy interesante fue el que condujeron Strauss y Kligman (1958), en el que estudiaron 50 biopsias de glándulas sebáceas y reportaron con detalle sus hallazgos histológicos, químicos y físicos del acné, de esto se concluyó que el “sebo” podría iniciar el proceso, pero que era evidente que no todas las unidades pilosebáceas lo mostraban, por lo que debía existir susceptibilidad; textualmente indicaron *“sebum may be the fuel, but not everyone catch the fire”* (el sebo puede ser la gasolina, pero no en todos se prende el fuego). Con este trabajo describieron el inicio del padecimiento, el daño y finalmente una respuesta de regresión, así pues, concluyeron que el acné es una enfermedad del folículo pilosebáceo con peculiar aumento en la producción de sebo, hiperqueratosis intraductal, la existencia de *Propionibacterium acnes* y la inflamación que incluye una respuesta alterada de la inmunidad innata.

P. acnes forma parte de la historia misma del acné, se le ha relacionado desde 1880 y a los bacilos y cocos se les consideró los agentes causales del mismo, por ejemplo, Sabouraud (1864-1938) lo logró cultivar, pero obviamente los postulados de Koch nunca se validaron, debido a que es un factor asociado y no la causa directa. En el decenio de 1950, con el inicio del tratamiento con tetraciclinas contra *P. acnes*, se reportó respuesta favorable, esto apoya más su causa infecciosa y actualmente el enfoque es hacia la formación de biopelículas.

Otro tema importante es el de la dieta y sus controversias. Sulzberger (1895-1983) la relacionaba con algunos casos y recomendaba no comer chocolate, leche, ni mariscos; por el contrario, Kligman nunca la relacionó con el acné y Saúl, uno de nuestros profesores mexicanos, siempre insistió en que la dieta era un mito del acné. Sin embargo, desde el año 2000 se le da mucha importancia, porque se ha observado relación entre la glucemia alta que provoca aumento en el factor de crecimiento tipo-insulina 1 y aumento de andrógenos, lo que exacerba el acné.

Por último, se ha llegado a considerar que la patogenia es multifactorial con factores genéticos y hormonales que influyen y causan incremento en la producción del sebo, que es más viscoso y contiene más ácidos grasos libres (C8 a C14), los que provocan mayor inflamación. También influyen el factor de crecimiento tipo-insulina 1, que induce SREBP-1 y estimula a la glándula sebácea y se añade últimamente la influencia neuroendocrina y la del estrés.

La susceptibilidad individual recibe mucha atención porque se observa que sólo los pacientes con predisposición tienen lesiones y en estos pacientes unos folículos son diferentes de otros, porque algunos desarrollan acné y otros no.

Hay que insistir en que el acné es una enfermedad multifactorial con duración aproximada de 5 a 10 años; es ideal prescribir el tratamiento temprano, en especial para evitar cicatrices. Los antibióticos orales por tiempo prolongado no son recomendables, en la actualidad todos los pacientes con acné esperan una remisión permanente y para poder ofrecer mejores tratamientos debemos seguir afrontando nuestros retos.

Las controversias de su tratamiento incluyen una peculiar carta al editor (N Engl J Med 1946;234:100-1001) de “Ejercicios faciales, una ayuda en el tratamiento del acné”, en la que se

comentó que toma tiempo fortalecer los músculos faciales y aumentar la secreción sebácea. Afortunadamente los derivados de la vitamina A (retinol) nos han aportado los mejores tratamientos, gracias a la observación de su respuesta exitosa al tratar algo clínicamente similar al acné, la hiperqueratosis en avitaminosis A. En 1969 se añadió la tretinoína (*all-trans retinoic acid*) a 5% en crema dos veces al día durante ocho semanas, con reducción de la secreción sebácea hasta en 25%, incluso el propio Kligman reportó la utilidad de ésta como el mejor tratamiento tópico. Diez años después surgió la isotretinoína, otro derivado de la vitamina A, que dio origen a la “Nueva era en la historia del acné” (N Engl J Med 1979;15;300:329-33), se acompañó con comentarios muy apropiados de un editorial (N Engl J Med 1979;300:359-360) en el que se comentó su importancia al referirlo como *“El primer reporte de un tratamiento efectivo en acné que no muestra recaída al suspenderlo. Sus efectos adversos exigen vigilar al paciente con pruebas de función hepática y evitar el embarazo por su efecto teratogénico”*.

En la actualidad, sigue resaltándose la espectacular eficacia de la isotretinoína y la importancia de evitar el embarazo por su efecto teratogénico. A partir de su introducción nos ha ayudado a comprender mejor la fisiopatología del acné, así como su acción en los principales factores etiopatogénicos: secreción sebácea, *P. acnes*, en la hiperqueratosis folicular y en la inflamación y la importancia de ser conscientes de su peculiar absorción en 30 a 60 minutos que se duplica con los alimentos.

Las controversias aún continúan y se siguen buscando dosis y duración óptimas. Tal vez cada caso pueda tener un tratamiento más personalizado.

Estas controversias nos ofrecerán más verdades y mejores tratamientos y tal vez un nuevo fármaco más efectivo y con menos efectos adversos. Queda mucho por aprender y todo el secreto del acné no ha sido revelado, pero es muy cierto que cada día sabemos más y podemos ofrecer mejores tratamientos a nuestros pacientes.