

TRATAMIENTO DEL ACNÉ Y LA ROSÁCEA

Sumario

ACNÉ

- INTRODUCCIÓN
- TRATAMIENTO
 - RECOMENDACIONES GENERALES
 - TRATAMIENTO TÓPICO
 - TRATAMIENTO SISTÉMICO
 - MANEJO DEL ACNÉ

ROSÁCEA

- INTRODUCCIÓN
- TRATAMIENTO
 - RECOMENDACIONES GENERALES
 - TRATAMIENTO TÓPICO
 - TRATAMIENTO SISTÉMICO
 - OTRAS CONSIDERACIONES

TABLAS

- FÁRMACOS PARA EL ACNÉ Y ROSÁCEA
- CONSIDERACIONES A LOS TRATAMIENTOS

"El boletín INFAC es una publicación mensual que se distribuye gratuitamente a las y los profesionales sanitarios de la CAPV. El objetivo de este boletín es la promoción del uso racional del medicamento para obtener un mejor estado de salud de la población".

- c) Acné grave (*acné noduloquístico* o grado III): incluye áreas más extensas con lesiones nodulares, quísticas y abscesiformes, o el acné moderado que no responde a 6 meses de tratamiento.

Tratamiento del acné

El objetivo del tratamiento es reducir la presencia y el impacto de los síntomas (incluyendo las secuelas psicológicas), con los menores efectos adversos posibles. Debido al impacto emocional asociado al acné, los mismos síntomas o resultados del tratamiento pueden ser percibidos y valorados de forma muy diferente por los pacientes.

Los microcomedones necesitan unas 6-8 semanas para madurar; por ello, para valorar la efectividad de cualquier tratamiento, es necesario esperar este tiempo y, si es eficaz, continuarlo al menos durante 4-6 meses³. Es importante advertir a los pacientes que al principio del tratamiento puede darse una exacerbación de los síntomas.

Las medidas generales se deben aplicar en todos los pacientes. En el acné leve a moderado el tratamiento inicial de elección es el tópico. Se recomienda el tratamiento sistémico en el acné grave o cuando la respuesta al tratamiento por vía tópica es insuficiente¹⁻⁶.

En la tabla 1 se recoge la posología y presentaciones de los distintos fármacos utilizados en el acné y en la tabla 2 otras consideraciones a tener en cuenta.

En este boletín se abordará el tratamiento del acné y de la rosácea, desde el punto de vista de la atención primaria. No se abordarán otras formas de acné, como el acné por factores externos o el acné conglobata. Tampoco el acné neonatal (que se produce desde el primer mes de vida hasta incluso los 6 meses, debido al paso de andrógenos maternos), ni el infantil.

ACNÉ

Introducción

El acné (*acne vulgaris*) es una enfermedad del folículo pilosebáceo que afecta sobre todo a la cara; puede afectar también al cuello, espalda, hombros y tórax. Se caracteriza por la presencia de comedones y lesiones inflamatorias (pápulas y pústulas); en los casos más graves pueden aparecer nódulos y quistes que en ocasiones producen cicatrices¹.

El acné afecta a más del 80% de los adolescentes, y se estima que hasta el 30% de los casos requieren tratamiento médico. A partir de los 25 años persiste en el 3% de los hombres y en el 12% de las mujeres, y a partir de los 40 años aún puede afectar al 1% de los hombres y al 5% de las mujeres¹. Las personas que lo padecen pueden experimentar malestar físico, psicológico y social².

Los factores fisiopatológicos que contribuyen al desarrollo del acné son: aumento en la producción de sebo; obstrucción de poros debida a la hiperqueratosis; proliferación de la flora bacteriana (*Propionibacterium acnes*) en el folículo; reacción inflamatoria; en mujeres puede ser relevante el aumento de la producción de andrógenos (especialmente el asociado a ovario poliquístico)³.

• Clasificación del acné^{1,4}

- a) Acné leve: predominan los comedones (*acné comedoniano* o grado I), con escaso componente inflamatorio (pocas lesiones papulopustulosas).
- b) Acné moderado (*acné papulopustuloso* o grado II): junto a los comedones, las lesiones predominantes son papulopústulas y puede haber alguna pequeña formación nodular.

1. Medidas generales

- Informar al paciente: el acné es un proceso muy frecuente y autolimitado, y existen tratamientos eficaces.
- Desmontar algunos mitos frecuentes: el acné no es contagioso, ni está producido por una higiene deficiente. No está probado que determinados alimentos (como el chocolate, las grasas o la leche) empeoren el acné, ni que éste mejore con el sol. El lavado agresivo de la cara («resregar») o la utilización de productos abrasivos, detergentes o jabones no mejora el acné; de hecho pueden agravar las lesiones inflamatorias⁷.
- Aconsejar^{2,3,5}:
 - i. Que se evite la manipulación de las lesiones.
 - ii. El lavado adecuado para controlar la piel grasa, pero sin producir irritación.
 - iii. Productos cosméticos no comedogénicos, de base acuosa (*oil free*).

2. Tratamiento tópico

• Peróxido de benzoílo

Tiene propiedades antiinflamatorias, antimicrobianas, anticomedonias y queratolíticas. Es de elección en el acné leve^{1,2,5}. El efecto secundario más frecuente es la irritación local. Las concentraciones más bajas (2,5% y 5%) parecen ser tan eficaces como las más altas (10%) y son menos irritantes³. Para reducir la irritación, se aconseja comenzar con preparados de menor concentración o con una única aplicación diaria^{3,5}. Puede decolorar el pelo y la ropa (efecto lejía).

• Ácido azelaico

Sus propiedades son similares a las del peróxido de benzoílo. Existe menos evidencia acerca de su eficacia. Es raro que produzca irritación local. Por todo ello se considera una alternativa a peróxido de benzoílo en pacientes que no lo toleran⁵. Puede aclarar el color de la piel, por lo que puede ser útil en pacientes con acné que presenten hiperpigmentación². En el acné se utiliza en concentraciones del 15 ó 20%.

• Retinoides tópicos (tretinoína, isotretinoína, adapaleno)

Previenen la formación de comedones, por lo que son de elección en el acné comedoniano sin componente inflamatorio^{2,5}. En pacientes con acné leve a moderado reducen el número de lesiones inflamatorias y no inflamatorias^{1,2}. Hay más evidencia sobre los efectos beneficiosos con tretinoína que con isotretinoína o adapaleno. A veces se requieren varios meses de tratamiento para observar la respuesta óptima³.

Pueden producir eritema, descamación, prurito y quemazón. Para intentar reducir la irritación se recomienda empezar por las concentraciones más bajas o a días alternos. Son fotosensibilizantes, por lo que se deben aplicar por la noche,

lavarse por la mañana, y evitar la exposición excesiva al sol⁵. En ausencia de datos sobre riesgos fetales, no se recomienda su uso en embarazadas o en mujeres en edad fértil que no utilicen medidas anticonceptivas¹.

• Antibióticos tópicos

Los antibióticos tópicos (especialmente eritromicina) están indicados en el acné de leve a moderado con lesiones inflamatorias que no responde a peróxido de benzoílo. Eritromicina al 2% y clindamicina al 1% son eficaces en reducir las lesiones inflamatorias en pacientes con acné de leve a grave¹.

Eritromicina es bien tolerada por vía tópica. La aplicación tópica de antibióticos en el acné puede aumentar la resistencia de *Propionibacterium acnes* y la eficacia puede disminuir con el tiempo¹; se recomienda utilizarlos junto con peróxido de benzoílo para disminuir el riesgo de resistencias².

• Combinaciones por vía tópica

En el acné leve, las combinaciones son una opción adecuada cuando la respuesta a la monoterapia es insuficiente⁵. En el acné moderado, la asociación de un antibiótico tópico (como eritromicina o clindamicina) con peróxido de benzoílo es la primera opción⁵, con una eficacia similar a la del antibiótico por vía oral y sin efectos adversos sistémicos^{5,6}. La asociación de un retinoide tópico con peróxido de benzoílo puede ser otra opción, si bien produce irritación⁵. En este último caso, el retinoide se debe aplicar por la noche y el peróxido de benzoílo por la mañana.

La asociación de un retinoide tópico con un antibiótico tópico es una opción a considerar cuando hay lesiones inflamatorias y no inflamatorias, pero la resistencia antibiótica puede ser un problema⁵.

3. Tratamiento sistémico

• Antibióticos orales

Los antibióticos orales pueden ser necesarios en el acné moderado que no responde a la terapia tópica o en el acné grave^{1,5}. Se utilizan por un periodo de 3-6 meses. Al iniciar el tratamiento con un antibiótico oral se recomienda mantener los tratamientos tópicos con peróxido de benzoílo o retinoides pero no los tratamientos con antibióticos tópicos⁵. Las tetraciclinas se consideran los antibióticos de elección⁵ y no hay diferencias entre ellas en cuanto a eficacia⁸.

Todas las tetraciclinas pueden producir trastornos gastrointestinales, generalmente leves y transitorios. Doxiciclina produce fotosensibilización con más frecuencia que otras tetraciclinas y debe utilizarse con precaución en climas soleados durante el verano. Minociclina puede producir efectos adversos graves que, aunque poco frecuentes, hacen que se desaconseje su uso (síndrome lupus-like, hepatitis autoinmune, artritis o hiperpigmentación gris irreversible de la piel)^{1,8}. Las tetraciclinas están contraindicadas en el

embarazo, lactancia y en niños menores de 8 años. No se recomienda su uso en niños entre 8 y 12 años⁵.

En mujeres que toman anticonceptivos orales se recomienda utilizar además un método de barrera durante el primer ciclo cuando se inicia el tratamiento antibiótico (tetraciclinas o eritromicina), con el objetivo de asegurar la eficacia anticonceptiva⁵. Eritromicina es también eficaz en el tratamiento del acné pero, a diferencia de las tetraciclinas⁸, con frecuencia se desarrolla resistencia antibiótica. Es una alternativa cuando las tetraciclinas no se toleren o estén contraindicadas⁵.

Para disminuir el riesgo de desarrollar resistencias se recomienda: limitar la duración del tratamiento (no más de 3-6 meses), utilizar la vía tópica siempre que sea posible, utilizar el antibiótico junto con peróxido de benzoilo y, cuando es necesario reiniciar un tratamiento antibiótico, utilizar el mismo².

• Retinoides orales: isotretinoína

Está indicada en el acné noduloquístico grave, acné que no mejora con antibióticos orales tras 6 meses, acné recurrente, acné con cicatrices y acné con efectos psicológicos importantes⁵.

El retinoide oral es superior al tratamiento antibiótico oral y a las combinaciones de antibióticos orales con fármacos tópicos en el acné nodular^{3,9}. Su efecto suele durar hasta un año tras cesar el tratamiento⁵. Existe evidencia preliminar de que isotretinoína en pauta intermitente de 10 días al mes podría ser tan eficaz como la pauta continua y mejor tolerada, aunque se requieren más estudios⁹.

Tiene efectos secundarios importantes: grietas en los labios, epistaxis, piel seca, alteración de la función hepática o hipertrigliceridemia. No está claro si produce trastornos del

ánimo³. Es un teratógeno conocido; por ello su prescripción está sometida a «especial control médico». Sólo puede ser prescrito por dermatólogos. Se deben tomar medidas anticonceptivas eficaces no sólo durante su uso, sino al menos, un mes antes y otro después del mismo.

• Acetato de ciproterona y otros anticonceptivos hormonales

El acetato de ciproterona está indicado en mujeres con sospecha de acné de causa hormonal⁵:

- Características clínicas de hiperandrogenismo (amenorrea, oligomenorrea, alopecia androgénica, hirsutismo).
- Acné que recidiva a pesar del tratamiento con isotretinoína o que no responde a antibióticos orales.
- Brotes de acné en el periodo premenstrual.
- Acné grave de inicio súbito.

Está contraindicado en mujeres con historia personal o familiar de tromboembolismo venoso. Se requiere un mínimo de 3-6 meses para evaluar su efectividad². Se recomienda suspender el tratamiento 3-4 ciclos menstruales después de resolverse el acné, ya que presenta mayor riesgo de tromboembolismo venoso que otros anticonceptivos hormonales. Su uso sólo con fines anticonceptivos no está autorizado.

Drospirenona tiene también propiedades antiandrogénicas, pero no tiene la indicación aprobada para el acné en nuestro medio. Otros anticonceptivos hormonales que contienen distintos progestágenos son también eficaces en la reducción de lesiones inflamatorias y no inflamatorias del acné por lo que se pueden utilizar para tratar a mujeres con acné que también deseen un control de la natalidad¹⁰.

4. Manejo del acné. Adaptado de 5

Acné leve (grado I)	<ul style="list-style-type: none"> • Peróxido de benzoilo: es el tratamiento de elección en la mayoría de los casos. En caso de irritación, el ácido azelaico es la alternativa a peróxido de benzoilo • Acné comedoniano sin lesiones inflamatorias: retinoides tópicos • Si lesiones inflamatorias que no responden adecuadamente a peróxido de benzoilo: asociar a éste un antibiótico tópico (eritromicina o clindamicina)
Acné moderado (grado II)	<ul style="list-style-type: none"> • Generalmente requiere una combinación de fármacos tópicos: <ul style="list-style-type: none"> - Peróxido de benzoilo + antibiótico tópico - Peróxido de benzoilo + retinoide tópico - Peróxido de benzoilo + retinoide tópico + antibiótico tópico • Sustituir el antibiótico tópico por el oral (manteniendo peróxido de benzoilo y/o retinoide tópico) si: el tratamiento tópico ha fracasado, acné que afecta a hombros o espalda, riesgo significativo de cicatrices o cambios de pigmentación importantes
Acné grave (grado III)	<ul style="list-style-type: none"> • Antibiótico oral durante 6 meses (doxiciclina, oxitetraciclina o tetraciclina; eritromicina si contraindicación a tetraciclinas), asociado a peróxido de benzoilo, con o sin retinoide tópico. A los 6 meses, mantener sólo el tratamiento tópico • Isotretinoína oral es muy eficaz pero no debe iniciarse su uso en atención primaria (derivación a dermatología) • Tratamiento antiandrogénico (etinilestradiol con acetato de ciproterona): en mujeres con sospecha de acné de causa hormonal
Acné en el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • El acné puede mejorar o empeorar durante los primeros meses de embarazo • Es preferible no usar tratamientos para el acné durante el embarazo • Si se decide tratar, pueden utilizarse peróxido de benzoilo y eritromicina tópica

Tabla 1. **Fármacos para el acné y la rosácea**

PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRES COMERCIALES	PRESENTACIONES	INDICACIÓN: POSOLOGÍA. OBSERVACIONES
Peróxido de benzoilo	Benoxigel®	Gel 2,5%, 5%, 10%	ACNÉ: 2 aplicaciones al día (empezar con una aplicación al día) Si se combina con retinoides tópicos: una aplicación al día (por la mañana)
	Oxiderma®	Gel 5%, 10%	
	Panoxyl wash®	Loción 10%	
	Peroxacne®	Gel 5%, 10%	
	Peroxiben®	Gel 2,5%, 5%, 10%	
	Solucel®	Crema 4%,	
	Stop espinilla Normaderm®	Crema 10%	
Ácido Azelaico	Finacea®	Gel 15%	ACNÉ y ROSÁCEA: 2 aplicaciones al día
	Skinoren®, Zeliderm®	Crema 20%	ACNÉ: 2 aplicaciones al día
Retinoides tópicos			
Isotretinoína	Isotrex®	Gel 0,05%	ACNÉ: una aplicación por la noche (y lavar por la mañana) Pueden provocar irritación y fotosensibilización
Tretinoína	Retirides®, Vitanol®	Crema 0,025%, 0,05%, 0,1%	
Adapaleno	Differine®	Gel 0,1%, Crema 0,1%	
Antibióticos tópicos*			
Clindamicina*	Clinwas tópico®, Dalacin tópico®	Solución 1%, Gel 1%, Emulsión 1% Solución hidroalcohólica 1%	ACNÉ: 2 aplicaciones al día
	Eritromicina*	Deripil®, Eridosis®, Euskin®, Loderm®	
Metronidazol*	Rozex®, Metronidazol Viñas® (solo gel)	Gel 0,75%, Crema 0,75%, Emulsión 0,75%	ROSÁCEA: 2 aplicaciones al día
Combinaciones tópicas			
Peróxido benzoilo + Clindamicina	Duac®	Gel (5%+1%)	ACNÉ: una aplicación por la noche
Peróxido benzoilo + Eritromicina	Fórmula magistral	Gel (5%+2%)	
Isotretinoína + Eritromicina	Isotrex Eritromicina®	Gel (0,05%+2%)	ACNÉ: una aplicación al día, preferiblemente por la noche
Tretinoína + Eritromicina	Loderm Retinoico®	Solución (0,05%+2%)	
Antibióticos sistémicos*†			
Doxiciclina*	Dosil®, Doxiciclina Normon®, Vibracina®, Retens®, ...	Cápsulas, comprimidos 100 mg	ACNÉ y ROSÁCEA: 100 mg /24 horas Administrar con/sin comidas. Fotosensibilizante
Oxitetraciclina*	Terramicina®	Grageas 250 mg	ACNÉ y ROSÁCEA: 250 mg/12 horas Administrar sin comidas. Fotosensibilizante
Minociclina*	Minocin®	Cápsulas 100 mg	ACNÉ y ROSÁCEA: no recomendada (efectos adversos potencialmente graves)
Eritromicina*	Pantominicina®, Eritroveinte®,...	Cápsulas o sobres 250 mg	ACNÉ: 250-500 mg/12 horas ROSÁCEA: 250 mg/12 horas
Retinoides orales*			
Isotretinoína*	Dercutane®, Isotretinoína EFG, Roacutan®,...	Cápsulas 10 y 20 mg	ACNÉ: 1 ó 2 veces al día. Dosificación individual (por dermatólogo; requiere visado de inspección). Teratógeno. Fotosensibilizante
Anticonceptivos orales			
Ciproterona + Etinilestradiol*	Diane Diario®, Etinilestradiol + ciproterona EFG,...	Comprimidos (2 mg+35 mcg)	ACNÉ: 1 comprimido/día

* Medicamentos que están financiados.

† En algunos estudios se plantea la utilización de dosis menores de antibióticos sistémicos tanto en el acné como en la rosácea ya que parece ser que la acción antiinflamatoria se alcanza a dichas dosis y se disminuye el riesgo de efectos adversos.

Tabla 2. **Consideraciones de los tratamientos para el acné y la rosácea**^{5,11}

TRATAMIENTOS TÓPICOS
Forma galénica: su elección depende del tipo de piel, la distribución de las lesiones y preferencias del paciente: los geles tienen un efecto secante; pueden ser útiles para pieles grasas; las cremas son hidratantes y preferibles para pieles secas; las lociones son útiles para pieles secas y para cubrir zonas extensas de piel.
Forma de aplicación: aplicar sobre la cara lavada y seca. Aplicar sobre toda la zona afectada, no sólo sobre las lesiones. Evitar aplicar sobre ojos, boca y mucosas. Lavarse las manos después de la aplicación.
Aplicar los retinoides tópicos por la noche. Si se usan junto a antibióticos tópicos o peróxido de benzoilo, aplicar estos últimos por la mañana.
FOTOSENSIBILIZACIÓN
Los retinoides (tópicos y orales) y las tetraciclinas orales pueden producir fotosensibilización. Se recomienda limitar la exposición solar y utilizar protectores solares. Especial precaución al asociar varios medicamentos que produzcan fotosensibilización.

ROSÁCEA

Introducción

La rosácea es una enfermedad crónica de la piel de causa desconocida que afecta a mejillas, nariz, ojos, mentón y frente. Se caracteriza por presentar uno o más de los siguientes signos o síntomas: episodios recurrentes de rubor, eritema no transitorio, pápulas, pústulas y telangiectasias en una distribución simétrica. Pueden darse otros síntomas secundarios, incluso en ausencia de los anteriores, como son: sensación de picor y quemazón, piel seca, edema, engrosamiento de la piel, de localización preferentemente nasal (rinofima). El compromiso ocular, en ojo y párpado, se puede encontrar en más de la mitad de los casos de rosácea e incluye síntomas tales como: sensación de cuerpo extraño, escozor o picor, sequedad, quemazón, sensibilidad a la luz, visión borrosa, telangiectasia e irregularidades de la conjuntiva y del borde palpebral; también puede darse chalazión recurrente y blefaroconjuntivitis crónica. Se han identificado cuatro subtipos de rosácea: eritematotelangiectásica, papulopustulosa, fimatosa y ocular¹¹.

Afecta principalmente a adultos de 30 a 60 años, aunque ocasionalmente aparece en sujetos más jóvenes; con más frecuencia en mujeres que en hombres, aunque a menudo de forma menos severa y en personas de piel y ojos claros¹¹.

El **diagnóstico diferencial** con otros trastornos incluye^{11,12}:

- El **acné vulgar** se distingue de la rosácea en que generalmente afecta a una población más joven, por la presencia de comedones y la ausencia de rubor y telangiectasias.
- El **uso prolongado de corticoides tópicos** en la cara puede imitar muchos de los signos y síntomas de la rosácea, especialmente en sujetos predispuestos a padecerla. Los corticoides nasales también pueden producir este efecto.
- La **dermatitis perioral** es una erupción eritematosa persistente que se localiza alrededor de la boca y en la barbilla y

que se caracteriza por la aparición de microvesículas, descamación y peeling.

- La **dermatitis seborreica** suele ser aparente por la presencia de descamación difusa de localización diferente a la rosácea, preferentemente en cuero cabelludo, por detrás de la oreja, conducto auditivo externo, ceja y surco nasogeniano.
- **Lupus eritematoso.**
- **Otras causas de rubor con o sin las características cutáneas de la rosácea**, como son los sofocos de la menopausia, síndrome carcinoide, feocromocitoma, policitemia vera, conectivopatías, dermatomiositis, regurgitación mitral y mastocitosis.

Tratamiento de la rosácea

Habitualmente el curso de la enfermedad es crónico, con episodios de reagudización, por lo que el tratamiento se dirige al control de los síntomas. Las medidas generales se deben aplicar en todos los pacientes. En los casos leves y moderados se recomienda el tratamiento tópico; en los casos graves, se puede requerir tratamiento sistémico.

La duración del tratamiento inicial con antibióticos tópicos u orales es de, al menos, 12 semanas. La respuesta es gradual y pueden necesitarse de 4 a 6 semanas para observar una mejora de los síntomas (en algunos pacientes esta res-

puesta puede estar retrasada). Es normal la recaída unas semanas tras la interrupción del tratamiento, requiriéndose a menudo ciclos adicionales. Si las recaídas son frecuentes, puede ser necesario un tratamiento de mantenimiento, generalmente tópico: se desconoce la duración adecuada del mismo, aunque habitualmente se aconsejan 6 meses, seguidos de un tiempo de descanso¹¹.

En la tabla 1 se recoge la posología y presentaciones de los distintos fármacos utilizados en la rosácea y en la tabla 2 otras consideraciones a tener en cuenta.

1. Medidas generales^{11,12}

- Recomendar a todos los pacientes con rosácea la aplicación diaria en la cara de cremas solares con factor de protección de 15 o más («alta» protección UVA y UVB).
- Evitar el uso de corticoides tópicos en la cara.
- Evitar los factores desencadenantes que causan **rubor**, como son las temperaturas extremas, las bebidas alcohólicas, el ejercicio intenso, el estrés, la exposición al sol, comidas picantes, bebidas calientes y fármacos vasodilatadores como antagonistas del calcio.

- Evitar factores que pueden empeorar el **eritema y telangiectasia** como pueden ser los productos cosméticos limpiadores que contienen alcohol, preparados abrasivos o exfoliantes, maquillajes grasos o resistentes al agua, así como protectores solares, repelentes de insectos o cosméticos que contienen perfume.
- Los correctores cosméticos pueden ayudar a ocultar el enrojecimiento.

2. Tratamiento tópico

Aunque se han utilizado numerosos tratamientos, son pocos los productos que cuentan con estudios de calidad adecuada. La mayoría de los estudios se han realizado en pacientes con **rosácea papulopustulosa**¹³. Metronidazol y ácido azelaico tópicos han mostrado ser efectivos y no hay pruebas suficientes sobre la efectividad de otros tratamientos tópicos (peróxido de benzoilo, antibióticos como eritromicina, clinda-

micina y tetraciclinas, sulfacetamida de sodio 10% y azufre 5%, permetrina, retinoides)^{11,13}.

• Metronidazol 0,75%

Es el tratamiento tópico recomendado de inicio para el alivio de las lesiones inflamatorias en pacientes con número limitado de pápulas o pústulas y eritema persistente moderado¹¹. Se

utiliza a la concentración de 0,75% aplicado dos veces al día; hay limitada evidencia de que una única aplicación diaria pueda ser igual de eficaz¹⁴. La mayoría de las reacciones adversas descritas con metronidazol tópico son leves e incluyen: prurito, irritación de la piel, piel seca y lagrimeo ocular^{13,15}. Utilizar en embarazo sólo si es estrictamente necesario ya que

3. Tratamiento sistémico

El **tratamiento sistémico con antibióticos** está indicado en los casos de rosácea moderados o graves, en las formas leves que no respondan al tratamiento tópico y en la **rosácea ocular**.

Hay algunas pruebas de que metronidazol y las tetraciclinas vía oral son efectivos¹³. Se recomiendan como primera opción las tetraciclinas (doxiciclina presenta ventajas en

4. Otras consideraciones¹¹

• Rosácea ocular

Las medidas generales son las mismas que para cualquier paciente con rosácea. En el caso de que presente sequedad ocular, considerar la utilización de lubricantes oculares o lágrimas artificiales. Si hay inflamación palpebral, recomendar una adecuada higiene y la aplicación de compresas templadas.

su seguridad no está suficientemente documentada¹⁵.

• Ácido azelaico 15%

Presenta una eficacia similar a metronidazol tópico¹³. Se considera una alternativa para los pacientes que no toleran o no responden al tratamiento con metronidazol tópico¹¹.

cuanto a absorción y posología). Eritromicina es una alternativa en el embarazo y la lactancia. No se recomienda metronidazol oral debido a que su utilización a largo plazo puede causar neuropatía periférica y requiere control (recuento leucocitario) en tratamientos de duración superior a 10 días¹¹.

Las tetraciclinas orales se recomiendan para la rosácea ocular en pacientes con o sin otros signos y síntomas de rosácea.

• Telangiectasias

La terapia con láser puede ser una alternativa en pacientes con telangiectasias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Purdy S, DeBerker D. Acne vulgaris. *BMJ Clin Evid.* 2007;02:1714.
2. Wirth FA. Approach to acne vulgaris. In: *UpToDate® ONLINE 16.1.* Disponible en: www.uptodate.com. Rose, BD (Ed). *UpToDate ONLINE 2008.* [Accedido el 17/03/08].
3. Purdy S, de Berker D. Acne. *BMJ.* 2006;333(7575):949-53.
4. Esteban Sáez MI, Crespo González C. Manejo diagnóstico y terapéutico del acné. *AMF.* 2008;4(2):103-8.
5. Acne vulgaris. CKS. Disponible en: http://www.cks.library.nhs.uk/acne_vulgaris. [Accedido el 30/01/2008].
6. Ozolins M, Eady EA, Avery AJ, Cunliffe WJ, Po AL, O'Neill C, et al. Comparison of five antimicrobial regimens for treatment of mild to moderate inflammatory facial acne vulgaris in the community: randomised controlled trial. *Lancet.* 2004;364(9452):2188-95.
7. Magin P, Pond D, Smith W, Watson A. A systematic review of the evidence for 'myths and misconceptions' in acne management: diet, face-washing and sunlight. *Fam Pract.* 2005;22(1):62-70.
8. Simonart T, Dramaix M, De Maertelaer V. Efficacy of tetracyclines in the treatment of acne vulgaris: a review. *Br J Dermatol.* 2008;158(2):208-16.
9. 2008 Annual Evidence Update on Acne Vulgaris. National Library for Health. *Skin Disorders Specialist Library.* Disponible en: www.library.nhs.uk/skin. [Accedido el 23/03/08].
10. Arowojolu AO, Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Garner SE. Combined oral contraceptive pills for treatment of acne. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1.* Art. No.: CD004425. DOI: 10.1002/14651858.CD004425.pub3.
11. Rosacea. CKS. Disponible en: <http://cks.library.nhs.uk/rosacea> [Accedido el 30/01/2008].
12. Goldstein BG, Goldstein AO. Rosacea. In: *UpToDate® ONLINE 16.1.* Disponible en: www.uptodate.com. Rose, BD (Ed), *UpToDate ONLINE 2008.* [Accedido el 24/01/08].
13. van Zuuren EJ, Graber MA, Hollis S, Chaudhry M, Gupta AK, Gover M. Intervenciones para la rosácea (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4.* Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library, 2007 Issue 4.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
14. Dahl MV, Jarratt M, Kaplan D, Tuley MR, Baker MD. Once-daily topical metronidazole cream formulations in the treatment of the papules and pustules of rosacea. *J Am Acad Dermatol.* 2001;45(5):723-30.
15. Fichas Técnicas de los medicamentos. Disponible en: <https://sinaem4.agedmed.es/consaem>.

Fecha de revisión bibliográfica: abril 2008

Se recuerda la importancia de notificar los efectos adversos a la Unidad de Farmacovigilancia
Teléfono 94 400 7070 · Fax 94 400 7103 · correo-e: farmacovigilancia@osakidetza.net

Se han recibido últimamente numerosas peticiones de personas que prefieren dejar de recibir en formato papel tanto el INFAC, como la ficha Nuevo Medicamento a Examen, por tenerlas disponibles en la web. Si alguien prefiere no recibir estas publicaciones en papel puede mandar un correo electrónico a la siguiente dirección: cevime4-san@ej-gv.es

Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu / Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: zure komarkako farmazialaria / el farmacéutico de su comarca o CEVIME/MIEZ - tel. 945 01 92 66 - E-mail: cevime-san@ej-gv.es

Idazkuntza Batzordea / Consejo de Redacción: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Sergio Barrondo, Arrate Bengoa, Arriku Etxeberria, Julia Fernández, Susana Fernández, Ana Isabel Giménez, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Jesús Iturralde, Nekane Jaio, Itxasne Lekue, M^o José López, Javier Martínez, Carmela Mozo, Elena Olloluegi, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.



Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

ISSN: 1575054-X · D.L.: BI-587-99