



Localizador: 14017

# Clasificación del acné: Consenso Ibero-Latinoamericano, 2014

Classification of acne: An Ibero-Latin American Consensus, 2014

A Kaminsky,\* M Florez-White,‡ MI Arias,§ E Bagatin<sup>II</sup> en nombre del Grupo Ibero Latinoamericano de Estudio del Acné (GILEA-CILAD)<sup>I</sup>

## Palabras clave:

Acné, clasificación,  
 consenso, GILEA,  
 CILAD.

## Key words:

Acne, classification,  
 consensus, GILEA,  
 CILAD.

## RESUMEN

De las enfermedades crónicas de la piel, el acné es la más común entre los jóvenes y es la causa más frecuente de consulta dermatológica. Se conocen numerosas clasificaciones del acné; algunas simples y otras más complejas y difíciles de interpretar. El grupo Ibero-Latinoamericano de Estudio del Acné (GILEA) –Capítulo de acné, rosácea y estados relacionados, del Colegio Ibero-Latinoamericano de Dermatología (CILAD)– está compuesto por reconocidos dermatólogos especialistas en acné procedentes de la mayoría de los países de América Latina y la Península Ibérica. Desde su creación en 2004, el grupo ha trabajado en la procuración de una clasificación que asocie los conceptos de edad, forma clínica y grado de severidad, como también de un algoritmo de tratamiento basado en dicha clasificación. El resultado fue la primera versión, que se publicó en la segunda edición del libro *Acné. Un enfoque global* en 2012; la clasificación que aquí se presenta es una nueva versión (2014) con leves modificaciones sobre la anterior, resultado de consultas consensuadas entre los integrantes del GILEA. Los autores consideran que con esta clasificación se proporciona una nueva base para encarar estudios clínicos, epidemiológicos y terapéuticos. No obstante, como cualquier otro concepto médico, está abierta a los futuros cambios resultantes de los avances de la ciencia.

## ABSTRACT

Acne is the most common chronic skin disease among young people, and it is one of the most frequent causes of dermatological consultation. Many classifications of acne are known; some simple and others more complex and difficult to understand. The Ibero-Latin American Group on Acne Study (GILEA) –Chapter of acne, rosacea, and related conditions, from the Ibero-Latin American College of Dermatology (CILAD)– is composed by renowned dermatologists, specialists in acne, from most countries of Latin America and the Iberian Peninsula. Since its inception in 2004, the group has been working on a classification that seeks to associate the concepts of age, clinical form and severity, as well as a treatment algorithm based on this classification. The result was the first version that was published in 2012 in the second edition of *Acne. A global approach*, and the classification presented here is a new version (2014) with slight modifications over the previous consensus and the result of consultations among the members of GILEA. The authors consider that this classification will provide a new basis for addressing clinical, epidemiological and therapeutic studies. Nevertheless, like any other medical concept, it is open to future changes resulting from the advances in science.

\* Facultad de Medicina,  
 Universidad de Buenos Aires,  
 Argentina.

‡ Facultad de Medicina  
 «Herbert Wertheim»,  
 Universidad Internacional de  
 la Florida, Miami, EE.UU.

§ Consulta privada. México,  
 D.F., México.

<sup>II</sup> Universidade de São Paulo,  
 São Paulo, Brasil.



El acné es una de las enfermedades más frecuentes de los adolescentes y jóvenes adultos, y probablemente la mayor causa de consulta médica dermatológica. Es un trastorno inflamatorio crónico, multifactorial, del folículo pilosebáceo. El concepto de cronicidad que se incorporó hace algunos años se basa en los parámetros de la Organización Mundial de la Salud (OMS): recurrencias o recidivas, curso prolongado, brotes agudos o comienzo lento y alto impacto psíquico y social. El tratamiento temprano y agresivo es importante para disminuir las secuelas cicatrizales y el impacto psicosocial. Por otra parte, la característica de

recidivas sugiere la necesidad de un tratamiento de mantenimiento.<sup>1</sup>

En el presente la fisiopatología del acné se aborda desde bases moleculares y, en el mismo sentido, los tratamientos se modifican con el hallazgo de fármacos nuevos dirigidos a aspectos determinados de la enfermedad.

Debido a estas consideraciones, los estudios deben basarse en una clasificación que, al facilitar la interpretación y la comunicación entre médicos, proporcione un lenguaje común, permita definir patrones para situarse mentalmente ante un cuadro clínico, y también ayude a la investigación de la epidemiología, la patología y la terapéutica.

<sup>1</sup> GILEA-CILAD: Grupo Ibero-Latinoamericano de Estudio del Acné: Capítulo de acné, rosácea y estados relacionados del Colegio Ibero-Latinoamericano de Dermatología.

Integrantes: G Adame Miranda (México), G Alves (Brasil), MI Arias (México), MI Barona (Colombia), E Bagatin (Brasil), L Cantillo (Nicaragua), M Cirigliano (Argentina), SE Costantini (Argentina), ME del Pino Flores (México), JC Díez de Medina (Bolivia), M del Solar (Perú), L Fierro (México), M Florez-White (Colombia-EE.UU.), I Follador (Brasil), E Giansante (Venezuela), A Guerra Tapia (España), MI Herane (Chile), A Kaminsky (Argentina), MT Molina (Chile), R Maciel (Paraguay), F Madrigal (Costa Rica), A Massa (Portugal), EM Naccha Torres (Perú), M Pérez (España), J Piquero Martin (Venezuela), M Polanco (República Dominicana), ED Poletti (México), L Quintanilla (El Salvador), M Ramos e Silva (Brasil), AJ Rondón Lugo (Venezuela), D Santiago Pujol (Panamá), D Steiner (Brasil), LR Terzian (Brasil), P Troielli (Argentina), X Velázquez (Honduras), C Villanueva (Guatemala).

Conflicto de intereses:  
Ninguno.

Recibido:  
21/Julio/2014.  
Aceptado:  
30/Octubre/2014.

Existen decenas de clasificaciones del acné; algunas son simples, pero otras muy complejas, difíciles de interpretar, de aplicación engorrosa y han generado grandes controversias.

Las técnicas de medición de grados de acné se remontan a 1931, año en que Bloch intentó clasificar la enfermedad por primera vez sobre la base del conteo de comedones, pápulas y pústulas en la cara, el cuello, el pecho y la espalda.<sup>2</sup> Pillsbury y colaboradores (1950) establecieron una escala de I a IV, basada en grados de severidad según la existencia o la falta de lesiones inflamatorias en la cara, el pecho y la espalda.<sup>3</sup> Kligman y Plewig (1976) tuvieron en cuenta las características clínicas y la prevalencia de lesiones dominantes, es decir, calidad y cantidad. Para estos autores, el «primer paso» es considerar tres subtipos de acné facial y sólo en un lado de la cara: comedónico, pápulo-pustuloso y *conglobata*.<sup>4</sup> Cook y su grupo (1979) propusieron un sistema de seguimiento del curso clínico en el que evaluaron la severidad sobre la base de fotografías estándar que ilustraban esos grados en una escala de 0, 2, 4, 6 y 8.<sup>5</sup>

Como bien dice Cunliffe, estas técnicas fotográficas carecen de algo importante, que es la palpación de las lesiones y, en consecuencia, no permiten establecer los grados, ya que algunos nódulos se pueden visualizar como máculas e inducir a error.<sup>6</sup> Allen y Smith (1982) agregaron el criterio de la palpación y modificaron los grados de la escala a 0-8.<sup>7</sup> En 1984, teniendo en cuenta que no todos los dermatólogos pueden acceder al registro fotográfico, Burke y Cunliffe diseñaron una evaluación bien compleja. Según ellos, es enteramente subjetiva –basada en la inspección y la palpación de la piel– y práctica. La escala se subdivide en unidades de 0.25 del 0 al 2. Las primeras, de 0.25 a 0.75, representan el *acne minor*; mientras que los grados 1.0 y superiores corresponden al *acne major*. Por encima de 2.0, la escala se subdivide en unidades de 0.5.<sup>8</sup>

La *American Academy of Dermatology* organizó en 1990 una conferencia de consenso para la que convocó a 14 expertos internacionales. Este grupo concluyó que en el acné se deben considerar dos formas clínicas: no inflamatoria e inflamatoria, y dentro de esta

última, es preciso subclasificar, según el grado de afectación o severidad, en leve, moderado o severo. También se introdujo el concepto de evaluación del impacto psicosocial y laboral.<sup>9</sup>

En 1998, White propuso una clasificación según el grupo etario basada en formas clínicas del acné, a las que relacionó con localización, presentación morfológica y predominio por sexo.<sup>10</sup> En el mismo año, el grupo de dermatólogos de Leeds, Reino Unido, publicó un nuevo sistema de gradación del acné, siguiendo una secuencia fotográfica y utilizando como criterios de severidad la extensión de la inflamación, el grado y el tamaño de las lesiones inflamadas, así como la asociación de eritema.<sup>11</sup>

Cunliffe y Gollnick (2001) sugirieron una nueva escala fotográfica para la cara y el tórax en la que se evaluaban principalmente los tipos de lesiones: no inflamatorias, inflamatorias y cicatrices. Para la cara, de 1 a 12, y para el dorso y el tórax, de 1 a 8.<sup>12</sup>

Aunque la clasificación morfológica del acné es sencilla, estimar el grado de severidad en la práctica diaria es muy difícil, al igual que la determinación del impacto psicosocial y laboral, ya que esto es individual y subjetivo.

Dadas las dificultades que hay para evaluar el acné y que resulta muy complejo establecer comparaciones entre las diferentes clasificaciones, el Grupo Latinoamericano de Estudio del Acné (GLEA), capítulo del Colegio Ibero-Latinoamericano de Dermatología (CILAD), constituido por dermatólogos de distintos países, después de una serie de deliberaciones llevadas a cabo en diversas reuniones durante un año, acordó una clasificación en relación con las características morfológicas, la presencia de lesiones de retención –comedones abiertos y cerrados– e inflamatorias –pápulas, pústulas y nódulos–, así como la severidad de éstas, que fue publicada en el año 2007.<sup>13</sup>

Entre junio de 2011 y abril de 2012, el Grupo Ibero-Latinoamericano de Estudio del Acné (GILEA, antes GLEA), capítulo del CILAD de acné, rosácea y estados relacionados, decidió efectuar una revisión de esta clasificación, a fin de establecer mayores precisiones con respecto a criterios basados en franjas etarias, lesión predominante y severidad del cuadro, determinada esta última por la cantidad de

Tabla 1. Acné. Clasificación.

Según edad de presentación	Neonatal	0-30 días
	Del lactante	1-24 meses
	Infantil	2-7 años
	Preadolescente	8-11 años
	Adolescente	11-25 años
	Del adulto	> 25 años
Según lesión predominante	Comedónico	
	Pápulo-pustuloso	
	Nódulo-quístico	
Según grado de severidad*	Leve	< de 20
	Moderado	20-50
	Severo	> de 50
Formas especiales	Fulminans	
	Conglobata	

\* Número de lesiones en una hemicara.

lesiones en una hemicara. Además se especificaron las franjas etarias según la clasificación de la OMS-UNICEF. En consecuencia, las edades límites entre una y otra franja se superponen. Se agregó la categoría «leve» en el acné nódulo-quístico para unificar el concepto de severidad a todas las formas clínicas; no obstante, este último de por sí es una forma severa de acné (Tabla 1, Figuras 1-4).<sup>14</sup>

También se consideró que la categoría «variantes» dejó de tener sentido, ya que con esa designación se agrupaban formas clínicas que ahora se clasifican según la edad como neonatal, del lactante, infantil, prepuberal, del adulto.<sup>13</sup> También se excluyeron otros cuadros de etiopatogenias diferentes, conocidos como «reacciones acneiformes», «acné cosmético», «acné excoriado», «acné mecánico o friccional» y «acné estival», que han pasado a integrar la categoría «erupciones acneiformes».<sup>15</sup> Esta clasificación se ratificó en el año 2014 mediante consultas entre todos los integrantes de GILEA.

Con respecto al acné *fulminans* y al acné *conglobata*, los integrantes del consenso consideran que comparten algunos aspectos del acné, pero que se diferencian del mismo por las características clínicas, la posibilidad de compromiso sistémico y el que muchas veces formen parte de síndromes complejos o de trastornos genéticos; por lo tanto, en esta clasificación siempre se les consideró como formas especiales.

El acné *fulminans* es una forma aguda, severa e infrecuente de acné que se presenta en varones de 13 a 16 años. Se inicia de manera súbita con la aparición de lesiones pustulosas, flemonosas, *sinus* y tractos que evolucionan a úlceras necróticas dolorosas con secreción purulenta. Las lesiones originan costras hemorrágicas y cicatrices residuales severas. No es común el hallazgo de comedones, pápulo-pústulas o quistes. Las lesiones se localizan en el tórax, los hombros y los dos tercios superiores de la espalda. El compromiso facial es variable y, en general,

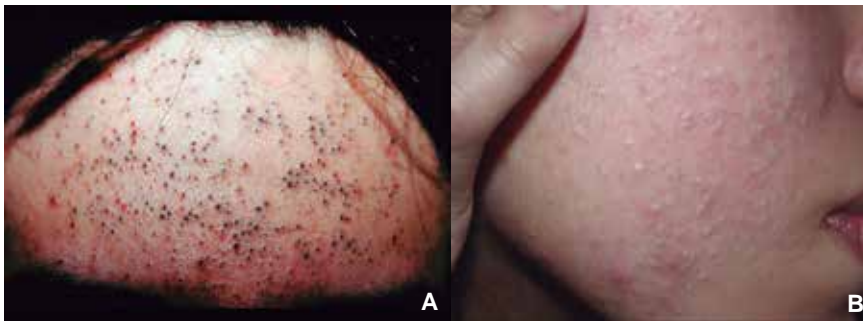


Figura 1. Acné comedónico. A) Comedones abiertos. B) Comedones cerrados.



Figura 2. Acné pápulo-pustuloso leve.



Figura 3. Acné pápulo-pustuloso moderado.



Figura 4. Acné nódulo-quístico severo.

menos intenso (Figura 5). El estado general está alterado con fiebre, malestar, astenia, anorexia, pérdida de peso y adenopatías. En los análisis de laboratorio, se observa eritrosedimentación acelerada, anemia, leucocitosis con neutrofilia y hematuria microscópica.<sup>16</sup> Este cuadro se

describió asociado con alteraciones cutáneas y sistémicas; las más frecuentes son mialgias difusas, miositis, artralgias y artritis. Las articulaciones afectadas más a menudo son la cadera y las rodillas. En otras oportunidades se asocia con síndrome de hiperostosis adquirida, un trastorno inflamatorio crónico de los huesos de causa desconocida caracterizado por hiperostosis circunscrita y lesiones osificantes en sitios de inserción ligamentaria y tendinosa, junto con artritis erosiva o no erosiva. Las lesiones predominan en la región esternocostoclavicular (80%) y, con menor frecuencia, en la columna y la cadera. Las manifestaciones osteoarticulares relacionadas con estos procesos se agruparon bajo el acrónimo de SAPHO (Sinovitis, Acné, Pustulosis, Hiperostosis, Osteítis), afección caracterizada por una dermatosis pustulosa y lesiones osteoarticulares. En los huesos comprometidos se observa hiperostosis y osteomielitis aséptica, o artritis en la pared torácica anterior, la articulación sacroiliaca y los huesos largos.<sup>17-19</sup>

El acné *conglobata* es una afección inflamatoria, crónica y severa que, junto con la hidradenitis supurativa, la perifoliculitis *capitis abscedens* y *suffodiens*, y el *sinus pilonidal*, conforma el síndrome de oclusión folicular.<sup>20</sup> Todos estos cuadros afectan el folículo piloso terminal. El acné *conglobata* puede asociarse, en un mismo paciente, con cualquiera de los otros procesos que integran este síndrome.<sup>21</sup> Por lo general afecta a hombres adultos de 18 a 30 años. Aparece *de novo*, aun-

que en ocasiones el cuadro es precedido por acné pápulo-pustuloso o cursa con lesiones simultáneas de acné vulgar.

Las lesiones exceden las localizaciones típicas del acné; comprometen el cuello, los miembros superiores, el abdomen, los glúteos, las axilas, las ingles y el perineo (Figura



**Figura 5.** Acné fulminans.



**Figura 6.** Acné conglobata.

6). El cuadro clínico se caracteriza por comedones, la mayoría de ellos con varias aberturas (comedones poliporados), pápulas, pápulo-pústulas, nódulos y quistes. Es característico que muchas de estas lesiones, más del 25%, evolucionen hacia formas muy inflamatorias, intensamente dolorosas y con tendencia a la supuración, en general de tipo seropurulento o mucoide, malolientes. En ocasiones las lesiones se ulceran y se extienden hacia la periferia, con un área de curación central, diseccionan el tejido subcutáneo y forman tractos fistulosos múltiples. Las cicatrices pueden ser irregulares, atróficas o queloides, y formar bridas y «puentes»; asimismo, tienden a ser desfigurantes.

El acné *conglobata* muchas veces va acompañado de anemia normocítica normocrómica, leucocitosis leve y aumento de la eritrosedimentación. Algunas lesiones pueden ser estériles, mientras que en otras se constata la presencia de estafilococos coagulasa positivos, coagulasa negativos o estreptococos, o ambos microorganismos. La asociación de pioderma gangrenoso, artritis aséptica y destructiva de inicio en la infancia, y acné *conglobata* desde la adolescencia se conoce como síndrome PAPA (**A**rtritis **P**iógena, **P**ioderma gangrenoso, **A**cné) considerado en el presente como un síndrome hereditario autoinflamatorio. Aunque la tríada de síntomas rara vez se ve en un mismo paciente, se informó transmisión autosómica dominante en tres generaciones. En época reciente se identificó el *locus* para los casos familiares en el brazo largo del cromosoma 15 (15q24-25.1), por mutaciones en el gen CD2BP1 (*CD2-binding protein*).<sup>22,23</sup> En relación con el síndrome PAPA, además de dos mutaciones descritas

previamente en el gen PSTPIP1, A230T y E250Q, Demidowich y colaboradores informaron el hallazgo de otra: E250K. La enfermedad es de penetrancia incompleta y expresión variable. Lo más interesante es que se logró una buena resolución del pioderma gangrenoso con bloqueadores del factor de necrosis tumoral alfa.<sup>24</sup>

En época reciente, Braun Falco y su grupo describieron un proceso que asocia pioderma gangrenoso y acné pero que al contrario del síndrome PAPA no se presenta con artritis, aunque sí con hidradenitis supurativa. Los autores denominaron síndrome PASH (**P**ioderma gangrenoso, **A**cné e **H**idradenitis **S**upurativa) a este conjunto de afecciones y, al igual que el síndrome PAPA, se engloba en el espectro de los síndromes autoinflamatorios.<sup>25</sup>

No hay duda de que una clasificación que surja de un consenso internacional facilitará el trabajo individual y, sobre todo, permitirá tener una base de entendimiento para la realización de trabajos científicos, clínicos, epidemiológicos y terapéuticos. Los integrantes de GILEA consideramos que esta clasificación del acné puede ser muy útil; no obstante, como cualquier otro concepto médico, está abierta a los futuros cambios que sin duda requerirán los avances de la ciencia.

Correspondencia:

**Dra. Ana Kaminsky**

**E-mail:** anakaminsky@gmail.com

## BIBLIOGRAFÍA

- Gollnick HP, Finlay AY, Shear N. Global Alliance to Improve Outcomes in Acne. Can we define acne as a chronic disease? If so, how and when? *Am J Clin Dermatol.* 2008; 9: 279-284.
- Bloch B. Metabolism, endocrine glands and skin diseases with special reference to acne vulgaris and xanthoma. *Br J Dermatol.* 1931; 43: 77-87.
- Pillsbury DM, Zilmerman MC, Baldrige GD. Experimental control in clinical investigation. *J Invest Dermatol.* 1950; 14: 359-371.
- Plewig G, Kligman AM. Classification of acne. *Cutis.* 1976; 17: 520-522.
- Cook CH, Centner RL, Michaels SE. An acne grading method using photographic standards. *Arch Dermatol.* 1979; 115: 571-575.
- Cunliffe WJ. *Clinical assessment of acne vulgaris.* In: Cunliffe WJ. Acne. London: Martin Dunitz; 1989: pp. 115-122.
- Allen BS, Smith JG Jr. Various parameters for grading acne vulgaris. *Arch Dermatol.* 1982; 118: 23-25.
- Burke BM, Cunliffe WJ. The assessment of acne vulgaris—Leeds technique. *Br J Dermatol.* 1984; 111: 83-92.
- Pochi PE, Shalita AR, Strauss JS, Webster SB, Cunliffe WJ, Katz HI et al. Report of the consensus conference on acne classification. Washington, DC, March 24-25, 1990. *J Am Acad Dermatol.* 1991; 24: 495-500.
- White GM. Recent findings in the epidemiologic evidence, classification and subtypes of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol.* 1998; 39: 534-537.
- O'Brian SC, Levis JB, Cunliffe WJ. Leeds revised acne grading system. *J Dermatol Treatment.* 1998; 9: 215-220.
- Cunliffe WJ, Gollnick H. *Clinical features of acne.* In: Cunliffe WJ, Gollnick H. Acne. Diagnosis and management. London: Martin Dunitz; 2001: pp. 49-67.
- Ramos e Silva M, Costantini S. *Clasificación, formas clínicas y variantes.* En: Kaminsky A. Acné. Un enfoque global. GLEA. Buenos Aires: Colegio Ibero-Latinoamericano de Dermatología; 2007: pp. 47-56.
- Kaminsky A, Florez-White M. *Clasificación.* En: Kaminsky A, Florez-White M. Acné. Un enfoque global. Buenos Aires: Alfaomega Grupo Editor S.A. Colegio Ibero-Latinoamericano de Dermatología (CILAD); 2012: pp. 59-62.
- Kaminsky A, Ramos e Silva M, Costantini S. Erupciones acneiformes. En: Kaminsky A, Florez-White M. *Acné. Un enfoque global.* Buenos Aires: Alfaomega Grupo Editor S.A. Colegio Ibero-Latinoamericano de Dermatología (CILAD); 2012: pp. 83-92.
- Zanelato TP, Gontijo GM, Alves CA, Pinto JC, Cunha PR. Disabling acne fulminans. *An Bras Dermatol.* 2011; 86 (4 Suppl. 1): S9-12.
- Benhamou C, Chamot AM, Kahn MF. Synovitis-acne-pustulosis-hyperostosis-osteitis (SAPHO) syndrome. *Ann Dermatol Venerol.* 1988; 115: 613-618.
- Zhao Z, Li Y, Zhao H, Li H. Synovitis, acne, pustulosis, hyperostosis and osteitis (SAPHO) syndrome with review of the relevant published work. *J Dermatol.* 2011; 38: 155-159.
- Dellatorre G, Castro CC. Do you know this syndrome? *An Bras Dermatol.* 2012; 87: 155-156.
- Kaminsky A. *Síndrome de oclusão folículos pilosos.* En: Ramos-e-Silva, Castro MCR. Fundamentos de Dermatología. Rio de Janeiro: Editota Atheneu; 2009: pp. 843-849.
- Rosner IA, Burg CG, Wisnieski JJ, Schacter BZ, Richter DE. The clinical spectrum of the arthropathy associated with hidradenitis suppurativa and acne conglobata. *J Rheumatol.* 1993; 20: 684-687.
- Lindor N, Arsenault TM, Solomon H, Seidman CE, McEvoy MT. A new autosomal dominant disorder of pyogenic sterile arthritis, pyoderma gangrenosum, and acne: PAPA syndrome. *Mayo Clin Proc.* 1997; 72: 611-615.
- Wise C, Gillum JD, Seidman CE, Lindor NM, Veile R, Bashiardes S et al. Mutations in CD2BP1 disrupt binding to PTP PEST and are responsible for PAPA syndrome, an autoinflammatory disorder. *Human Molecular Genetics.* 2002; 11: 961-969.
- Demidowich AP, Freeman AF, Kuhns DB, Aksentijevich I, Galin JI, Turner ML et al. Brief report: genotype, phenotype, and clinical course in five patients with PAPA syndrome (pyogenic sterile arthritis, pyoderma gangrenosum, and acne). *Arthritis Rheum.* 2012; 64: 2022-2027.
- Braun-Falco M, Kovnerystyy O, Lohse P, Ruzicka T. Pyoderma gangrenosum, acne, and suppurative hidradenitis (PASH)—a new autoinflammatory syndrome distinct from PAPA syndrome. *J Am Acad Dermatol.* 2012; 66: 409-415.