



Cinque cosa da sapere su.... acne vulgaris

Five things to know about... acne vulgaris

Bernardino Bruno, Federica Ponzi, Michela Brindisi, Luciano Lippa
SIMG L'Aquila

Conflitto di interessi

L'Autore dichiara nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:

Cinque cosa da sapere su....
acne vulgaris
Rivista SIMG 2026;
33 (03):36-37.

© Copyright by Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie.



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

INTRODUZIONE

L'*Acne Vulgaris* è una delle patologie infiammatorie della cute più comuni: interessa il 9.4% della popolazione globale, è l'ottava patologia più frequente tra le malattie della cute¹ tipica negli adolescenti (85%) per l'aumentata produzione di androgeni alla pubertà o una maggiore sensibilità della ghiandola sebacea a normali livelli ormonali. Può persistere anche oltre i 30 anni, causare cicatrici permanenti ed associarsi a disagio psicologico. La prevalenza negli adulti è dello 0.74% e una dieta ricca di zuccheri, il fumo o lo stress possono favorirne l'insorgenza². Negli Usa, il costo socio/sanitario/anno è stato valutato in oltre un miliardo di dollari³. Nella maggior parte dei casi, il MMG è il primo sanitario che viene contattato dal/la paziente o dal genitore per una valutazione del problema o per una visita specialistica.

1 • LA PATOGENESI

La patogenesi dell'acne è multifattoriale: eccessiva produzione di sebo, iperproliferazione batterica (*Cutibacterium acnes*), ipercheratinizzazione dei follicoli pilosebacei, conseguente infiammazione. Gli androgeni, il testosterone in particolare, e l'*Insulin Growth Hormone* (IGH-1) aumentano la sintesi e la secrezione di sebo. L'iperproliferazione dei cheratociti porta ad un accumulo di corneociti e grassi nel follicolo pilosebaceo.

Il *Cutinobacterium acnes* è un batterio gram+, anerobio, lipofilo, proliferante nei follicoli ricchi di sebo dove esiste un habitat anaerobico, produce una lipasi che trasforma i trigliceridi in glicerolo favorendo la formazione di comedoni ed infiammazione⁴.

2 • LA CLASSIFICAZIONE

Sono descritte diverse forme di acne (rosacea, globata, cosmetica, meccanica, etc.) ma l'*acne vulgaris* rappresenta il 99% dei casi. E' classificata in due forme: a) non-infiammatoria (comedoni aperti e chiusi), b) infiammatoria (papule, pustule, noduli e cisti)⁵.

3 • TRATTAMENTO TOPICO

Il trattamento topico è la prima scelta per l'acne leggera o moderata e si avvale dell'uso combinato di retinoidi, benzoil perossido, acido azelaico ed antibiotici.

I **retinoidi**, derivati della vitamina A, sono i più usati come prima linea di trattamento; riducono la produzione di sebo, la crescita dei comedoni, l'infiammazione, le cicatrici, l'iperpigmentazione della cute. Il trattamento deve essere prolungato per almeno 3 mesi. Gli effetti collaterali più comuni sono l'irritazione locale, l'eritema e la fotosensibilizzazione⁶.

Il **benzoil perossido** produce ossigeno libero riducendo la formazione di comedoni, ha una azione antinfiammatoria ed antibatterica, solitamente usato in combinazione con retinoidi o antibiotici per via locale. Effetti collaterali: esfoliazione, secchezza e ipersensibilità della cute, eritema⁷.

L'**acido azelaico** ha una azione antiinfiammatoria, cheratolitica, antibatterica, raramente usato in monoterapia. Gli antibiotici più usati per via topica sono la clindamicina gel al 1% e l'eritromicina crema al 2%, di solito associati a retinoidi o benzoil perossido per migliorarne l'efficacia e prevenire l'antibiotico resistenza. La durata del trattamento deve limitarsi a 12 settimane e gli affetti collaterali più comuni sono irritazione, eritema e prurito⁷.

4 • TERAPIA SISTEMICA

L'**isotretinoina** è indicata nel trattamento dell'acne severa resistente ad altre terapie. E' l'unico farmaco che agisce su tutti i fattori patogenetici dell'acne. La durata del trattamento è di 16-24 settimane. Necessita di uno stretto controllo clinico e di laboratorio per i possibili effetti collaterali: aumento degli enzimi epatici e dei grassi, disturbi psichiatrici (depressione e tendenze suicide), disturbi intestinali.

Il problema maggiore è il rischio teratogenico nelle donne in età fertile e per questo le pazienti devono eseguire un test di gravidanza prima di ogni prescrizione del farmaco, da riportare nella ricetta⁶. L'effetto

teratogeno è per i feti maschi e femmine.

Le **tetracicline** (doxiciclina e minociclina) soprattutto, vengono prescritte nelle forme severe resistenti al trattamento topico o se sono interessate vaste aree della cute. L'efficacia del trattamento con antibiotici per via sistemica dipende dalla loro capacità di penetrare nell'ambiente lipidico del follicolo pilosebaceo.

Le tetracicline sono liposolubili e quindi penetrano nel follicolo, hanno una azione antibatterica ed antiinfiammatoria e sono poco costose. L'azitromicina e le cefalosporine sono raccomandate soltanto in casi limitati per evitare l'antibiotico-resistenza. La durata del trattamento non dovrebbe superare le 12 settimane⁴.

5 • TERAPIA ORMONALE

La **terapia ormonale estro-progestinica** (EP) riduce l'attività androgenica e può essere associata allo spironolattone o agli inibitori della 5 alfa-reduttasi. Gli estrogeni comprendono l'estradiolo (E2) e l'estetrolo, estrogeni naturali, o l'etinil estradiolo (EE). I progestinici sono derivati del progesterone e si diversificano per la loro attività pro o antiandrogenica, appartengono a 4 generazioni: 1) noretindrone; 2) levonogestrel, norgestrel; 3) desogestrel; 4) drospirenone⁸. La prescrizione di una EP non richiede accertamenti clinici ma è sufficiente una corretta anamnesi per accertare eventuali controindicazioni (**Tabella 1**).

L'uso della EP aumenta il rischio di trombo-embolismo venoso (TEV) rispetto alle donne non in gravidanza che non assumono contraccettivo orale. Il rischio aumenta con l'uso di alcuni progestinici rispetto ad altri: il drospirenone ha un rischio 1.5-2.0 volte maggiore rispetto al levonogestrel. Così come gli estrogeni naturali hanno un 33% di rischio di TEV in meno rispetto all'EE8. Potenziali effetti collaterali sono: irregolarità del ciclo mestruale (10.5%), cefalea (8.6%), nausea (6.4%)⁹.

Di contro, riducono il rischio di gravidanze indesiderate, la sindrome pre-mestruale e la cefalea ad essa collegata, i dolori pelvici; la caduta dei capelli e l'irsutismo nelle pazienti con policistosi ovarica. Nelle adolescenti, l'uso di EP può ridurre il picco di massa ossea che normalmente si raggiunge tra i 16 e 19 anni⁹.

Lo **spironolattone**, 50-100 mg/die, è la prima scelta terapeutica nelle donne con acne; associato ad un EP riduce del 75% le lesioni grazie alle sue proprietà antiandrogeniche, bloccando i recettori della 5-alfa-reduttasi nella ghiandola sebacea e riducendo la produzione del testosterone¹⁰.

Gli effetti collaterali sono veramente pochi

Tabella 1 - Controindicazioni all'uso di terapia estro-progestinica	
Storia di emicrania con aura	
Età > 35 anni	
Fumatrice > di 15 sigarette/die	
Ipertensione arteriosa	
Anamnesi personale o familiare di TVP	
Gravidanza	
Neoplasia della mammella	
Epatopatia	

tanto che soltanto il 15% delle pazienti sospende il trattamento¹⁰. La ginecomastia negli uomini e la tensione mammaria nelle donne è presente nel 10% circa dei trattati ed è dose dipendente. Non esiste alcuna correlazione con il cancro della mammella. E' controindicato nella insufficienza renale, nella malattia di Addison e nella insufficienza cardiaca. In condizioni normali, il rischio di iperkaliemia è presente soltanto nello 0.7% dei casi⁸. Gli **inibitori della 5-alfa-reduttasi**, da soli nel maschio ed in associazione a EP nella donna per possibili malformazioni fetali in caso di gravidanza, riducono i livelli di diidrotestosterone e, quindi, della produzione di sebo a livello della cute e del cuoio capelluto. La dutasteride, 0.5 mg/die è più efficace della finasteride ed il suo uso è stato approvato per l'alopecia nell'uomo e nella donna. Gli effetti collaterali, soprattutto nel maschio con riduzione della libido e disfunzione erettile, riguardano il 10% circa dei trattati e tendono a diminuire nel tempo¹⁰.

CONCLUSIONI

L'acne è una condizione infiammatoria della cute piuttosto comune nell'ambulatorio del MMG, che può causare frequentemente depressione e disagio sociale. L'impatto sulla qualità della vita è simile a quello di altre patologie croniche come l'asma, la psoriasi e l'artrite. La terapia di associazione, sistemica e topica, garantisce i migliori risultati soprattutto nelle forme più severe. Per valutare l'efficacia di un trattamento, la durata dovrebbe essere minimo di 8 settimane, salvo effetti collaterali. Se il quadro clinico non migliora sarà opportuno inviare il paziente allo specialista.

Bibliografia

1. Hazarika N, et al. Acne vulgaris: new evidence in pathogenesis and future modalities of treatment. *J Dermatol Treat* 2021;32:277-85
2. Ogè LK, et al. Acne vulgaris: diagnosis and treatment. *Am Fam Phys* 2019;100:475-84
3. Reynolds RV, et al. Guidelines of care for the management of acne vulgaris. *Am Acad Dermatol* 2024; 90:1006.
4. Vasam M, et al. Acne vulgaris: a review of the pathophysiology, treatment, and recent nanotechnology based advances. *Biochem Biophys Rep* 2023;36:101578.
5. Greydanus DE, et al. Acne in the first three decades of life: an update of a disorder with profound implications for all decades of life. *Dis Mon* 2021;67:101103
6. Tan AU, et al. A review of diagnosis and treatment of acne in adult female patients. *Int J Womens Dermatol* 2017;4:56-71.
7. Kosmadaki M, et al. Topical treatment for acne. *Clin Dermatol* 2017;35:173-8
8. Smith CA, et al. Hormonal therapies for acne: comprehensive update for dermatologist. *Dermatol Ther* 2025;15:45-9.
9. Goshtasebi A, et al. Adolescent use of combine Hormonal contraception and peak bone mineral density accrual: a meta-analysis of international prospective controlled studies. *Clin Endocrinol* 2019;50:517-24
10. Ito T, et al. Dual effects of 5-alfa-reductase inhibitor dutasteride on androgenic alopecia and acne vulgaris. *Dermatol Sin* 2019;37:237-8