



# Evidências sobre o tratamento da acne

Caroline Sousa Costa<sup>1</sup>, Ediléia Bagatin<sup>II</sup>

Centro Cochrane do Brasil e Departamento de Dermatologia da Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp)

## INTRODUÇÃO

A conduta terapêutica inicial na acne vulgar deve levar em conta a gravidade clínica do tipo de lesão, ou seja, se há predomínio de lesões inflamatórias ou comedonianas. A classificação da acne vulgar quanto à gravidade das lesões em leve (comedoniana ou papulo-pustulosa), moderada (papulo-pustulosa ou nodular) e grave (nódulo-cística ou conglobata) mostra-se útil na determinação da terapêutica a ser escolhida e foi adotada nos algoritmos terapêuticos de consensos internacionais mais recentes.<sup>1-5</sup>

Muitas terapias amplamente praticadas na dermatologia clínica carecem de respaldo em estudos de melhor nível de evidência científica. O Instituto de Medicina dos Estados Unidos coloca pesquisas comparativas de eficácia no tratamento da acne entre as 100 prioridades científicas da área naquele país.<sup>6</sup>

## OBJETIVO

O objetivo desta revisão narrativa é apresentar o que há de mais recente em termos de evidências científicas de boa qualidade no tratamento tópico e sistêmico da acne vulgar. São enfatizadas as informações de revisões sistemáticas e de ensaios clínicos com bom desenho metodológico, controlados e randomizados.

## MÉTODOS

Foi realizada busca sistematizada nas principais bases de dados por estudos relacionados ao tratamento da acne no período compreendido entre os anos de 2001 e 2011, utilizando descritores em saúde ou termos relacionados ao assunto em questão (Tabela 1).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Terapêutica tópica da acne vulgar

As drogas de utilização tópica mostram-se efetivas na prática clínica para o tratamento da acne leve em monoterapia (exceto os antibióticos) ou em associações entre si e/ou com medicações sistêmicas. Há várias opções terapêuticas tópicos disponíveis para a acne, com diferentes modos de ação. Embora sejam

mais efetivas do que placebo na acne leve, ainda não há uma única estratégia terapêutica tópica inicial e de manutenção bem validada por evidências científicas consistentes.<sup>3-6</sup>

### *Peróxido de benzoila (PB)*

O peróxido de benzoila (PB) é usado nas formas moderadas e graves de acne de forma isolada ou, preferencialmente, em combinações fixas ou sequenciais com retinoides tópicos, ácido azelaico, antibióticos tópicos ou antibióticos sistêmicos.<sup>1,2,5</sup> Utiliza-se, ainda, em mulheres com acne moderada a grave que estão em tratamento hormonal sistêmico antiandrogênico.<sup>5</sup> Pode também ser administrado em monoterapia na conduta inicial diante da acne leve papulo-pustulosa. Essa estratégia para casos leves com predomínio de pápulas e pústulas aparece preferencialmente recomendada nos consensos mais atuais britânicos e germânicos. O embasamento para a recomendação está no menor custo e no histórico mais longo em relação aos registros de segurança e eficácia do PB quando comparado aos retinoides tópicos.<sup>2,5-8</sup>

O PB é droga de venda livre. A atividade antimicrobiana com redução da colonização dos folículos pilosos pelo *Propionibacterium acnes* constitui seu principal mecanismo de ação, embora também atue de forma discreta na redução da inflamação e da hiperqueratinização folicular.<sup>5,6</sup> Ao contrário da antibioticoterapia a longo prazo, o uso do PB não induz resistência bacteriana.<sup>1,5</sup>

A monoterapia com PB funciona tão bem quanto a associação do PB a antibióticos tópicos ou orais.<sup>9</sup> Seidler e Kimball, em 2010, realizaram uma metanálise com o intuito de comparar a eficácia do PB associado a ácido salicílico ou à clindamicina com clindamicina tópica isolada e com PB isolado. Os resultados mostraram uma discreta maior eficácia das associações de PB em relação à droga isolada, uma diferença significativa, porém, pouco provável de ser clinicamente importante.<sup>10</sup>

Concentrações menores do PB são recomendadas, pois produzem menor irritação local, principal efeito adverso da medicação. Em uma revisão sistemática (RS), Fakhouri e cols., em

<sup>1</sup>Doutoranda do Programa de Medicina Interna e Terapêutica da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Médica dermatologista do Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS do Governo do Estado de São Paulo.  
<sup>II</sup>Doutora em Dermatologia pela Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp). Professora adjunta do Departamento de Dermatologia da Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp).

Tabela 1. Busca sistematizada por evidências em tratamento da acne vulgar realizada em 5 de agosto de 2012

Base de dados	Estratégia de busca	Resultados iniciais	Estudos selecionados para citação na revisão	
			Revisões sistemáticas	Ensaio clínico randomizado e controlado
PubMed	"Acne Vulgaris" [Mesh]	2.915	17 (de 113)	6 (de 305)
Cochrane Library	"Acne Vulgaris" [Mesh]	737	8 (de 21)	6 (de 705)
Lilacs	mh: "acne vulgar"	271	0 (de 0)	0 (de 8)
Embase	'acne vulgaris'/exp	2.064	9 (de 39)	6 (de 212)

2009, concluíram que a eficácia é similar nas concentrações de 2,5%, 5% e 10% e pode ser aumentada com o acréscimo de vitamina E e de aminas terciárias à formulação, assim como pela associação aos retinoides tópicos. Segundo os autores, novos mecanismos de liberação da droga aumentam a tolerabilidade sem diminuir a eficácia.<sup>8,11</sup>

### Retinoides tópicos

Os retinoides são derivados da vitamina A que previnem a formação dos comedões por meio da normalização da descamação do epitélio folicular. Também apresentam alguma ação anti-inflamatória. Os retinoides estão contraindicados em gestantes, e as mulheres em idade fértil devem utilizar métodos contraceptivos eficazes concomitantemente ao tratamento com essas drogas. Os principais retinoides utilizados topicamente no tratamento da acne são: tretinoína, adapaleno e tazaroteno; o último não disponível atualmente no Brasil.<sup>6,12</sup> Os retinoides tópicos são indicados como monoterapia na acne leve (comedoniana e pápulo-pustulosa) e no tratamento de manutenção após o controle da doença. Nas formas moderadas e graves, são utilizados em combinações fixas ou sequenciais com PB, ácido azelaico e/ou antibióticos tópicos ou sistêmicos. Também estão recomendados para mulheres com acne moderada e grave que estão em tratamento hormonal sistêmico antiandrogênico.<sup>5</sup>

Há vários ensaios clínicos randomizados e controlados (ECRCs) que comparam os retinoides tópicos com placebo e demonstram a eficácia e a tolerabilidade, mas ainda são necessários mais estudos que comparem os retinoides tópicos entre si e com outras drogas do arsenal terapêutico da acne.<sup>6</sup> No geral, todos os retinoides tópicos são efetivos em reduzir o número de comedões e lesões inflamatórias numa ordem de 40% a 70%. Dados de ECRCs sugerem que os retinoides tópicos em concentrações mais altas têm uma eficácia melhor, mas com risco de maior irritação. O adapaleno parece ter menor potencial irritativo e melhor tolerância quando comparado a tretinoína e ao tazaroteno, e o tazaroteno parece mais eficaz.<sup>12</sup>

Cunliffe e cols., em 1998, numa metanálise de cinco ECRCs, multicêntricos e com cegamento do investigador, compararam a eficácia do adapaleno a 0,1% gel com a tretinoína a 0,05% gel e demonstrou que o adapaleno produz resposta terapêutica melhor e com menor ocorrência de irritação da pele.<sup>13</sup>

Uma RS investigou se o uso dos retinoides tópicos pode causar piora temporária paradoxal das lesões no início do tratamento, um dogma até então muito difundido entre os dermatologistas norte-americanos. Os autores analisaram oito estudos que não encontraram evidência da piora e apenas um estudo sugeriu discreta deterioração do quadro clínico da acne precocemente ao longo do tratamento. Os autores confirmam que os retinoides tópicos causam irritação da pele, mas que há desenvolvimento de boa tolerância ao tratamento ao longo dos dois a três primeiros meses de tratamento.<sup>11,14,15</sup>

### Antibióticos tópicos

Os antibióticos tópicos mais comumente utilizados no tratamento da acne são a clindamicina e a eritromicina. Melhoram a acne devido à supressão da proliferação da bactéria *Propionibacterium acnes* nos folículos pilosos afetados, com redução da inflamação local.<sup>6,12</sup> A monoterapia tópica com antibióticos na acne é contraindicada, devido à possibilidade de indução de resistência bacteriana, a qual se relaciona a piores respostas terapêuticas e ao relativamente lento início de ação quando comparada a outros esquemas antimicrobianos utilizados na terapêutica da acne.<sup>1,4,9,12</sup> Simonart e Draimax, em 2008, numa RS, analisaram ECRCs de intervenções terapêuticas para a acne e concluíram que há uma diminuição gradual de eficácia da eritromicina ao longo dos últimos anos, o que provavelmente se relaciona ao surgimento de cepas resistentes de *Propionibacterium acnes*.<sup>16</sup> A terapia com antibióticos tópicos é recomendada na acne leve ou moderada e sempre em associação com retinoides tópicos, PB ou ácido azelaico. Prestam-se, ainda, ao uso combinado com o tratamento sistêmico hormonal antiandrogênico na acne moderada das mulheres.<sup>5</sup>

Eritema, descamação, ressecamento e ardor podem surgir durante o tratamento com os antibióticos tópicos.<sup>3</sup> Entre as principais contraindicações e limitações ao uso estão a gestação e a amamentação para a clindamicina tópica e o risco de hepatotoxicidade para a eritromicina quando aplicada a áreas mais extensas da pele em pacientes com função hepática anormal.<sup>5</sup>

### Outras terapias tópicas

O ácido salicílico é utilizado há muitos anos no tratamento da acne e compõe várias preparações farmacêuticas tópicas

disponíveis atualmente para venda sem prescrição. Possui ação esfoliativa, ceratolítica e comedolítica, mas não há evidências consistentes que corroborem o uso rotineiro em preferência a nenhum outro tratamento tópico. Quanto à eficácia, é inferior aos retinoides tópicos e somente está recomendado para pacientes que eventualmente não tolerem a irritação decorrente da ação dos retinoides.<sup>4,6</sup>

Ainda há limitações quanto à qualidade de evidência científica disponível em relação ao uso de certos agentes tópicos no manejo da acne, entre eles enxofre, resorcinol, sulfacetamida sódica, cloreto de alumínio e zinco.<sup>4,6</sup> Com ação principalmente comedolítica, antibacteriana e discreta atividade anti-inflamatória, o ácido azelaico tem eficácia comprovada na acne. Os efeitos colaterais mais comuns são irritação local, com eritema, prurido, ardência e leve descamação, os quais tendem a desaparecer após quatro semanas de tratamento.<sup>17-19</sup> É possível indicá-lo nas mesmas formas clínicas de acne e condições de tratamento já citadas para os retinoides tópicos, com a diferença que o emprego do ácido azelaico em gestantes e lactantes não oferece riscos.<sup>5</sup>

#### *Combinações de terapias tópicas*

Há evidência a partir de ECRCs de que as associações de duas drogas tópicas com diferentes mecanismos de ação são mais eficazes na resolução da acne do que o uso isolado.<sup>20-22</sup> As apresentações tópicas com a associação de dois agentes antiacne (exemplo: retinoide tópico ou PB + antibiótico tópico ou retinoide tópico + PB) estão recomendadas como primeira escolha no tratamento da acne papulosa ou papulo-pustulosa leve a moderada.<sup>1,5,20</sup> As combinações de agentes tópicos aumentam a aderência ao tratamento devido à conveniência da posologia, especialmente no caso das apresentações de uso único diário, e ao início de ação mais rápido. Além disso, devido à maior eficácia quando comparadas à monoterapia tópica, também promovem maior melhora na qualidade de vida dos pacientes com acne vulgar leve a moderada.<sup>22-25</sup>

#### *Terapêutica sistêmica da acne vulgar*

O uso de medicações orais no tratamento da acne vulgar destina-se aos casos moderados a graves ou refratários à terapia tópica.<sup>6,11,13</sup>

#### *Antibióticos orais*

Os antibióticos orais estão entre os agentes de primeira escolha na acne grave e nos casos moderados com lesões inflamatórias que acometem áreas extensas da pele, principalmente o tronco. Também podem ser empregados em casos de acne inflamatória leve a moderada que não respondem plenamente à terapia tópica. Atuam por meio da redução da colonização bacteriana e da inflamação nos folículos afetados.<sup>1,4,5,12</sup> Apesar da efetividade na redução do número de lesões inflamatórias, nenhum antibiótico oral clareia a acne completamente.<sup>6</sup>

Antibióticos orais devem sempre ser associados aos retinoides tópicos, PB, ácido azelaico e/ou medicações antiandrogênicas, no caso das mulheres, devido à possibilidade de desenvolvimento de resistência bacteriana. A questão torna-se mais importante quando se administram antibióticos orais por longos períodos e/ou em baixas doses, e é contraindicado o uso concomitante de antibiótico tópico e oral.<sup>1,5,26,27</sup>

Não há evidência conclusiva de que um antibiótico possa ser mais efetivo do que outro, inclusive entre as tetraciclina de primeira e de segunda geração que compõem as opções preferenciais de antibioticoterapia oral para a acne. A minociclina, no entanto, dentre as tetraciclina, tem maior potencial de efeitos adversos e maior custo.<sup>9,28,29</sup> A escolha do antibiótico oral deve basear-se na preferência do paciente, no padrão de efeitos adversos e no custo.<sup>6</sup>

#### *Contraceptivos orais e antiandrógenos*

Os contraceptivos orais combinados (COCs) suprimem a atividade da glândula sebácea e reduzem a formação de andrógenos ovarianos e adrenais. A terapia hormonal antiandrogênica com COCs deve ser usada precocemente em mulheres com acne moderada a grave.<sup>1,3,5</sup> Há boas evidências, segundo uma RS Cochrane, de que COCs não diferem muito entre si quanto à eficácia na redução de lesões inflamatórias e não inflamatórias faciais. No entanto, não é ainda possível afirmar o quanto os COCs são efetivos no tratamento da acne se comparados a outras terapêuticas.<sup>30</sup> Não há evidência da efetividade da espirolactona no tratamento da acne, segundo RS Cochrane.<sup>31</sup> Nenhuma das preparações comerciais com espirolactona atualmente disponíveis no Brasil e no mundo é aprovada para uso no tratamento da acne, o que também se verifica em relação à flutamida, droga proscrita no tratamento da acne em decorrência dos efeitos adversos, especialmente a insuficiência hepática aguda.<sup>4,5</sup>

#### *Isotretinoína oral*

Apenas a isotretinoína oral apresenta mecanismo de ação que atua sobre todos os mecanismos etiopatogênicos relacionados à acne vulgar. É a medicação contra a acne mais efetiva disponível e promove a cura clínica em 85% dos casos. A isotretinoína está indicada em casos graves, resistentes às demais terapias, e pacientes com tendência à formação de cicatrizes ou com importante impacto psicossocial.<sup>1,5</sup> Ainda se fazem necessárias evidências científicas consistentes acerca do uso precoce em casos moderados, principalmente devido aos efeitos adversos graves relacionados à isotretinoína, entre eles, a teratogenicidade, e o possível risco de surgimento de doença inflamatória intestinal, depressão e suicídio, até hoje não confirmados em estudos populacionais.<sup>32-37</sup>

#### *Lasers, fontes de luz e terapia fotodinâmica*

Há na literatura boa evidência de que vários tratamentos com fontes de luz podem melhorar a acne inflamatória em curto

prazo, sendo que a terapia fotodinâmica apresenta resultados mais consistentes em comparação aos demais. No entanto, ainda não há evidência consistente quanto à resposta terapêutica a longo prazo e em relação às terapias convencionais da acne.<sup>38,39</sup>

### Medicações alternativas e complementares (MACs):

Tratamentos alternativos com ervas, *Aloe vera*, piridoxina, ácidos derivados de frutas, óleo de melaleuca, acupuntura e moxabustão apresentam uso ainda limitado ao empirismo. São necessários mais estudos clínicos e bem conduzidos para que se definam adequadamente a eficácia e a segurança das terapêuticas alternativas.<sup>6,40</sup>

### CONCLUSÃO

Há um grande número de produtos comerciais disponíveis para o tratamento da acne e, entre eles, várias combinações de diferentes drogas. Sabe-se que não existem, até o momento, estudos comparativos suficientes para gerar evidência de boa qualidade em relação ao arsenal terapêutico da acne. Este fato parece ser o motivo de os consensos internacionais mostrarem algumas diferenças quanto às suas recomendações e de não apresentarem completo embasamento em evidências científicas consistentes. Restringem-se, em alguns aspectos da terapêutica da acne, à opinião de especialistas, muitos dos quais declaram conflitos de interesses potencialmente relevantes.

### REFERÊNCIAS

- Thiboutot D, Gollnick H, Bettoli V, et al. New insights into the management of acne: an update from the Global Alliance to Improve Outcomes in Acne group. *J Am Acad Dermatol*. 2009;60(5 Suppl):S1-50.
- National Institute of health and Clinical Excellence. Clinical Knowledge Summaries. Acne vulgaris – Management. Which scenario? Disponível em: [http://www.cks.nhs.uk/acne\\_vulgaris](http://www.cks.nhs.uk/acne_vulgaris). Acessado em 2012 (30 ago).
- Gollnick H, Cunliffe W, Berson D, et al. Management of acne: a report from a Global Alliance to Improve Outcomes in Acne. *J Am Acad Dermatol*. 2003;49(1 Suppl):S1-37.
- Strauss JS, Krowchuk DP, Leyden JJ, et al. Guidelines of care for acne vulgaris management. *J Am Acad Dermatol*. 2007;56(4):651-63.
- Nast A, Bayerl C, Borelli C, et al. S2k-leitlinie zur therapie der akne [S2k-guideline for therapy of acne]. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2010;8 Suppl 2:s1-59.
- Williams HC, Dellavalle RP, Garner S. Acne vulgaris. *Lancet*. 2012;379(9813):361-72.
- Food and Drug Administration, HHS. Classification of benzoyl peroxide as safe and effective and revision of labeling to drug facts format; topical acne drug products for over-the-counter human use; final rule. *Fed Regist*. 2010;75(42):9767-77.
- Fakhouri T, Yentzer BA, Feldman SR. Advancement in benzoyl peroxide-based acne treatment: methods to increase both efficacy and tolerability. *J Drugs Dermatol*. 2009;8(7):657-61.
- Ozolsins M, Eady EA, Avery AJ, 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.
- Seidler EM, Kimball AB. Meta-analysis comparing efficacy of benzoyl peroxide, clindamycin, benzoyl peroxide with salicylic acid, and combination benzoyl peroxide/clindamycin in acne. *J Am Acad Dermatol*. 2010; 63(1):52-62.
- 2010 Annual Evidence Update on Acne Vulgaris. <http://www.nottingham.ac.uk/scs/documents/documentsdivisions/documentsdermatology/methodologicalresources/2010-annual-evidence-update-on-acne-vulgaris.pdf>. Acessado em 2012 (30 ago).
- Haider A, Shaw JC. Treatment of acne vulgaris. *JAMA*. 2004;292(6):726-35.
- Cunliffe WJ, Poncet M, Loesche C, Verschoore M. A comparison of the efficacy and tolerability of adapalene 0.1% gel versus tretinoin 0.025% gel in patients with acne vulgaris: a meta-analysis of five randomized trials. *Br J Dermatol*. 1998;139 Suppl 52:48-56.
- Yentzer BA, McClain RW, Feldman SR. Do topical retinoids cause acne to "flare"? *J Drugs Dermatol*. 2009;8(9):799-801.
- Smith EV, Grindlay DJ, Williams HC. What's new in acne? An analysis of systematic reviews published in 2009-2010. *Clin Exp Dermatol*. 2011;36(2):119-22; quiz 123.
- Simonart T, Dramaix M. Treatment of acne with topical antibiotics: lessons from clinical studies. *Br J Dermatol*. 2005;153(2):395-403.
- Iraji F, Sadeghinia A, Shahmoradi Z, Siadat AH, Jooya A. Efficacy of topical azelaic acid gel in the treatment of mild-moderate acne vulgaris. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2007;73(2):94-6.
- Gollnick HP, Graupe K, Zaumseil RP. 5% Azelainsäuregel in der Behandlung der Akne. Zwei doppelblinde klinische Vergleichsstudien [Azelaic acid 15% gel in the treatment of acne vulgaris. Combined results of two double-blind clinical comparative studies]. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2004;2(10):841-7.
- Graupe K, Cunliffe WJ, Gollnick HP, Zaumseil RP. Efficacy and safety of topical azelaic acid (20 percent cream): an overview of results from European clinical trials and experimental reports. *Cutis*. 1996;57(1 Suppl):20-35.
- Webster GF. Evidence-based review: fixed-combination therapy and topical retinoids in the treatment of acne. *J Drugs Dermatol*. 2011;10(6):636-44.
- Thiboutot D, Zaenglein A, Weiss J, et al. An aqueous gel fixed combination of clindamycin phosphate 1.2% and benzoyl peroxide 2.5% for the once-daily treatment of moderate to severe acne vulgaris: assessment of efficacy and safety in 2813 patients. *J Am Acad Dermatol*. 2008;59(5):792-800.
- Gollnick HP, Draelos Z, Glenn MJ, et al. Adapalene-benzoyl peroxide, a unique fixed-dose combination topical gel for the treatment of acne vulgaris: a transatlantic, randomized, double-blind, controlled study in 1670 patients. *Br J Dermatol*. 2009;161(5):1180-9.
- Yentzer BA, Ade RA, Fountain JM, et al. Simplifying regimens promotes greater adherence and outcomes with topical acne medications: a randomized controlled trial. *Cutis*. 2010;86(2):103-8.
- Guerra-Tapia A. Effects of benzoyl peroxide 5% clindamycin combination gel versus adapalene 0.1% on quality of life in patients with mild to moderate acne vulgaris: a randomized single-blind study. *J Drugs Dermatol*. 2012;11(6):714-22.
- Keating GM. Adapalene 0.1%/benzoyl peroxide 2.5% gel: a review of its use in the treatment of acne vulgaris in patients aged ≥ 12 years. *Am J Clin Dermatol*. 2011;12(6):407-20.
- Eady AE, Cove JH, Layton AM. Is antibiotic resistance in cutaneous propionibacteria clinically relevant?: implications of resistance for acne patients and prescribers. *Am J Clin Dermatol*. 2003;4(12):813-31.
- Patel M, Bowe WP, Heughebaert C, Shalita AR. The development of antimicrobial resistance due to the antibiotic treatment of acne vulgaris: a review. *J Drugs Dermatol*. 2010;9(6):655-64.
- 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.
- Garner SE, Eady EA, Popescu C, Newton J, Li WA. Minocycline for acne vulgaris: efficacy and safety. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(1):CD002086.
- Arowojolu AO, Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA. Combined oral contraceptive pills for treatment of acne. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;7:CD004425.
- Brown J, Farquhar C, Lee O, Toomath R, Jepson RG. Spironolactone versus placebo or in combination with steroids for hirsutism and/or acne. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(2):CD000194.

32. Bernstein CN, Nugent Z, Longobardi T, Blanchard JF. Isotretinoin is not associated with inflammatory bowel disease: a population-based case-control study. *Am J Gastroenterol*. 2009;104(11):2774-8.
33. Crockett SD, Porter CO, Martin CF, Sandler RS, Kappelman MD. Isotretinoin use and the risk of inflammatory bowel disease: a case-control study. *Am J Gastroenterol*. 2010;105(9):1986-93.
34. Marqueling AL, Zane LT. Depression and suicidal behavior in acne patients treated with isotretinoin: a systematic review. *Semin Cutan Med Surg*. 2005;24(2):92-102.
35. Sundström A, Alfredsson L, Sjölin-Forsberg G, et al. Association of suicide attempts with acne and treatment with isotretinoin: retrospective Swedish cohort study. *BMJ*. 2010;341:c5812.
36. Kontaxakis VP, Skourides D, Ferentinos P, Havaki-Kontaxaki BJ, Papadimitriou GN. Isotretinoin and psychopathology: a review. *Ann Gen Psychiatry*. 2009;8:2.
37. Costa CS, Bagatin E, da Silva EMK, et al. Oral isotretinoin for acne. *The Cochrane Library*. 2011;(11):CD009435. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009435/abstract>. Acessado em 2012 (31 ago).
38. Hamilton FL, Car J, Lyons C, et al. Laser and other light therapies for the treatment of acne vulgaris: systematic review. *Br J Dermatol*. 2009;160(6):1273-85.
39. Riddle CC, Terrell SN, Menser MB, Aires DJ, Schweiger ES. A review of photodynamic therapy (PDT) for the treatment of acne vulgaris. *J Drugs Dermatol*. 2009;8(11):1010-9.
40. Magin PJ, Adams J, Pond CD, Smith W. Topical and oral CAM in acne: a review of the empirical evidence and a consideration of its context. *Complement Ther Med*. 2006;14(1):62-76.

## INFORMAÇÕES

### Endereço para correspondência:

Caroline Sousa Costa  
Rua Doutor Jose Estéfano, 80 – apto 42  
Jardim Vila Mariana – São Paulo (SP)  
CEP 04116-060  
Tel: (11) 5575-8558  
E-mail: carolinescosta2@terra.com.br

Fonte de fomento: nenhuma declarada

Conflito de interesse: nenhum declarado

Data de entrada: 6 de agosto de 2012

Data da última modificação: 10 de setembro de 2012

Data de aceitação: 12 de setembro de 2012

## PALAVRAS-CHAVE:

Acne vulgar.

Terapêutica.

Medicina baseada em evidências.

Antibacterianos.

Isotretinoína.

## RESUMO

Na terapêutica atual da acne vulgar, muitas opções amplamente praticadas carecem de respaldo em estudos de melhor nível de evidência científica. O objetivo desta revisão narrativa é apresentar o que há de mais recente no tratamento tópico e sistêmico da acne vulgar. São enfatizadas as informações de revisões sistemáticas e de ensaios clínicos com bom desenho metodológico, obtidas a partir de busca sistematizada nas principais bases de dados em medicina. Há importantes questões referentes à conduta clínica diante da acne que ainda requerem embasamento em evidências científicas consistentes, entre elas: a dose e a duração ideais do tratamento com antibióticos orais, sem que ocorra indução de resistência bacteriana, e a segurança da isotretinoína oral.