

Acne fulminans incapacitante^{*}

Disabling Acne Fulminans

Tiago Pina Zanelato¹
Célia Antônia Xavier de Moares Alves²
Paulo Rowilson Cunha⁴

Gabriela Maria Abreu Gontijo¹
Jacqueline Campoi Calvo Lopes Pinto³

Resumo: Acne fulminans é uma manifestação rara, que pode ocorrer durante a evolução da acne vulgar, principalmente, em adolescentes masculinos. Uso de isotretinoína, testosterona, e reações imunológicas exacerbadas no organismo são desencadeantes relacionados. Sinais, sintomas e alterações laboratoriais como: febre, hepatomegalia, poliartralgia, leucocitose, plaquetose, aumento de provas inflamatórias e transaminases, são característicos. A cintilografia óssea pode detectar lesões líticas em vários sítios do esqueleto. O tratamento é realizado com prednisolona, isotretinoína e antibióticos se infecções secundárias. Este caso relata um paciente masculino com diagnóstico de acne grau III, que desenvolveu acne fulminans e sacroileíte bilateral, com incapacidade de deambulação após início de terapia com isotretinoína.

Palavras-chave: Artralgia; Isotretinoína; Prednisona

Abstract: Acne fulminans is a rare manifestation that may occur during the evolution of acne vulgaris primarily in male adolescents. Use of isotretinoin, testosterone, and exacerbated immune responses in the body are related triggers. Signs, symptoms and laboratory findings such as fever, hepatomegaly, polyarthralgia, leukocytosis, plaquetose, increased inflammatory markers and transaminases, are characteristic. A bone scan can detect osteolytic lesions in multiple skeletal sites. The treatment is performed with prednisolone, isotretinoin and antibiotics if secondary infection is present. This case describes a male patient with a diagnosis of grade III acne, who developed acne fulminans and bilateral sacroiliitis with inability to ambulate, after initiation of therapy with isotretinoin.

Keywords: Arthralgia; Isotretinoin; Prednisone

INTRODUÇÃO

A acne fulminans é uma manifestação grave, muito rara, que pode ocorrer durante a evolução da acne vulgar. Sinônimos como: acne maligna, acne conglobata ulcerativa febril foram substituídos pelo termo acne fulminans descrito, em 1975, por Plewig e Kligman.¹ Manifesta-se, principalmente, em adolescentes, do sexo masculino, de 13 a 16 anos, com acne leve a moderada.² Sua etiologia ainda não é completamente elucidada. A hereditariedade, as reações imu-

nológicas exacerbadas, as infecções bacterianas e o uso de algumas drogas, tais quais: isotretinoína, tetraciclina e testosterona, podem ser fatores desencadeantes.^{2,3,4} É proposto que, nos ossos e na pele, alguns antígenos encontrados possuam semelhança com antígenos bacterianos e através de uma reação imune de hipersensibilidade, causem as lesões ósseas.⁵ Há descrições de casos relacionados à doença de Crohn e após infecção por sarampo.^{6,7}

Recebido em 05.10.2010.

Aprovado pelo Conselho Consultivo e aceito para publicação em 21.10.2010.

^{*} Trabalho realizado no Departamento de dermatologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ) – Jundiaí (SP), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum / Conflict of interest: None

Suporte financeiro: Nenhum / Financial funding: None

¹ Médico (a) residente do serviço de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ) – Jundiaí (SP), Brasil.

² Médica dermatologista - Professora assistente do serviço de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ) – Jundiaí (SP), Brasil.

³ Médica dermatologista - Professora colaboradora do serviço de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ) – Jundiaí (SP), Brasil.

⁴ Professor titular e chefe do serviço de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ). Professor livre docente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) – São Paulo (SP), Brasil.

Manifestam-se em pacientes previamente diagnosticados com acne leve a moderada, com desenvolvimento abrupto de múltiplas pápulas, placas, nódulos hemorrágicos, ulcerações com fundo necrótico, que evoluem para cicatrizes extensas.² Acometem a face, o tórax, o dorso e, raramente, as coxas. Os sinais e os sintomas como: febre, hepatoesplenomegalia, poliartralgias, poliartrites, (principalmente em grandes articulações), eritema nodoso, mialgia, anorexia, e perda de peso podem estar presentes.^{8,9}

Aos exames complementares, há frequentemente leucocitose, trombocitose, anemia, hematúria microscópica, aumento da velocidade de hemossedimentação, proteína C reativa e alteração de enzimas hepáticas.⁹ A cintilografia óssea pode detectar lesões inflamatórias e líticas com aumento da captação do radioindicador.¹⁰

O tratamento é realizado com prednisolona, com redução gradual da dose e introdução concomitante ou posterior de isotretinoína.^{2,9,11} Podem ser associados antibióticos sistêmicos para controle de infecções secundárias e cuidados locais das lesões com compressas e emolientes.

RELATO DO CASO

Os autores relatam o caso de paciente masculino, 14 anos, pardo, com acne grau III, em uso de tetraciclina, há dois meses sem melhora. Após 12 dias do início de isotretinoína (0,5mg/kg/dia) associada à prednisona (0,1mg/kg/dia), houve piora da acne, com desenvolvimento repentino de lesões úlcero-necróticas na face, dorso e tórax (Figuras 1 e 2). Referia febre, dor intensa no gradil costal, quadril e membros inferiores, com incapacidade de deambulação e uso



FIGURA 1: Pápulas, pústulas, nódulos confluentes e lesões úlcero-necróticas na face

de cadeira de rodas. Nos exames laboratoriais; leucocitose: 20490/mm³, (sem desvio à esquerda); plaquetose: 849000/mm³; proteína C reativa: 93,4mg/dl; VHS: 30mm; gama-glutamil-transferase: 175U/l (normal < 30U/l); transaminases e bilirrubinas normais; HLA B27, FAN, e hemoculturas negativas. Os exames de imagem (radiografia simples, ultrassonografia e tomografia computadorizada de pelve) sem alterações. Cintilografia óssea com evidência de sacroileíte bilateral e múltiplos processos ósteo-articulares, com atividade óssea anormal, em articulações esterno-claviculares, escápulo-umerais, costochondrais, mandíbula, tornozelos, e coluna lombar (Figura 3). O paciente foi internado, com suspensão da isotretinoína, e medicado com prednisona (0,5mg/kg/dia), acetaminofeno (500mg), quatro vezes ao dia, associado à sulfametoxazol-trimetoprima (800/160mg), duas vezes ao dia, para controle de infecção secundária. Apresentou melhora das lesões cutâneas, com retorno da capacidade de deambulação em 15 dias. Reintroduzida a isotretinoína (0,2mg/kg/dia), passados 30 dias da sua suspensão. Após dois meses, foi aumentada a dose da isotretinoína para (0,5mg/kg/dia), com redução gradual do corticóide. (Figuras 4 e 5).

DISCUSSÃO

O caso relatado representa tipicamente acne fulminans, manifestação rara com poucos casos descritos na literatura. A evolução da acne moderada, em paciente jovem e masculino, para lesões úlcero-necróticas na face, dorso e tórax com febre, poliartralgia, alterações laboratoriais e cintilográficas são características desta doença. Neste caso, relacionamos o início da terapia com isotretinoína como fator desencadean-



FIGURA 2: Lesões úlcero-necróticas no dorso

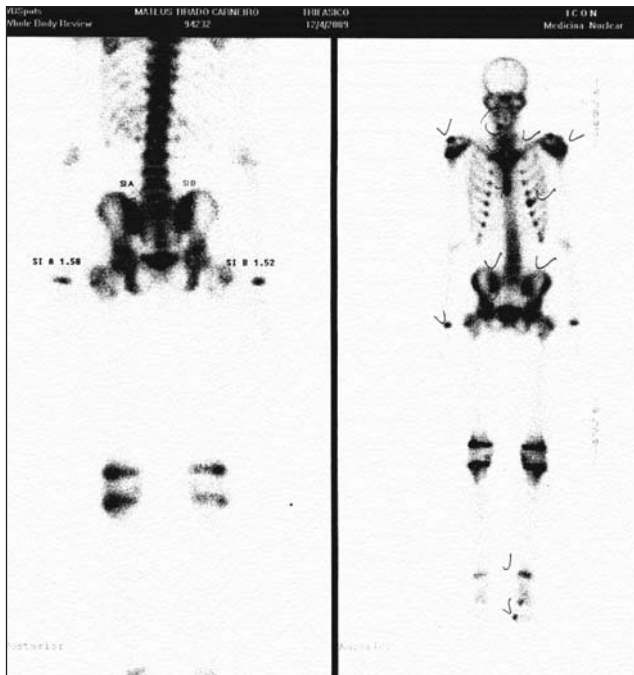


FIGURA 3: Cintilografia óssea: múltiplos processos osteo-articulares, indicados pelas setas



FIGURA 4: Após dois meses de tratamento: Nódulos e cicatrizes extensas na face

te da acne fulminans.^{9,12} Isto poderia ser explicado pelo aumento da fragilidade dos ductos pilosebáceos, induzido pela isotretinoína e intensa exposição de antígenos do *Propionibacterium acnes*.² A quimiotaxia de neutrófilos e uma resposta imunológica exacer-



FIGURA 5: Após dois meses de tratamento: cicatrizes extensas no dorso

bada a esses antígenos seriam um possível gatilho.¹³ A poliartralgia, relacionada a vários sítios acometidos na cintilografia e, principalmente, a sacroileíte intensa, relatada em 21%⁸ dos pacientes com acne fulminans, conduziram o paciente a notável incapacidade de deambulação. Utilizava cadeira de rodas e, posteriormente, andador para auxiliar na sua locomoção.

Lesões osteolíticas, com aumento da captação de radioindicador em cintilografias de esterno, clavícula, articulações sacroilíacas, umerais e tornozelos são descritas.^{9,12} Geralmente, são estéreis e possuem bom prognóstico. Estudo anterior revelou crescimento de *Propionibacterium acnes* na cultura de lesão osteolítica em apenas um paciente.¹⁴

As hemoculturas do paciente colhidas nos episódios febris foram negativas, compatível com a literatura onde em 15 casos descritos, todas as hemoculturas foram estéreis.⁹ A escolha terapêutica com prednisona e sulfametoxazol-trimetoprima possibilitou a melhora clínica do paciente, com retorno às suas atividades cotidianas. A opção pela prescrição do antibiótico teve como objetivo tratar a infecção secundária, além de diminuir possíveis superantígenos existentes. A reintrodução da isotretinoína foi gradual por causa do risco de piora dos sintomas. Apesar de ser fator desencadeante, essa é indicada no tratamento da acne fulminans em doses baixas iniciais e posterior aumento conforme tolerância do paciente.¹⁵ □

REFERÊNCIAS

1. Plewig G, Kligman AM. Acne: Morphogenesis and Treatment. Berlin: Springer; 1975. p.196.
2. Jansen T, Plewig G. Review Acne fulminans. Int J Dermatol. 1998;37:254-7
3. Wong SS, Pritchard MH, Holt PJA. Familial acne fulminans. Clin Exp Dermatol. 1992;17:351-3.
4. Fyrand O, Fiskadaal HJ, Trygstad O. Acne in pubertal boys undergoing treatment with androgens. Acta Derm Venereol. 1992;72:148-9.
5. Hunter LY, Hensinger RN. Destructive arthritis associated with acne fulminans: a case report. Ann Rheum Dis. 1980;39:403-5.
6. McAuley D, Miller RA. Acne fulminans associated with inflammatory bowel disease: report of a case. Arch Dermatol. 1985;121:91-3.
7. Honma M, Murakami M, Iinuma S, Fujii M, Komatsu S, Sato K, et al. Acne fulminans following measles infection. J Dermatol. 2009;36:471-3.
8. Barbareschi M, Paresce E, Chiaratti A, Ferla LA, Clerici G, Greppi F. Unilateral sacroiliitis associated with systemic isotretinoin treatment. Int J Dermatol. 2010;49:331-3.
9. Karvonen SL. Acne fulminans: Report of clinical findings and treatment of twenty-four patients. J Am Acad Dermatol. 1993;28:572-9.
10. Jemec GBE, Rasmussen L. Bone lesions of acne fulminans. J Am Acad Dermatol. 1989;20:353-7.
11. Allison MA, Dunn CL, Person DA. Acne fulminans treated with isotretinoin and pulse corticosteroids. Pediatr Dermatol. 1997;14:39-42.
12. Cavicchini S, Ranza R, Brezzi A. Acne fulminans with sacroiliitis during isotretinoin therapy. Eur J Dermatol. 1992;2:327-8.
13. Perkins W, Crockett KV, Hodgkins MB. The effect of treatment with 13-cis-retinoid acid on the metabolic burst of peripheral blood neutrophils from patients with acne. Br J Dermatol. 1991;124: 429-32.
14. Nault P, Lassonde M, St-Antoine P. Acne fulminans with osteolytic lesions. Arch Dermatol. 1985;121: 662-4.
15. Thomson KF, Cunliffe WJ. Acne fulminans `sine fulminans. Clin Exp Dermatol. 2000;25:299-301.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:

Tiago Pina Zanelato
Rua Francisco Telles 250
Vila Arens - Jundiaí - SP
Cep: 13202-550
E-mail: tizanelato@botmail.com

Como citar este artigo/How to cite this article: Zanelato TP, Gontijo GMA, Alves CAXM, Pinto JCCL, Cunha PR. Acne fulminans incapacitante. An Bras Dermatol. 2010;86(S1):S9-12.