

ACNÉ FULMINANS

PRESENTACIÓN DE UN CASO

Acne fulminans case review

Nora Escoto,¹ Diana García²

¹Dermatóloga. Servicio de Dermatología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Escuela, Tegucigalpa, Honduras.

²Residente de Tercer año del Postgrado de Dermatología, Hospital Escuela/ Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras

RESUMEN. Introducción: El acné fulminans fué descrito en 1959 y se considera una forma aguda y grave de acné, originalmente se denominó como acné conglobata ulcerativo febril agudo, la principal característica es el inicio súbito de las lesiones. Los hallazgos clínicos incluyen acné ulcero-costroso, fiebre, poliartritis, anormalidades en las pruebas de laboratorio y escasa respuesta al tratamiento antimicrobiano. Afecta principalmente a adolescentes varones, pero también puede presentarse en mujeres; las lesiones son más frecuentes en tórax y se han reportado pocos casos de localización facial o ambos. El tratamiento de elección son los corticoides orales y la isotretinoína oral. **Presentación de caso:** Se trata de paciente femenino de 19 años de edad que debuta súbitamente con placas costrosas supurativas, nódulos y quistes que forman trayectos fistulosos localizados en cara. Acompañando al cuadro fiebre, mal estado general y artralgias; además con leucocitosis y aumento de la velocidad de eritrosedimentación. Se maneja con antibióticos sistémicos, esteroides y posteriormente con isotretinoína oral, con resolución del cuadro. **Conclusión:** El acné fulminans es una entidad poco frecuente, su diagnóstico es fundamentalmente clínico y su manejo debe ser oportuno para evitar secuelas. Esta rara enfermedad responde pobremente a los antibióticos de amplio espectro, a los antiinflamatorios no esteroideos y al tratamiento tópico convencional del acné vulgar. El tratamiento de elección son los corticosteroides orales y la isotretinoína, lo cual demostramos con la presentación de este caso clínico.

Palabras clave: Acné fulminans, isotretinoína, prednisona.

INTRODUCCIÓN

El acné fulminans también conocido como acné ulcerativo febril agudo, es la forma más grave de acné nodular acompañado de síntomas sistémicos como ser: fiebre, astenia, mialgias, artralgias y pérdida de peso en algunos casos.^{1,2} Originalmente fué descrito en 1958 por Burns y Colville como acné conglobata ulcerativo febril agudo en un adolescente de 16 años de raza blanca.^{1,3}

La enfermedad es rara y se caracteriza por la aparición súbita de múltiples placas, inflamatorias, ulcerocostrosas, friables y exudativas, dolorosas a la palpación.^{2,3}

La patogenia no es clara aun, pero se ha sugerido la elevada concentración de antígenos de *Propionibacterium acnés* que desencadenan una reacción inmunológica tipo III o IV, que provoca las manifestaciones sistémicas. Los factores genéticos pueden jugar un papel importante, ya que se han detectado antígenos HLA, del inglés Human leukocyte antigen (antígeno leucocitario humano) idénticos en familiares de individuos con este tipo de acné, sobre todo los HLA - A2 y A3; HLA-DR4, HLA-DQ7.^{1,3} La influencia hormonal no está muy clara, ya que se ha observado incremento en los niveles de testosterona que aumentan la secreción sebácea, sin embargo estas concentraciones elevadas de andrógenos no se reportan en todos los pacientes.¹

El diagnóstico diferencial incluye el acné conglobata, acné vulgar, erupciones acneiformes, síndrome SAPHO (sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis, osteítis) y pioderma gangrenoso.^{1,4}

El pilar del tratamiento incluye corticosteroides orales e isotretinoína oral, siendo esta última una droga derivada del ácido retinoico o vitamina A.²

Se presenta este caso con el objeto que los médicos se familiaricen y reconozcan oportunamente el cuadro clínico para que puedan indicar el manejo adecuado y así evitar secuelas como las cicatrices que causan un gran impacto psicológico en los pacientes. Además es el primer caso publicado en la literatura hondureña, base de datos: Medline, www.bvs.hn.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 19 años, estudiante, procedente de área rural (Santa Ana, Francisco Morazán, zona sur de la capital) quien consulta por dermatosis de 7 días de evolución, localizada en cara y tronco. En cara presenta placas supurativas cubiertas con costras melicéricas, nódulos, quistes con diámetro que varía de 2 a 4 centímetros, que forman trayectos fistulosos (figura 1) y úlceras; en tórax presenta pápulas y pústulas; las lesiones fueron de inicio súbito, acompañadas de fiebre, mal estado general, pérdida de peso (2 kgs) y artralgias. Los exámenes de laboratorio reportaron leucocitosis de 16,000u/l y velocidad de eritrosedimentación de 20mm/h para un valor normal de 10mm/h. Bioquímica sanguínea y radiografía de tórax óseo, húmeros y caderas sin anormalidades. Por falta de recursos no se midió el nivel de hormonas. El cuadro clínico y los datos laboratoriales permitieron sospechar el diagnóstico y darle el manejo adecuado, inicialmente recibió tratamiento con trimetoprim sulfá 1 tableta de 180/40mg cada 12hrs por 7 días sin obtener mejoría, por lo que se indicó prednisona 60mg dosis única diaria por 7 días con reducción gradual: 30mg/día por 7 días, 25 mg/

Recibido: 05/2011, aceptado con modificaciones 06/2011

Dirigir correspondencia a: Dra. Diana Maricela García Antúnez

Col. Santa Fé, calle principal, casa 911. Comayagüela, Francisco Morazán

Tel: (504) 2223-1298 Móvil: (504) 9519-4892. E-mail: maricelasdiana@hotmail.com

día por 7 días, 15mg/día por 5 días, 5mg/día por 5 días; también se indicó ranitidina 150mg cada 12hrs como protector gástrico, compresas con solución de Burrow (acetato de calcio + sulfato de aluminio) cada 12 horas presentando buena evolución; al suspender la prednisona se inició isotretinoína 40mg/día por 6 meses, luego se disminuyó la dosis a 20mg/día por 3 meses, se indicó lágrimas artificiales, humectante labial y protector solar para contrarrestar la sequedad de conjuntivas y labios, así como la fotosensibilidad que presentó la paciente como efectos secundarios a la isotretinoína. Se aplicó triamcinolona (1ml/40 mg) intralesional diluida 1:5 con lidocaína al 2%, en las cicatrices residuales de mejillas (Figura 2). Se indicó pruebas de función hepática, colesterol, triglicéridos para control de efectos secundarios esperados por el uso de la isotretinoína, antes de iniciar el tratamiento, al primer mes y luego cada 3 meses, las cuales no mostraron alteraciones.

La paciente completó 9 meses de tratamiento con isotretinoína, presentando resolución de las lesiones, actualmente continúa solamente con aplicación de triamcinolona intralesional a dosis ya descritas en las cicatrices hipertróficas residuales y asiste cada 2 meses a la consulta externa de nuestro servicio para evaluación. (Figura 3).



Figura 1. La imagen muestra placas ulceradas extensas cubiertas de costras melicéricas.



Figura 2. En la fotografía se observa la paciente 2 meses después del tratamiento con resolución de lesiones ulcerocostrosas y persistencia de eritema, lesiones noduloquísticas y pústulas.



Figura 3. Paciente 9 meses después del tratamiento, sólo presenta leve eritema y cicatrices superficiales.

DISCUSIÓN

El acné es una de las enfermedades dermatológicas más frecuentes con una incidencia de un 90% en adolescentes. Tiene varias formas de presentación y estas pueden ir desde comedones y pápulas hasta lesiones nódulo quísticas y formas ulcerocostrosas graves raras que causan un gran impacto psicológico en el individuo afectado.^{2,3}

Los cinco criterios diagnósticos del acné fulminans propuestos por Burns y Colville son:^{1,4}

1. Aparición súbita de las lesiones
2. Acné grave y a menudo ulcerado
3. Efectos tóxicos sistémicos como fiebre y poliartalgias
4. Falta de respuesta al tratamiento antibiótico
5. Respuesta favorable a la terapia con corticoesteroides.

La paciente cumplió con todos los criterios clínicos propuestos por Burns y Colville, además de la alteración en algunos de los exámenes laboratoriales como ser leucocitosis y velocidad de eritrosedimentación elevada, como se encontró en la paciente reportada, lo cual apoya el diagnóstico; algunos pacientes también pueden presentar lesiones osteolíticas similares a la osteomielitis, en esternón, clavículas, cadera y húmero, lo que se descartó en esta paciente con estudios radiológicos. Diversos estudios reportan que puede haber aumento de la captación de tecnecio 99 en el centellograma óseo.^{3,4} Otras alteraciones laboratoriales que se pueden observar son: aumento de la proteína C reactiva y elevación de las enzimas hepáticas.^{1,5}

La literatura reporta que el acné fulminans es poco frecuente y afecta a adolescentes con predominio en varones entre 13 y 19 años, se han reportado muy pocos casos en mujeres como es el caso de nuestra paciente que además presentó distribución de las lesiones con predominio en cara, diferente a lo reportado en la literatura internacional que refiere el tórax y la espalda como las zonas más afectadas.^{6,7}

El diagnóstico clínico diferencial más importante es con el acné conglobata, con el cual hay diferencias básicas: el acné fulminans es de inicio súbito, las lesiones ulceradas con costras son características y son más frecuentes los síntomas sistémicos; en el acné conglobata los nódulos y comedones polimórficos son más frecuentes.⁵ También se debe hacer diagnóstico diferencial con erupciones acneiformes, pioderma gangrenoso y síndrome de SHAPO.^{8,9}

El tratamiento consiste en esteroides sistémicos como ser prednisona oral a una dosis de 0,5 a 1mg/kg/día de 4 a 6 semanas, disminuyéndose en forma lenta y progresiva, estos se deben iniciar antes de la isotretinoína para prevenir exacerbación de la enfermedad, como se realizó en esta paciente. La isotretinoína oral debe incorporarse en la cuarta semana, en dosis de 0,5-1mg/kg/día hasta completar la dosis acumulativa total, la cual se calcula utilizando una fórmula basada en el peso corporal multiplicado por una dosis total de isotretinoína que va de 120 a 150mg.^{10,11} En esta paciente se utilizaron 150mg que multiplicado por su peso de 60kg, resultó en una dosis acumulativa total de 9000mg, se inició a una dosis de 40mg/día (0.7 mg/Kg/d) durante 6 meses, disminuyéndola a 20mg/día por 3 meses hasta cumplir la dosis acumulativa. En casos más

graves y difíciles de tratar se puede indicar prednisona oral por 1 a 6 meses e isotretinoína oral 0,2mg/kg/día por hasta 2 años.^{12,13}

En los casos refractarios al tratamiento convencional se puede recurrir a otras drogas como dapsona, infliximab y terapia fotodinámica. El uso de infliximab se ha reportado en el manejo de dos casos con acné fulminans asociado a síndrome de SAPHO, obteniendo buena respuesta clínica. Los síntomas sistémicos se pueden

tratar con antiinflamatorios no esteroideos.^{12,14}

Las cicatrices se trataron con triamcinolona intralesional, la paciente presentó buena respuesta terapéutica y continúa asistiendo a evaluaciones periódicas; cuando se inicia tratamiento temprano se evitan secuelas importantes tanto físicas como psicológicas, por ello la importancia de un diagnóstico y tratamiento temprano.

REFERENCIAS

- Zaba R, Swartz R. Acné fulminans. *Clin Exp Dermatol* 2009;25:299-301.
- Wolff K, Goldsmith A, Katz S, Gilchrist B, Paller A, Leffell D. Acné y reacciones acneiformes. En: Zaenglein L, Graber E, Strauss J, Fitzpatrick *Dermatología en Medicina General*. Buenos Aires: Médica Panamericana S.A; 2009. p.690-702.
- Rivera O, Acné fulminans. Comunicación de un caso. *Dermatol Rev Mex* 2009;53(5):243-7.
- Colina M, Monaco A, Khodeir M, Trotta F. Propionibacterium acnes and SAPHO syndrome: a case report and literature review. *Clin Exp Rheumatol*. 2007;25(3):457-460.
- Honma M, Murakami M, Iinuma S, Fujii M, Komatsu S, Sato K. Acne fulminans following measles infection. *J Dermatol* 2009;36:471-3.
- Mehrany K, Kist J, Weenig R, Witman P. Acne fulminans Morphology. *Int J Dermatol* 2005;44:132-3.
- Yamanaka K, Tsuruta D, Kurokawa I, Ishii M. Unusual case of acne fulminans: face predominant without chest and trunk lesion. *Int J Dermatol* 2009;7:1531-4.
- Poindexter G, Martinez S, Roubey R, Lowell A. Goldsmith Synovitis-acne-pustulosis-hyperostosis-osteitis syndrome: A dermatologist's diagnostic dilemma. *J Am Acad Dermatol* 2008;59(2):53-4.
- Chua S, Ravenscroft J. Acne fulminans: part of the spectrum of SAPHO. *Br J Dermatology*. 2007;156:1403-9.
- Herane M. Actualización terapéutica en acné vulgaris. *Dermatol Pediatr Lat* 2005;3(1):5-19.
- Rigopoulos D, Larios G, Katsambas A. The role of isotretinoin in acne therapy: Facts and controversies. *Clin Dermatol* 2010;28(1):24-30.
- Iqbal M, Kolodney S. Acne fulminans with synovitis-acne-pustulosis-hyperostosis-osteitis (SHAPO) syndrome treated with infliximab. *J Am Acad Dermatol* 2005;52:118-20.
- Zigang Z, Ying L, Yuanyuan L, Hua ZHAO, Hengjin L. Synovitis, acne, pustulosis, hyperostosis and osteitis (SAPHO) syndrome with review of the relevant published work. *J Dermatol* 2011;38(2):155-9.
- Mendiratta V, Harjai B, Koranne R. successful management of acne fulminans with combination of minocycline and dapsone. *Indian J Dermatol* 2006;51(2):128-30.

SUMMARY. Introduction: Acne fulminans was described in 1958 and is considered acute and severe acne, originally named as acute febrile ulcerative acne conglobata, the main feature is the sudden onset of lesions. Clinical findings include acne crusted-ulcer, fever, polyarthritis, laboratory tests abnormalities, and poor response to antimicrobial therapy. It mainly affects young boys, but may also occur in women; the lesions are more common on chest area and few reported cases of facial location or both. The treatment of choice is oral corticosteroids and oral isotretinoin. **Case presentation:** 19 years old female patient who suddenly made her debut with suppurative crusting plaques, nodules, cysts and fistulas on face. Fever, malaise and arthralgia; with leukocytosis and increased erythrocyte sedimentation rate. Was managed with systemic antibiotics, steroids and oral isotretinoin, which resolved the symptoms. **Conclusion:** Acne fulminans is a rare entity, its diagnosis is mainly clinical and management should be appropriate to prevent damage. This rare disease responds poorly to broad-spectrum antibiotics, to nonsteroidal antiinflammatory drugs and the conventional topical treatment of acne vulgaris. The treatment of choice is oral corticosteroids and isotretinoin, which demonstrated with the case review.

Keywords: Acne fulminans, isotretinoin, prednisone.