

PRESENTACIÓN DE CASOS

Hospital General "Dr. Ernesto Guevara de la Serna"

ACNÉ FULMINANS. PRESENTACIÓN DE 1 CASO

Dr. Vicente Álvarez Yabor¹ y Dr. Vladimir Carrillo Recio¹

RESUMEN

Se informó de 1 paciente con acné conglobata de aproximadamente 3 años de diagnóstico, presentó agravamiento de sus lesiones, toma del estado general, fiebre, anemia, pérdida de peso, eritro acelerado y pruebas funcionales hepáticas alteradas; lo cual se interpretó como un acné fulminans. Se trató con esteroides y antibióticos, así como con cirugía e injerto de las lesiones.

DeCS: ERUPCIONES ACNEIFORMES/cirugía; ERUPCIONES ACNEIFORMES/quimioterapia; CORTICOSTEROIDES/uso terapéutico; PREDNISONA/uso terapéutico; TETRACICLINA/uso terapéutico.

El acné es una de las enfermedades cutáneas más frecuentes en la práctica médica, se observa en el 90 % de los adolescentes, pero puede desarrollarse y persistir en los adultos.¹ Su intensidad abarca un amplio espectro, desde escasos comedones y pápulas hasta un proceso quístico nodular que afea la cara y el tronco.²

El acné fulminans fue descrito en 1958 por *Burns* y *Colville*. Es una reacción aguda y febril de acné conglobata que afecta principalmente a adolescentes varones y cuyos hallazgos clínicos son: acné ulcerocostroso, fiebre, pérdida de peso, artralgias, mialgias, eritema nudoso y hepatosplenomegalia.¹⁻³

El laboratorio muestra aumento de la eritrosedimentación, aumento en la proteína C reactiva, aumento de los leucocitos (reacción leucemoide), elevación de las enzimas hepáticas, elevación de la gammaglobulina y los complejos circulantes. Radiológicamente se ven imágenes osteolíticas y hay aumento de la captación de tecnecio 99 (Tc 99) en el centellograma óseo.³

Recientemente se encontró un paciente con pericarditis, en el cual el ecocardiograma Doppler 2 D puso en evidencia un derrame pericardíaco grado II.⁴

Esta rara enfermedad responde pobremente a los antibióticos de amplio espectro y a los antiinflamatorios no esteroideos

¹ Especialista de I Grado en Dermatología.

y no responde al tratamiento convencional del acné vulgar como son los retinoides orales y tópicos, el peróxido de benzoilo, entre otros; el tratamiento de elección son los corticoides orales.^{2,3,5,6}

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 37 años de edad con antecedentes de padecer de lesiones de piel desde hace aproximadamente, 3 años, localizadas en región glútea, dadas por nódulos, abscesos y trayectos fistulares que drenan secreción seropurulenta. El primer ingreso en nuestro servicio fue el 21 de marzo de 1994, con el diagnóstico clínico de acné conglobata. Tuvo varios ingresos posteriores, pero en el último, realizado el 28 de agosto de 1996, la evolución fue tórpida, el paciente se fue depauperando progresivamente con fiebre, artralgias, mialgias, pérdida de peso, anemia, eritrosedimentación centenaria, médula ósea reactiva y alteraciones de las pruebas funcionales hepáticas. Se llegó a pensar que padecía de una neoplasia oculta o una amiloidosis. Se llevó a interconsulta de hematología, inmunología y medicina interna, pero no se llegó a un diagnóstico preciso, por lo que interpretamos estas alteraciones secundarias a una variante grave de acné conglobata: acné fulminans.

Comenzamos tratamiento con esteroides como está descrito en la literatura (40 mg de prednisona) asociada a la tetraciclina 2 g/d, dosis que se fueron disminuyendo progresivamente, según la evolución del paciente.

Con el transcurso del tiempo, el estado general del paciente fue mejorando, hasta el punto que pudo someterse a la intervención quirúrgica que había sido aplazada por su mal estado general. Se le realizó exéresis en bloque de las lesiones abscedadas y

fistulosas con colocación de autoinjerto.

Algunos de los exámenes complementarios realizados (sólo los alterados) son los que a continuación relacionamos:

- Hb	87 g/L	<i>Electroforesis de proteina</i>
- Leucocitos	10 x 10 ⁹ /L	- Proteínas totales 70 g/L
- P	080	- Albúmina 19g/L
- L	020	- α_1 6,8 g/L
- TGP	25 y 40 UI	- α_2 -10,6 g/L
- CHCM	209 g/L	- β 8,3 g/L
		- γ 25,1 g/L
Eritro	105 mm	
Hierro sérico	6,9 mmol/L	Periferia: normocromía, aniso/poiquillo, leucos y plaquetas adecuadas.

- Exudado bacteriológicos de las lesiones: algunos negativos, en otros se aisló *E. coli* y *Klebsiella pneumoniae*.
- Medulograma: Médula: azul de prusia no útil. Celularidad ++ Megacariopoyético: íntegro dimórfico. Granulopoyético: íntegro con eosinofilia. Eritropoyético: ligera hiperplasia. Aumento de células plasmáticas en el 15 %.

DISCUSIÓN

A pesar de que el acné es una dermatosis frecuente, propia de los adolescentes, el acné conglobata y, sobre todo, su variante acné fulminans son más raras, como lo demuestra la escasa bibliografía y los pocos casos reportados.

Aunque las edades de los casos reportados están comprendidas entre los 13 y los 20 años, pensamos que la enfermedad puede extenderse más allá como se demuestra con nuestro paciente.

La patogenia de esta entidad no ha sido bien aclarada aún, pero se supone la teoría inmunológica,⁴ lo cual se demuestra por la respuesta efectiva al tratamiento con corticosteroides.

El tratamiento debe iniciarse con corticosteroides (prednisona 40 mg/d e ir disminuyendo la dosis en 4 ó 6 sem. Deben

asociarse antibióticos, especialmente tetraciclina (1 g/d) y también la isotretinoína a dosis de 0,20 mg/kg/d.³

SUMMARY

A patient was reported to have acne conglobata diagnosed three years ago approximately. He presented with worsening of his lesions, deteriorated general condition, fever, anemia, weight loss, accelerated erythro sedimentation and altered hepatic functional tests, all this was considered to be an indicator of a case of acne fulminans. The patient was treated with steroids and antibiotics as well as surgery and grafting.

Subject headings: ACNEIFORM ERUPTIONS/surgery; ACNEIFORM ERUPTIONS/drug therapy; ADRENAL CORTEX HORMONES/therapeutic use; PREDNISONE/therapeutic use; TETRACYCLINE/therapeutic use

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Domonkos A. Tratado de dermatología. La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 1984;276-84.
2. Schachner L. El tratamiento del acné: Revisión actual. Clin Pediatr NorTEAM 1983;1:493-501.
3. Graham R. Acné fulminans. Col Ibero Latino Amer Dermatol 1995;1(3):4-5.
4. Pierine AM. Acné fulminans. A propósito de un caso con pericarditis. Col Ibero Latino Amer Dermatol 1995;1(2):2.
5. Maura B. Acné fulminante. Rev Brasil Clin 1998;24(3):128-31.
6. Friedlanger SF. Effective treatment of acne fulminans-associated granulation tissue with the pulsed dye laser. Pediatr Dermatol 1998;15(5):396-8.

Recibido: 15 de febrero del 1999. Aprobado: 6 de diciembre del 2000.

Dr. *Vicente Álvarez Yábor*. Adolfo Villamar No. 43 entre Lucas Ortiz y Ángel Guardia. Las Tunas. CP 75100.