

## Acné Fulminans inducido por isotretinoína, un desafío terapéutico

Señor editor,

Paciente de 16 años consultó en el Servicio de Dermatología de un Hospital Universitario, por aumento significativo de lesiones previas de acné y compromiso sistémico. Había recibido isotretinoína 0,2mg/kg/día por 1 mes, que le había sido indicada en otro centro por acné inflamatorio moderado de la cara. No tenía antecedentes de haber usado otros tratamientos.

Al examen físico, presentaba acné inflamatorio nodular severo de la cara con lesiones costrosas. En tórax anterior y posterior, se observaba un extenso compromiso de múltiples nódulos inflamatorios con erosiones y costras hemorrágicas. (Figura 1 a-d) Presentaba además fiebre, artralgias y mialgias moderadas y en los exámenes de laboratorio se observó leucocitosis y velocidad de eritrosedimentación elevada.

En ese momento se suspendió la isotretinoína y se inició prednisona 40mg al día vía oral. Luego de 1 mes de tratamiento, las lesiones inflamatorias se redujeron considerablemente y fue posible observar la presencia de múltiples macrocomedones cerrados en la región mandibular, cervical y mentón. (Figura 1e).

Las lesiones del tórax comenzaron a cicatrizar con extensos queloides y cicatrices atróficas violáceas en la cara. (Figura 2 a-e)

Se indicó la extracción de macrocomedones y se mantuvo con corticoides orales en la misma dosis hasta completar 6 semanas. Luego, se inició isotretinoína en dosis de 0,1 mg/kg/día y se mantuvo esquema de isotretinoína más corticoides orales en disminución por 6 semanas. Posteriormente se aumentó la dosis de isotretinoína lentamente sin presentar recaídas ni necesidad de nuevos pulsos de corticoides.

Después de 1 año de tratamiento se completó la dosis acumulativa de 150 mg/kg y se inició tratamiento de mantenimiento con adapaleno 0,3% más peróxido de benzoilo 2,5% en gel en la cara.

Las lesiones inflamatorias desaparecieron, sin embargo, persistieron las múltiples secuelas cicatriciales.

El acné fulminans es una variante rara y muy severa de acné inflamatorio, que ocurre predominantemente en adolescentes caucásicos, de sexo masculino, entre 13-22 años, generalmente con antecedentes de acné previo.<sup>1,2</sup> Se caracteriza por el desarrollo abrupto de nódulos inflamatorios que evolucionan a erosiones y costras hemorrágicas,

<sup>1</sup>Departamento de Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

<sup>2</sup>Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Trabajo no recibió financiamiento. Los autores declaran no tener conflictos de interés. Recibido el 7 de noviembre de 2018, aceptado el 31 de mayo de 2019.

Correspondencia: Daniela Armijo  
Email: danielaarmijof@gmail.com







que comprometen principalmente el tronco, curando con cicatrices severas que son, a veces, desfigurantes. Puede cursar asociado a síntomas sistémicos, alteraciones de laboratorio y/o manifestaciones osteoarticulares.<sup>2,3,4</sup> Recientemente se realizó una nueva clasificación estableciéndose 4 situaciones clínicas diferentes: acné fulminans con síntomas sistémicos, inducido o no, por isotretinoína y acné fulminans sin síntomas sistémicos, inducido o no, por isotretinoína.<sup>5</sup>

En pacientes chilenos, pudimos identificar 2 casos publicados en la literatura<sup>6</sup>, y de acuerdo al registro clínico en nuestro Hospital Universitario, se han diagnosticado solo 2 casos de acné fulminans en los últimos 3 años.

La etiopatogenia aún no es del todo comprendida. Se han propuesto como factores de riesgo el aumento en los niveles sanguíneos de testosterona, como ocurre en: el tratamiento de talla baja, consumo de anabólicos e hiperplasia adrenal congénita de inicio tardío.<sup>6</sup> Se ha asociado también a posibles factores genéticos en casos de acné fulminans familiar. En relación a los casos inducidos por isotretinoína, se han identificado como factores de riesgo el inicio de la terapia en dosis altas en acné inflamatorio severo y la presencia de macrocomedones.<sup>1,5</sup>

El tratamiento con isotretinoína aumentaría la fragilidad de la unidad pilosebácea llevando a la destrucción masiva de sebocitos y exponiendo a grandes cantidades de antígenos de *Cutibacterium acnes*, lo cual se piensa que generaría una reacción inmune generalizada causando el cuadro de acné fulminans.<sup>1</sup> Por otra parte, la isotretinoína al ser responsable de la estimulación excesiva de tejido granulatorio, explicaría la aparición de lesiones hemorrágicas y el proceso de cicatrización patológico.<sup>1,5</sup>

Paradójicamente, el tratamiento combinado de isotretinoína con corticoides ha mostrado ser eficaz en el manejo de la patología, a diferencia del tratamiento antibiótico que ha mostrado ser menos eficaz y con mayores riesgo de desarrollar pseudotumor cerebri.<sup>2,3,4,5</sup> Nuestro paciente respondió adecuadamente al esquema combinado de prednisona oral más isotretinoína, disminuyendo la inflamación y síntomas sistémicos considerablemente luego de 4 semanas de tratamiento, sin embargo, lamentablemente evolucionó con extensas cicatrices queloides en tronco y múltiples cicatrices atróficas violáceas en cara.

Nuestro paciente presentaba múltiples macrocomedones cerrados que fueron identificados una vez que disminuyó la inflamación posterior al uso de corticoides. Consideramos que en este caso, la presencia de macrocomedones fue el principal gatillante de la patología. Proponemos un examen físico exhaustivo e indicar la extracción de macrocomedones previo al inicio de isotretinoína, con el fin de evitar el desarrollo de esta enfermedad, cuyas consecuencias estéticas y psicológicas pueden ser muy severas y en algunos casos irreparables.

Daniela Armijo<sup>1</sup>, María Teresa Molina<sup>2</sup>

## REFERENCIAS

1. Zaba R, Schwartz RA, Jarmuda S, Czarnecka-Operacz M, Silny W. Acne fulminans: Explosive systemic form of acne. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011;25:501-7
2. Seukeran DC, Cunliffe WJ. The treatment of acne fulminans: a review of 25 cases. *Br J Dermatol*. 1999;141:307-9
3. Alakeel A, Ferneiny M, Auffret N, Bodemer C. Acne Fulminans: Case Series and Review of the Literature. *Pediatr Dermatol*. 2016;33:388-92
4. Massa AF, Burmeister L, Bass D, Zouboulis CC. Acne Fulminans: Treatment Experience from 26 Patients. *Dermatology*. 2017;233:136-40
5. Greywal T, Zaenglein AL, Baldwin HE, Bhatia N, Chernoff KA, Del Rosso JQ, et al. Evidence-based recommendations for the management of acne fulminans and its variants. *J Am Acad Dermatol*. 2017;77:109-17
6. Perez M, Antunez-Lay A, Navajas-Galimany L, Hasson A. When strength turns into disease: Acne fulminans in a bodybuilder. *An Bras Dermatol*. 2016;91:706-7