

CASOS CLÍNICOS

Acné necrótico (varioliforme)

Resumen.—Se presenta un paciente varón de 44 años que consultó por papulopústulas pruriginosas localizadas en cuero cabelludo, cara y cuello con tendencia a formar costras hemorrágicas y cicatrices deprimidas. Histológicamente se apreció un infiltrado de predominio linfocitario con tendencia a la necrosis del folículo y con signos de exocitosis folicular linfocitaria. Por los datos clínicos e histológicos se realizó el diagnóstico de acné necrótico. Fue tratado con diversos antibióticos, mostrando remisiones y recidivas frecuentes. Tras 6 meses de tratamiento con isotretinoína oral se obtuvo una remisión de casi 2 años.

El acné necrótico es una foliculitis necrosante crónica en la que se distinguen dos formas clínicas, una superficial o miliar y otra profunda con tendencia a la formación de cicatrices o varioliforme.

Palabras clave: Acné necrótico varioliforme. Foliculitis linfocitaria.

URBANO GONZÁLEZ CASTRO*
 LYUDMILA SHANOVA-IVANOVA*
 ISABEL TRÍAS PUIG-SUREDA**
 ISABEL ESPAÑOL QUINTILLA**
 RAMÓN PEDRAGOSA JOVÉ
 *Servicio de Dermatología.
 **Servicio de Anatomía Patológica.
 Clínica Plató. Fundació Privada.
 Barcelona.

Correspondencia:

URBANO GONZÁLEZ CASTRO. Servicio de Dermatología. Clínica Plató. Plató, 21. 08006 Barcelona. Correo electrónico: dermatologia@clinicaplato.com

Aceptado el 18 de julio de 2001.

INTRODUCCIÓN

El acné necrótico (varioliforme) es un cuadro cutáneo poco descrito en la literatura que debe considerarse en el diagnóstico diferencial de las lesiones acneiiformes del polo cefálico. Se caracteriza por brotes de papulopústulas foliculares en cuero cabelludo, cara y raramente en tronco superior, con tendencia a la necrosis central y a la formación de cicatrices deprimidas. Aunque la sobreinfección bacteriana y la automanipulación de las lesiones es un hallazgo habitual, la clasificación y patogenia de esta enfermedad es todavía controvertida. Presentamos un caso de acné necrótico en su forma cicatrizal o varioliforme y se realiza una revisión de la literatura.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta un paciente varón de 44 años, homosexual, fumador, sin alergias conocidas, con antecedentes de tuberculosis pulmonar tratada a los 26 años de edad, sacroileítis bilateral y varicocele. Consultó por la aparición de lesiones cutáneas pruriginosas que desde hacía varios meses evolucionaban a costras hemorrágicas y a cicatrices deprimidas, localizadas en cuero cabelludo, cara y cuello. El paciente no refería fiebre ni otra sintomatología asociada.

En la exploración se apreciaron múltiples lesiones foliculares en borde del cuero cabelludo, cara (Fig. 1) y región cervical (Fig. 2) que correspondían a papulo-

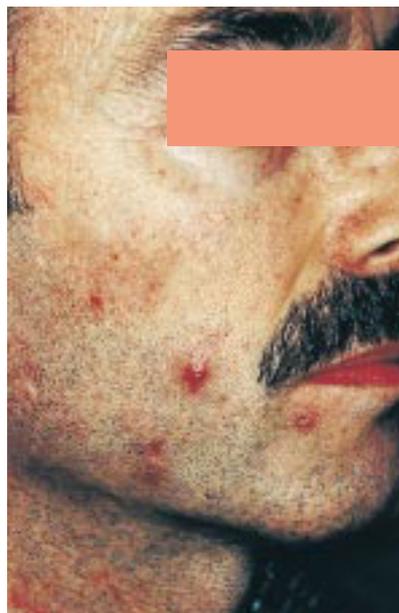


FIG. 1.—Afectación facial. Nótese el aspecto umbilicado de algunas lesiones y las cicatrices residuales de otras anteriores.



FIG. 2.—Afectación cervical. La afectación de los márgenes del cuero cabelludo es una característica de esta entidad. Costra hemorrágica adherente en el curso evolutivo de la enfermedad.



FIG. 3.—Importante infiltrado perifolicular en dermis superficial y media de predominio linfocitario con zonas de necrosis.

pústulas, algunas con costras hemorrágicas, así como también múltiples cicatrices ligeramente deprimidas en zonas de lesiones antiguas (Fig. 1). En la analítica se apreció un hemograma completo sin alteraciones valorables; glucemia dentro de la normalidad; función renal y hepática conservada; proteinograma dentro de la normalidad; anticuerpos antinucleares negativos; antígeno de superficie y anticuerpos contra el núcleo del virus de la hepatitis B positivos; anticuerpos contra el virus de la hepatitis C negativos; anticuerpos contra HIV1 y HIV2 negativos, y una serología luética negativa.

El estudio histológico de dos lesiones pustulosas mostró un infiltrado perivascular y perifolicular con abundantes linfocitos con tendencia a la necrosis del folículo (Fig. 3). El cultivo repetido de las lesiones fue negativo para bacterias aerobias, excepto en una ocasión en que se detectó crecimiento de *Staphylococcus epidermidis*. En los cultivos anaerobios no se observó

crecimiento. Los cultivos en medio para hongos y en medio de Lowenstein-Jensen fueron negativos.

El tratamiento inicial consistió en la administración de varios antibióticos sistémicos en diferentes etapas evolutivas (doxiciclina, amoxicilina con ácido clavulámico, eritromicina, trimetoprima y sulfametoxazol), así como antibióticos tópicos (clindamicina) y antisépticos (clorhexidina). La respuesta inicial fue satisfactoria, pero al cesar el tratamiento ocurrieron recidivas. Por ello se inició tratamiento con Roacutan® (isotretinoína), 1 mg/ kg/ día durante 6 meses, con desaparición de las lesiones durante un período de seguimiento de casi 2 años.

TABLA I: COMPARACIÓN ENTRE ACNÉ NECRÓTICO MILIAR Y ACNÉ NECRÓTICO VARIOLIFORME

	<i>Acné necrótico miliar</i>	<i>Acné necrótico varioliforme</i>
Variedad	Superficial y abortiva.	Más profunda y cicatrizal.
Edad	Adultos entre los 30 y 50 años.	Adultos entre los 30 y 50.
Sexo	Ausencia de predilección clara.	Ausencia de predilección clara.
Lesiones	Vesiculopústulas foliculares pequeñas, muy pruriginosas, que forman rápidamente erosiones costrosas.	Papulopústulas foliculares rojo-marrónáceas y umbilicadas que tienden a la necrosis central con una costra hemorrágica adherente.
Localización	Lesiones confinadas generalmente a cuero cabelludo.	Típicamente lesiones en cuero cabelludo (especialmente en la frente y zonas temporales) y cara (cejas, nariz y mejillas). Se ha descrito afectación mediotorácica e interescapular.
Complicaciones	No descritas.	Alopecia cicatrizal y cicatrices deprimidas.
Curso	Curso prolongado con remisiones parciales y exacerbaciones; muchos casos persistente sin cicatrización significativa.	Curso recidivante durante varias décadas. Las costras ceden en 3-4 semanas dejando cicatrices deprimidas de aspecto varioliforme que pueden ser importantes e inestéticas.

TABLA II: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL ACNÉ NECRÓTICO VARIOLIFORME

	Causa	Clínica	Histología
Acné vulgar	Multifactorial.	Lesiones polimorfas: comedones, pápulas, pústulas y nódulos. Predominio en cara. En especial el <i>acné excorié</i> (puede aparecer de nuevo o con antecedentes de acné vulgar).	Rotura folicular con inflamación aguda inicial y posterior infiltrado granulomatoso a cuerpo extraño.
Lupus miliar diseminado de la cara	Desconocida.	Pápulas rojizas foliculares y no foliculares en el área centrofacial. No afecta al cuero cabelludo. Involución espontánea. Puede dejar cicatrices puntiformes atróficas.	Granulomas tuberculoides interfoliculares bien delimitados en dermis con necrosis central.
Tubercúlida papulonecrótica	Reactivo a tuberculosis (sin bacilos).	Pápulas no foliculares rojizas con depresión central y con tendencia a la necrosis. Puede afectar a la zona cefálica, pero predomina en extremidades y tronco inferior.	Necrosis bien delimitada en dermis con extensión a epidermis. Infiltrado tuberculoide.
Sífilis terciaria	<i>Treponema pallidum</i> .	Placas circinadas de pápulas y nódulos con tendencia a la ulceración y cicatrización. Predominio en cara, dorso y brazos. Se acompaña de lesiones multiorgánicas.	Proceso granulomatoso en dermis con infiltrado linfoplasmocitario y endarteritis obliterante en vasos dérmicos.
Acné necrótico varioliforme	Desconocida.	Papulopústulas foliculares con necrosis central y costra hemorrágica adherente. Predominio en cara y cuero cabelludo. Puede afectar la parte superior del tronco.	Infiltrado linfocitario perivasculor y perifolicular con exocitosis en el folículo, necrosis de queratinocitos aislados con destrucción subsecuente del folículo.

DISCUSIÓN

El acné necrótico es una foliculitis necrosante crónica poco descrita en la literatura. En la búsqueda de la literatura inglesa desde 1960 sólo se encontraron 20 casos descritos (12 mujeres y 8 hombres), mientras que la literatura española no aportó ningún dato consultada la base de datos de la AEDV.

Tradicionalmente se han considerado dos formas clínicas de este tipo de foliculitis: una superficial o miliar y otra profunda con tendencia a la formación de cicatrices o varioliforme (tabla I). Aunque es una entidad descrita desde principios del siglo XX, su clasificación y patogenia es todavía motivo de controversia. No se conoce bien la relación entre las dos formas clínicas, pero algunos casos descritos se solapan. La forma miliar ha sido catalogada por varios autores como un tipo de foliculitis del cuero cabelludo por *Propionibacterium acnes* (1-5). En la patogenia de la variedad varioliforme se han sugerido como responsables al *Staphylococcus aureus* y/ o al *Propionibacterium acnes*, pero no existe un acuerdo general (1, 6, 7). Además, los cultivos acostumbran a ser negativos y el tratamiento antibiótico no resuelve la mayoría de los casos. Posiblemente la respuesta inflamatoria del propio paciente juegue un papel importante.

El diagnóstico de esta entidad se realiza por su cuadro clínico típico y la histología que se caracteriza por una foliculitis linfocitaria necrotizante. En las lesiones iniciales aparece un infiltrado perivasculor y perifoli-

cular linfocitario con signos de exocitosis en la vaina externa u otras partes del folículo y edema subepidérmico (8). Ocasionalmente se detectan fenómenos de necrosis en queratinocitos aislados que conducen a una necrosis extensa y confluyente, dando lugar a la destrucción y fibrosis del folículo.

El diagnóstico diferencial incluye varias entidades caracterizadas por lesiones acneiformes que pueden dar lugar a lesiones residuales de tipo cicatrizal (tabla II).

Algunos autores recomiendan junto con antibióticos tópicos y/ o sistémicos (4, 5, 7, 8) el uso de doxepina para el prurito y el autocontrol de la manipulación lesional (3, 6). Otros también han empleado con resultado variable los corticoides y retinoides tópicos o sistémicos (2, 3, 7, 8), pero el tratamiento en general es poco satisfactorio.

Abstract.—A 44-year-old man developed pruritic papules and pustules over the scalp, face and neck. Some lesions became haemorrhagic crusts and healed producing depressed scars. The histopathology showed a lymphocytic infiltrate with exocytosis and follicular necrosis. On the basis of clinical and histopathological findings, the diagnosis of acne *necroticans* was made. The management with several antibiotics produced several remissions and relapses. A 2-year remission has been obtained with 6-month isotretinoin treatment. This entity is a chronic necrotizing lymphocytic folliculitis that has been

classified in two clinical forms, one superficial or *miliaris* and other deep and scarring or *varioliformis*.

González Castro U, Shanova-Ivanova L, Trias Puig-Sureda I, Español Quintilla I, Pedragosa Jové R. *Acne necrotica (varioliformis)*. *Actas Dermosifiliogr* 2001;92:452-455.

Key words: Acne necrotica varioliformis.
Lymphocytic folliculitis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stritzler C, Friedman R, Loveman AB. Acne necrotica: relation to acne necrotica miliaris and response to penicillin and other antibiotics. *Arch Dermatol Syphilol* 1951;64:464-9.
2. Maibach HI. Acne necrotica (varioliformis) versus *Propionibacterium acnes* folliculitis. *J Am Acad Dermatol* 1989;21:323.
3. Zirn, JR, Scott RA, Hambrick GW. Chronic acneiform eruption with crateriform scars. *Arch Dermatol* 1996;132:1365.
4. Hay RJ, Adriaans BM. Acne necrotica (varioliformis). En: Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM, eds. *Rook/ Wilkinson/ Ebling Textbook of Dermatology*, 6th ed. London, England: Blackwell Science Ltd; 1998. p. 1121-2.
5. Hersle K, Mobacken H, Möller A. Chronic non-scarring folliculitis of the scalp. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1979;59:249-53.
6. Fisher DA. Acne necrotica (varioliformis) and *Staphylococcus aureus*. *J Am Acad Dermatol* 1988;18:1136-8.
7. Plewig G, Jansen T. Acneiform dermatoses. *Dermatology* 1998;196:102-7.
8. Kossard S, Collins A, McCrossin I. Necrotizing lymphocytic folliculitis: the early lesion of acne necrotica (varioliformis). *J Am Acad Dermatol* 1987;16:1007-14.