

Acne Vulgar

LORIVALDO MINELLI

Doutor em Medicina

RESUMO

No presente trabalho, apresenta-se um estudo da acne vulgar ou juvenil, tendo-se considerações gerais sobre essa doença e analisando-se os principais aspectos etiopatogênicos e clínicos da mesma. Aborda-se, finalmente, de modo sucinto, aspectos terapêuticos da moléstia.

ABSTRACT

In this paper the author presents a study on vulgar or juvenile acne with general considerations about the disease and analyzes the main etiopathogenic and clinical aspects of it. Finally he considers its treatment.

A acne vulgar ou juvenil ocorre freqüente e preferencialmente na puberdade, onde em grau mínimo pode ser considerada fisiológica; porém pode aparecer no lactente ou após os 25 anos (principalmente em mulheres). Aparece em ambos os sexos, e em todas as raças.

A acne vulgar decorre de processo inflamatório do folículo pilo-sebáceo. A estimulação androgênica que se processa na puberdade, quer nos homens quer nas mulheres, causa aumento do tamanho das glândulas sebáceas, bem como um aumento considerável da secreção de sebo. Este fato ocasiona a típica pele oleosa do adolescente. Mas não é esta superfície gordurosa a causa do desenvolvimento de lesão de acne, mas sim a gordura intrafolicular. O sebo originariamente formado, não contém ácidos graxos livres; mas durante a sua passagem pelo canal folicular são liberados aqueles ácidos pelos triglicérides do sebo recém-

formado. Esta liberação parece ocorrer predominantemente: como resultado de enzimas lipolíticas segregadas por dois organismos comumente encontrados nas lesões de acne: *Corynebacterium acnes* e *Staphylococcus epidermidis*. Os ácidos graxos livres são muito irritantes e causam resposta inflamatória acentuada. Em muitos casos as lesões inflamatórias da acne se desenvolvem de um comedão (cravo) no qual ocorre liberação daqueles ácidos. Parece que além de produzir enzimas lipolíticas, o *C. acnes* pode também ter um papel alérgico, mediante respostas de hipersensibilidade. Assim, alguns pacientes com acne, demonstram uma maior incidência de hipersensibilidade imediata a antígenos de *C. acnes* do que as pessoas normais e esta resposta tende a ser maior, quanto maior o grau de severidade do processo. Além deste fato, os níveis de anticorpos circulantes de *C. acnes*, em pacientes com acne são mais elevados do que os encontrados nas pessoas normais.

O mesmo fato, não foi observado com relação ao *Staphylococcus epidermidis*, de modo que, do ponto de vista imunológico, somente tem papel o *C. acnes*, no desenvolvimento da acne.

QUADRO CLÍNICO

A acne vulgar caracteriza-se pela presença de comedões (cravos), pápulas, pústulas, cistos e abscessos. As lesões se localizam nas áreas de maior acúmulo de glândulas sebáceas: faces, parte anterior do tórax, dorso e ombros; eventualmente, pode atingir outras zonas, como: membros superiores e inferiores e nádegas. Podem aparecer nódulos inflamatórios e lesões císticas, principalmente na face, nuca, face lateral do pescoço e dorso, constituindo a chamada acne conglobata.

O maior problema da acne são as cicatrizes que, quando indeléveis e inestéticas, deixam quadro desfigurante e ocorrem geralmente de tratamentos inadequados.

O comedão (cravo) é uma lesão comum que pode ser aberto ou fechado; o comedão aberto apresenta a "cabeça" preta e o fechado a "cabeça" branca; situado no folículo, obstrui a abertura deste e impede a saída do sebo; quando espremido pelos dedos ou pelo extrator de comedões, é eliminado e se apresenta como uma formação alongada, sebácea, amarelada e com extremidade escura. No comedão da face, se encontra com muita facilidade um ácaro, o *Demodex folliculorum*.

A pápula é uma lesão sólida de cor rósea ou da pele normal, centrada ou não pelo comedão, mediante um ou mais milímetros de diâmetro.

A pústula geralmente ocorre sobre a pápula e é uma lesão líquida que coleta pus e tem cor amarelada. Menos vezes a pústula aparece isolada, independente da pápula. No processo inflamatório profundo, em vez de pápula - pústulas, formam-se tubérculos e nódulos, abscessos e cistos, os quais são dolorosos.

Estes diversos elementos, podem estar associados num mesmo paciente; daí a denominação de ACNE POLIMORFA; ou então, há o predomínio desta ou daquela lesão, donde as denominações: ACNE COMEDONIANA, ACNE PAPULOSA, ACNE PUSTULOSA, ACNE CÍSTICA, ACNE INDURADA (NODULAR) e ACNE FLEGMONOSA (Abscesso).

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da acne vulgar ou juvenil, é estabelecida pelo achado de suas lesões fundamentais: comedões, pápulas, pústulas, tubérculos, nódulos, cistos, abscessos, em áreas já descritas: face, dorso, região anterior do tórax e ombros.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Embora o diagnóstico seja fácil, pelo encontro de suas lesões típicas em áreas seborréicas, deve-se fazer o diagnóstico diferencial com a acne medicamentosa (erupção medicamentosa acneiforme) a qual é desencadeada por drogas acnéicas exógenas ou endógenas. Entre os agentes exógenos, encontramos: os hidrocarbonados clorados que são utilizados para a produção de material dielétrico, condutores e isolantes; o DDT; os óleos minerais insolúveis; o coaltar e os corticosteróides tópicos. Entre os endógenos, encontramos os iodetos, os brometos, os corticosteróides (via sistêmica), a vitamina B12, o PAS associado à hidrazida, o ACTH e outras. A acne vulgar, deve ser diagnosticada diferencialmente da rosácea, que se caracteriza pelo aparecimento de eritema, teleangectasias e pápulas não foliculares localizadas na face, em pacientes mais idosos.

As tuberculides devem entrar também no diagnóstico diferencial, bem como a dermatite perioral, o adenoma sebáceo e as sífilides secundárias acneiformes; as tuberculides são lesões necróticas e resultam de hipersensibilidade ao bacilo de Koch; as sífilides secundárias são lesões de aparecimento rápido com lesões cutâneas profusas e com sorologia positiva; o adenoma sebáceo apresenta pápulas e nódulos firmes nas regiões nasais e perinasais; a dermatite perioral, mais comum em mulheres, localiza-se no sulco nasogeniano, lábio superior, queixo e mandíbula.

TRATAMENTO

O tratamento é necessário para impedir a formação de cicatrizes e persistência de lesões inestéticas. Deve ser orientado conforme o caso, visando a eliminação de fatores determinantes ou agravantes.

a) princípios gerais:

1) A história clínica deve ser a mais detalhada possível para se verificar o início, a evolução, a influência de atividades físicas, mentais, do período pré-menstrual, do "stress", da dieta, de cosméticos, da função intestinal, tratamen-

tos anteriores e presença de história familiar. Estes fatores, embora não determinantes podem atuar como agravantes e como tal devem ser levados em conta no tratamento.

2) Procurar tranquilizar o paciente, explicando-lhe que a melhora é lenta e progressiva e que a evolução é de meses ou anos; não prometer cura completa mas sim o controle da doença com redução da severidade e das cicatrizes;

3) Prevenir o paciente quanto ao uso de cosméticos principalmente os gordurosos e quanto à ingestão de substâncias acnéicas;

4) Orientar o paciente para não manipular as lesões já que este procedimento, via de regra, agrava o quadro clínico;

5) Orientar em dietas, no sentido de diminuir doces, refrigerantes, gorduras e derivados do mar.

6) Evitar ambientes quentes e úmidos.

b) terapêutica sistêmica

Os antibióticos de largo espectro são de grande utilidade no controle das lesões inflamatórias da acne. Os preferidos são as tetraciclinas, a eritromicina e a dimetilclortetraciclina. A escolha recai para a tetraciclina por ser a mais efetiva, barata e inócua, devendo ser substituída apenas nos casos de intolerância; pode ser usada, a partir dos nove anos, sem qualquer prejuízo. Ela atua impedindo a transformação de triglicéridos em ácidos graxos livres ao inibir as lipases produzidas pelas bactérias anteriormente referidas. A sua ação é lenta e paralela à impregnação da camada basal das glândulas sebáceas e por isto sua administração deve ser prolongada. A eritromicina e dimetilclortetraciclina também diminui a formação de ácidos graxos livres. A tetraciclina não deve ser administrada em gestantes, após o terceiro mês de gravidez, já que inibe o crescimento ósseo fetal e se deposita nos dentes em desenvolvimento.

Aconselha-se a utilização de complexo B paralelo ao uso de tetraciclina.

As sulfas de ação lenta, bem como a associação sulfametoxina-trimetropin, podem ser utilizadas; as sulfonas são indicadas nas acnes císticas, conglobatas rebeldes.

Os anticoncepcionais são indicados nos casos rebeldes com evidente piora pré-menstrual e nas pacientes mais idosas; são preferidos os tipos seqüenciais.

O uso de corticóide é indicado apenas nos casos em que o componente inflamatório é intenso e rebelde.

O uso de diuréticos tem sua indicação em mulheres quando houver retenção urinária pré-menstrual.

c) terapêutica tópica:

A limpeza da pele é essencial. Recomenda-se a lavagem do rosto várias vezes por dia com água morna, podendo ser utilizado sabão à base de hexaclorofeno, laurilsulfato de sódio ou de trietanolamina.

Ao lado da limpeza, recomenda-se o uso de substâncias esfoliativas e desengordurantes como enxofre, a resarcina, o ácido salicílico, o peróxido de Benzoi-la e a vitamina A ácida (tretinoína).

d) cirurgia da acne:

Consiste na extração em consultório de comedões, drenagem de pústulas, cistos e abscessos. Pode ser semanal, quinzenal ou mensal.

e) esfoliação química:

Promove a descamação da epiderme superficial. Pode seguir à cirurgia da acne; é realizada com ácido tricloroacético, enxofre ou resorcina ou ácido salicílico em altas concentrações.

f) Crioterapia:

Provoca eritema e descamação da pele; é feita com dióxido de carbono (gelo seco) ou associação deste com flor de enxofre e acetona.

g) luz ultra-violeta:

É útil principalmente nos casos em que há nítida melhora com a exposição ao sol, provoca escamação da pele.

h) radioterapia:

Atualmente, é apenas utilizada nos casos muito severos.

i) dermoablação:

Indicada para as cicatrizes deformantes. Deve-se fazer o prévio teste para se verificar pigmentação residual.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - ANDRENS, G.C. et alii - *Tratado de dermatologia*. Barcelona, Salvat, 1965.
- 2 - BECHELLI, L.M. e CURBAN, G.V. - *Compêndio de dermatologia*. 3.ed. São Paulo, Atheneu, 1967.
- 3 - CONSTANTINO, M.A. - "Diagnose e terapêutica da acne vulgar". *Atual med.*, 9(9), 1973.
- 4 - MAZZINI, M.A. et alii - *Dermatologia prática*. Buenos Aires, Lopes, 1968.
- 5 - RABELLO, F.E. e FRAGA, S. - *Atlas de dermatologia*. Rio de Janeiro, Guanabara, Koogan, 1970.
- 6 - REISNE, R.M. e STERNBERG, T.H. - "Acne vulgaris y dermatitis seborreica". In: CORTES, J.L. - *Dermatologia clínica*. México, Union Grafica, 1972. v.1., p. 496-517.