

Acné agminata: presentación de un caso

Nathalie Quiroz-Valencia¹; Edgar Andrés Lozano-Ponce²

RESUMEN

El acné agminata o lupus miliaris disseminatus faciei es una patología inflamatoria poco frecuente, que tiene predilección por la cara y puede afectar a adultos jóvenes. Se manifiesta con pápulas y pústulas y en la histopatología se observan granulomas tuberculoides. Su patología es poco entendida y se enfoca posiblemente en el espectro de la rosácea granulomatosa.

PALABRAS CLAVE: Acné; Granulomas; Lupus miliaris; Rosácea.

ACNE AGMINATA: A CASE REPORT

SUMMARY

Acne agminata or lupus miliaris disseminatus faciei is an inflammatory pathology infrequent that has predilection for central and periocular skin face and can affect young adults. It is manifested by papules and pustules. Histopathology is characterized by tuberculoid granulomas. The etiology is unknown, possibly on the spectrum of granulomatous rosacea.

KEY WORDS: Acne; Granulomas; Lupus miliaris; Rosacea.

1. Especialista en Dermatología y cirugía dermatológica, master en dermatología estética.
ORCID <https://orcid.org/0000-0002-0224-7416>
2. Especialista en Dermatología y cirugía dermatológica. ORCID <https://orcid.org/0000-0001-6498-7332>

Correspondencia: Edgar Andrés Lozano Ponce; **email:** edalpo1@hotmail.com

Recibido: 11/04/21; **aceptado:** 31/12/21

Cómo citar: Quiroz, N; Lozano, EA. Acné agminata. Rev Asoc Colomb Dermatol. Vol 29(4): octubre - diciembre, 2021, 295-299.
DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1580>

Financiación: ninguna, **conflictos de interés:** ninguno

INTRODUCCIÓN

El acné agminata, también denominado *lupus miliaris disseminado facial*, es una patología inflamatoria crónica poco frecuente, que afecta a adolescentes y adultos jóvenes y se caracteriza clínicamente por la aparición de pápulas eritematosas múltiples en la región centrofacial, que deja cicatrices atróficas⁽¹⁾. Presentamos el caso de una mujer de 19 años, con múltiples lesiones papulares y placas eritematosas en la cara con hallazgos histopatológicos compatibles con acné agminata y con buena respuesta al tratamiento con isotretinoína oral y dapsona tópica.

CASO CLÍNICO

Mujer de 19 años, que consulta por cuadro de aproximadamente cuatro meses de evolución de aparición de brote papular en la región perioral. La paciente comentó que inicialmente asoció las lesiones al uso de crema depilatoria; luego el brote se extendió y afectó las mejillas de forma bilateral, con prurito como síntoma asociado. Solicitó consulta con el médico ge-

neral, quien indicó manejo con doxiciclina en 100 mg diarios, durante dos meses sin mejoría.

La paciente no tenía antecedentes patológicos de importancia. Como método anticonceptivo usaba acetato de ciproterona oral. No usaba otros medicamentos o suplementos de vitaminas.

Al examen físico se observan múltiples lesiones en la zona perioral, de aspecto papular y eucrómicas brillantes; en las mejillas se observan lesiones tipo pápulas y placas eritematosas con superficie costrosa (**Figura 1**). El resto del examen físico es normal.

Se comentó el caso clínico de la paciente con el grupo regional de estudio de acné y en junta de dermatología se recomendó solicitar biopsia de piel por el grado de inflamación y el tipo de lesiones en la paciente.

Se practicaron dos biopsias cutáneas de lesiones en la mejilla y el mentón, en las cuales se observó un epitelio adelgazado con hiperqueratosis ortoqueratósica compacta y ablación de la red de crestas interpapilares.

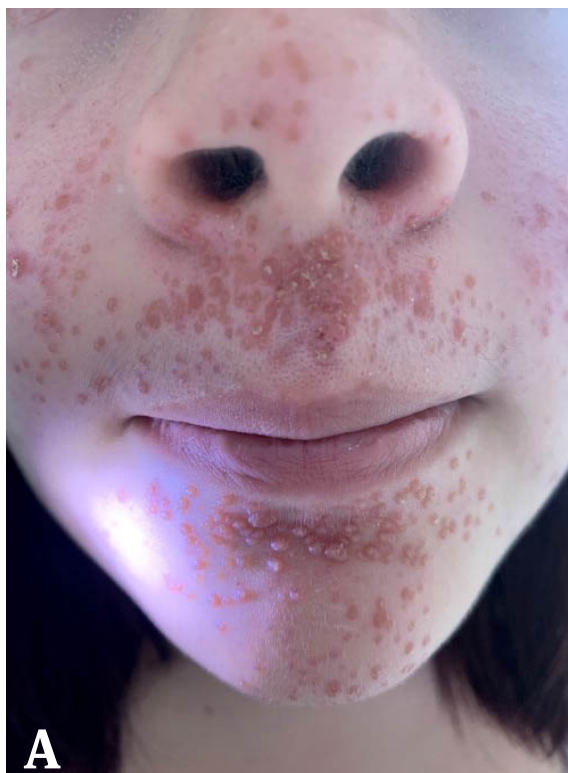


Figura 1. Pápulas y placas eritematosas con superficie costrosa en la zona perioral **A)**, y zona periorcular y mejillas **B)**. Fotografías autorizadas por la paciente.

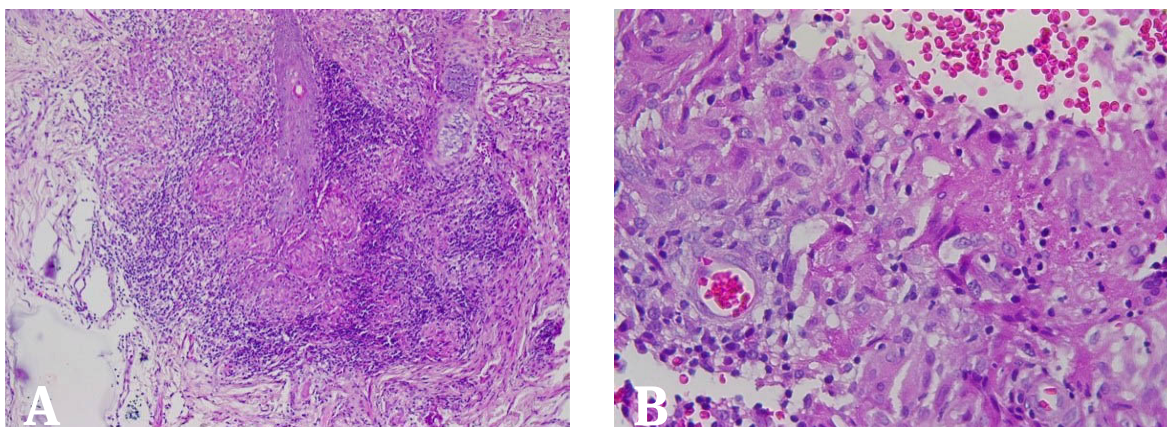


Figura 2. Histopatología de acné agminata. Reacción granulomatosa tuberculoide **A**). Infiltrado inflamatorio mixto con histiocitos, linfocitos y células gigantes multinucleadas **B**). Hematoxilina eosina.

En la dermis superficial y profunda se observó un infiltrado mixto que constituye granulomas foliculares tuberculoideos acompañados de una corona de linfocitos, acúmulos de histiocitos y en uno de ellos necrosis fibrinoide en el centro del granuloma.

Se observaron algunos linfocitos y plasmocitos en el infiltrado inflamatorio. Estas células formaron acúmulos de tamaño variable, que se localizaban en la dermis reticular media y profunda y además se ubicaban hacia la unión dermoepidérmica. En las diferentes áreas rodeaban a los anexos cutáneos, en particular los folículos pilosos (**Figura 2**). Estos hallazgos correspondieron a inflamación granulomatosa crónica folicular tuberculoide con focos de necrosis fibrinoide consistente con acné agminata.

Se presenta el caso con el consentimiento informado de la paciente.

La paciente recibió tratamiento con isotretinoína en 20 mg/día por vía oral, dapsona al 5 % tópica dos veces al día y se continuó el acetato de ciproterona como anticonceptivo. Después de 1 mes de tratamiento la paciente ya no presentaba lesiones inflamatorias, solamente cicatrices atróficas y algunos comedones cerrados y costras superficiales (**Figura 3**).

DISCUSIÓN

El acné agminata, también denominado *lupus miliar disseminado facial*, es una enfermedad inflamatoria

granulomatosa crónica poco frecuente; se presenta en adultos jóvenes entre la segunda y la cuarta década de la vida, con un ligero predominio en los varones. Hay casos descritos en niños y adultos mayores ⁽¹⁻⁴⁾.

La etiología y la patogenia de la enfermedad aún son muy poco conocidas e inciertas. Inicialmente, el acné agminata fue considerado como una tuberculoide o variante del lupus vulgar. Para algunos autores podría ser una reacción granulomatosa a la *Demodex folliculorum*, pero no hay suficiente información al respecto. En cuanto a su etiología, otros autores plantean que podría tratarse de una reacción granulomatosa causada por un cuerpo extraño o mediada por inmunidad celular secundaria a una ruptura de la pared folicular o de un quiste epidérmico, o podría representar una forma de rosácea granulomatosa ⁽¹⁻⁶⁾.

El acné agminata se manifiesta clínicamente como pápulas de 1 a 3 mm de tamaño, eritematosas, amarillentas o de color marrón y de superficie lisa o costrosa; en ocasiones pueden aparecer pústulas. Las lesiones se localizan simétricamente en la región central de la cara y afectan, por lo tanto, a las mejillas, la nariz, los párpados, los surcos nasogenianos, los labios superiores y el mentón. También se ha descrito que puede haber diseminación hacia las axilas, los brazos, las piernas y el tronco, con menor frecuencia. El curso clínico de la enfermedad es crónico, de 1 a 2 años de evolución. Se ha descrito que la enfermedad puede resolver espontáneamente hacia el segundo año de evolución y que deja como consecuencia cicatrices pigmentadas y atróficas tipo varioliforme ⁽¹⁻⁶⁾.



Figura 3. Acné agminata. Resolución de las pápulas y las pústulas luego del tratamiento con isotretinoína. Cicatrices varioliformes periorbitarias y en las mejillas **A)** y en la zona centrofacial **B).** Fotografías autorizadas por la paciente.

Puntos clave

- El acné agminata o lupus miliaris disseminatus faciei es una enfermedad inflamatoria crónica granulomatosa.
 - La patogénesis aún no es del todo comprendida; en la actualidad, se considera posiblemente en el espectro de la rosácea granulomatosa.
 - Se caracteriza por pápulas y pústulas que pueden dejar cicatrices varioliformes y granulomas tuberculoides en la histopatología.
 - En el manejo se han administrado doxiciclina, corticosteroides e isotretinoína, entre otros.
-

Debe realizarse el diagnóstico diferencial con otras patologías papulopustulares, como rosácea, dermatitis perioral, acné vulgar, sarcoidosis, lupus vulgar, criptococosis, molusco contagioso, histoplasmosis, micobacterias atípicas, siringomas, tricopetiliomas, entre otras patologías cutáneas ⁽¹⁾.

Debe llevarse a cabo biopsia ante la sospecha clínica de acné agminata para confirmar el diagnóstico. El acné agminata histológicamente muestra un infiltrado linfocitario perianexial y perivascular con algunos histiocitos y neutrófilos en etapas tempranas. Típicamente es característica en la dermis la presencia de

granulomas de tipo tuberculoide con linfocitos, células epiteloideas y gigantes con áreas de necrosis caseosa. También se han reportado variantes con granulomas tipo sarcoidal con compromiso perifolicular, con neutrófilos abscedados o con necrosis caseosa. En lesiones antiguas se observa fibrosis con linfocitos, histiocitos y neutrófilos con localización perifolicular. Debe realizarse el diagnóstico histopatológico diferencial con patologías granulomatosas como sarcoidosis y tuberculosis^(1, 4, 5-7).

El acné agminata es una patología de difícil manejo, en la cual se han utilizado múltiples terapias con poca evidencia y poca eficacia. La primera elección en el manejo de esta patología es las tetraciclinas como la doxiciclina; también se han administrado corticosteroides orales en dosis bajas. La prednisolona administrada en la fase temprana de la enfermedad podría reducir la formación de cicatrices. En cuanto a la isotretinoína, se ha reportado que esta acelera la resolución de la patología^(1, 4, 5, 6, 8, 9).

Otras opciones de manejo son la clofazimina, que puede constituir una segunda línea de tratamiento eficaz^(1, 10). Se ha reportado la eficacia de la dapsona oral como primera y segunda línea de tratamiento, en algunos casos asociada a tacrólimus tópico (5). La dapsona tópica en presentación en gel ha demostrado propiedades antimicrobianas y antiinflamatorias en el acné vulgar en concentraciones al 5 % y al 7,5 % y puede ser una buena opción para el manejo tópico del acné agminata; se recomienda evitar su uso en pacientes con deficiencia de la enzima glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa (G6PD). Habitualmente produce reseca, prurito y eritema en la zona de aplicación⁽⁵⁾.

También se ha descrito la terapia combinada de doxiciclina con isoniazida en enfermedad recalcitrante y la terapia láser (láser diodo de 1450 nm)^(5, 6). Se recomienda un tratamiento temprano para prevenir las cicatrices desfigurantes; sin embargo, por lo súbito y explosivo que puede ser este cuadro, no siempre es posible prevenirlas^(1, 4-6).

En nuestro caso, la paciente recibió doxiciclina en 100 mg diarios durante dos meses, sin mejoría, por lo que luego de confirmar el diagnóstico con histopatología y después de un período de lavado de la doxiciclina, se decidió iniciar el tratamiento con isotretinoína oral en 20 mg/día y dapsona en gel al 5 % dos veces al día, con lo que se obtuvo mejoría al mes de tratamiento. Es importante el estudio histopatológico a fin de esclarecer el diagnóstico y descartar otros diferenciales.

REFERENCIAS

1. Lorenz AM, Romano MS, Gallardo C. Lupus miliaris disseminado facial - acné agminata. Arch Argent Dermatol. 2007;58(6):237-40.
2. Fussi C, Villada J, Leroux MB, Fristchy M, Monti J, Fernández Bussy R. Lupus miliaris disseminado facial. Dermatol Argent. 2004;10:297-302.
3. Bedlow AJ, Otter M, Marsden RA. Axillary acne agminate (Lupus miliaris disseminatus faciei). Clin Exp Dermatol. 1998;23(3):125-8. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2230.1998.00333.x>
4. Raghu R, Carlson JA, Wladis E. Ocular Adnexal Acne Agminata: Histopathological and Clinical Case Series. Ophthalmic Plast Reconstr Surg. 2016;32(2):150-3. <https://doi.org/10.1097/IOP.0000000000000631>
5. Ferguson L, Fearfiel L. Topical dapsone gel is a new treatment option for acne agminata. Clin Exp Dermatol. 2019;44(4):453-5. <https://doi.org/10.1111/ced.13742>
6. Ganzetti G, Giuliadori K, Campanati A, Simonetti O, Goteri G, Offidani AM. Doxycycline-isoniazid: a new therapeutic association for recalcitrant acne agminata. Dermatol Ther. 2012;25(2):207-9. <https://doi.org/10.1111/j.1529-8019.2012.01442.x>
7. El Darouti M, Zaher H. Lupus miliaris disseminatus faciei – pathologic study of early, fully developed, and late lesions. Int J Dermatol. 1993;32(7):508-11. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4362.1993.tb02835.x>
8. Uesugi Y, Aiba S, Usuba M, Tagami H. Oral prednisone in the treatment of acne agminata. Br J Dermatol. 1996;134(6):1098-100.
9. Berbis P, Privat Y. Lupus miliaris disseminatus faciei: efficacy of isotretinoin. J Am Acad Dermatol. 1987;16(6):1271-2. [https://doi.org/10.1016/s0190-9622\(87\)80038-5](https://doi.org/10.1016/s0190-9622(87)80038-5)
10. Seukeran DC, Stables GI, Cunliffe WJ, Sheehan-Dare RA. The treatment of acne agminata with clofazimine. Br J Dermatol. 1999;141(3):596-7. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2133.1999.03084.x>