

Simulador de celulitis facial en paciente con colitis ulcerosa

Jaime Pérez-Wilson¹, Paulina Salinas², Viviana García³

¹Servicio de Dermatología, Clínica Alemana de Santiago.

Santiago de Chile

²Médico cirujano,

Universidad del

Desarrollo, Hospital

Padre Hurtado,

Santiago de Chile

³Servicio de

Dermatología

Medicinen. Santiago,

Chile.

Trabajo no recibió financiamiento. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido:

26 de abril 2023,

Aceptado:

14 de mayo 2024.

Correspondencia

autor:

Jaime Pérez-Wilson

Email:

jjperezw@yahoo.es

RESUMEN

El acné fulminans (AF) corresponde a una variante del acné, que se presenta con baja prevalencia; siendo la variante más severa del acné nodular. Se presenta un caso de AF tratado exitosamente con Isotretinoína y prednisona. Paciente masculino de 25 años, con antecedentes de colitis ulcerosa (CU) y acné en tratamiento con limeciclina, consulta por cuadro de deterioro local, aumento de volumen doloroso en región facial, periorbitaria izquierda y fiebre mayor a 38°. La tomografía computarizada (TC) facial con contraste impresionaba una celulitis facial izquierda por lo que se diagnosticó inicialmente una celulitis secundaria en un paciente inmunodeprimido. Se hospitaliza para manejo antibiótico endovenoso, y dada la persistencia de síntomas, se presenta al equipo de dermatología. Al examen físico se evidenció papulopústulas, comedones abiertos y cerrados aislados, nódulos inflamatorios tipo placas, algunos ulcerados, sobre base eritematosa, con signos inflamatorios, edema de predominio en zona frontal y en ambas mejillas. Dentro del estudio destacaba cultivo de lesiones cutáneas con desarrollo de *Staphylococcus epidermidis*, leve anemia y aumento de parámetros inflamatorios. Se diagnóstica AF en paciente con antecedente de CU. Se inició tratamiento oral combinado de isotretinoína 5 mg/día y prednisona 20 mg/día, clindamicina loción 2 veces/día en costras y erosiones. Dada la disminución del edema y eritema, se suspendió la prednisona a los 20 días y se aumentó la isotretinoína paulatinamente, evolucionando con cicatrices atróficas y resolución del AF en 30 días de tratamiento. Se presenta este caso por su baja frecuencia además de una variación a las terapias normalmente utilizadas.

Key words: acné fulminans; celulitis; colitis ulcerosa; isotretinoína

ABSTRACT

Acne fulminans (AF) corresponds to a variant of acne, which presents with low prevalence and represents the most severe form of nodular acne. A case of AF in a male patient of 25 years of age with a history of ulcerative colitis (UC) and acne under treatment with limecycline is reported. The patient presented with a local deterioration, painful swelling in the left periorbital and facial regions, and fever higher than 38°. Facial CT with contrast showed left facial cellulitis with mild sinus changes, and initially, secondary cellulitis in an immunocompromised patient was diagnosed. The patient was hospitalized for intravenous antibiotic management, and the dermatology team was consulted due to persistent symptoms. On physical examination, papulopustules, isolated open and closed comedones, inflammatory nodules in the form of plaques, some ulcerated, were found on an erythematous base, with inflammatory signs and predominantly edema in the frontal area and both cheeks. The culture of cutaneous lesions highlighted the development of *Staphylococcus epidermidis*, mild anemia, and increased inflammatory parameters. AF was diagnosed in a patient with a history of UC. Combined oral treatment with isotretinoin 5 mg/day and prednisone 20 mg/day, clindamycin lotion 2 times/day on crusts and erosions was initiated. Due to the marked decrease in edema and erythema, corticosteroids were withdrawn and isotretinoin was increased, leading to atrophic scars and resolution of AF at 30 days of treatment. This case is presented due to its low frequency and variation from the therapies normally used.

Palabras claves: acné fulminans; celulitis; ulcerative colitis; isotretinoin

El acné fulminans (AF), corresponde a una variante del acné, que se presenta con una baja prevalencia y que por lo demás corresponde a la variante más severa del acné nodular. Esta entidad es realmente un desafío para los médicos, ya que suele ser de difícil diagnóstico, además de tener una baja respuesta a los tratamientos convencionales. En esta oportunidad, se presenta un caso clínico de un paciente con AF que fue tratado exitosamente con Isotretinoína y prednisona.

REPORTE DE CASO

Paciente masculino de 25 años, con antecedente de colitis ulcerosa (CU) en tratamiento con sulfasalazina 3 g/día y azatioprina 100 mg/día y acné en tratamiento con limeciclina, consulta en servicio de urgencias de Clínica Alemana Santiago, por cuadro de deterioro local, aumento de volumen doloroso en región facial, periorbitaria izquierda y fiebre mayor a 38°. Se solicita TC facial con contraste, que impresionaba como una celulitis facial izquierda. Se diagnostica inicialmente como celulitis secundaria en un paciente inmunodeprimido. Se hospitaliza para manejo antibiótico endovenoso (ceftriaxona 2 g/día y clindamicina 600 mg/día).

A los dos días, por persistencia de síntomas y fiebre, se suspende ceftriaxona y se presenta al equipo de dermatología.

A la exploración física se evidenció gran cantidad de papulopústulas, comedones abiertos y cerrados aislados, nódulos inflamatorios tipo placas, algunos ulcerados, sobre base eritematosa, con signos inflamatorios, edema de predominio en zona frontal y en ambas mejillas (Figuras 1 y 2).

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Laboratorio

- Cultivo de lesiones cutáneas hubo desarrollo de *Staphylococcus epidermidis*
- PCR virus varicela zoster negativo
- Pruebas hepáticas normales

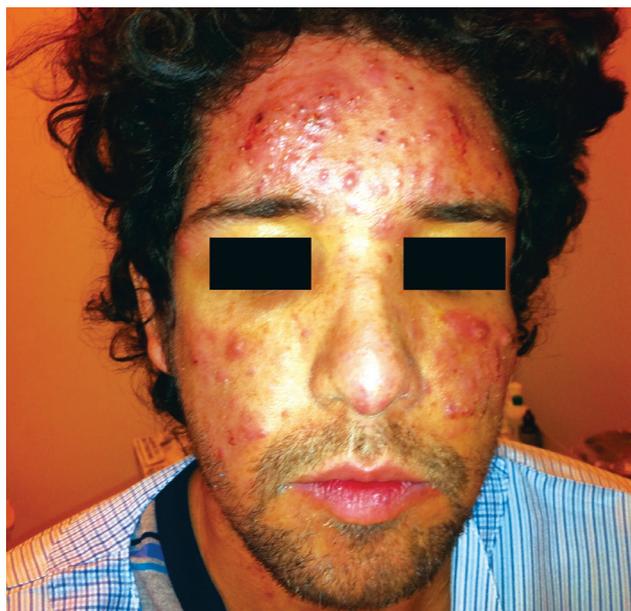


Figura 1

Acné fulminans. Primera vez evaluado por el equipo de dermatología. Pápulo-pústulas abundantes con lesiones nódulo-quísticas.



Figura 2

Acné fulminans. Primera vez evaluado por el equipo de dermatología. Pápulo-pústulas abundantes con placa eritematosa de 5 centímetros de diámetro "celulitis-like".

- Al hemograma destacaba anemia leve (Hemoglobina 12,4 g/dL), leucocitosis (11800/mm³) con neutrofilia (RAN 8083/mm³). Sedimentación globular (57 mm/h) y PCR (6,96 mg/dL) aumentadas.

TC facial: Signos de celulitis periorbitaria izquierda. Leves cambios inflamatorios sinusales.

DIAGNÓSTICO

Con este cuadro clínico el equipo de dermatología realizó el diagnóstico de Acné fulminans en paciente con antecedente de colitis ulcerosa.

TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Se inició tratamiento oral combinado con isotretinoína 5 mg/día y prednisona 20 mg/día más clindamicina loción 2 veces/día en costras y erosiones. Al control en 6 días, presentó disminución del edema y eritema, al siguiente control, en 13 días, se observó una resolución del 80% de las lesiones (Figura 3), por lo que se suspendió el tratamiento con prednisona a los 20 días de tratamiento y se aumentó la isotretinoína paulatinamente hasta llegar a los 30 mg/día, evolucionando con cicatrices atróficas y resolución del AF al cabo de 30 días de tratamiento. Posteriormente se mantuvo el tratamiento con Isotretinoína 30 mg/día durante 5 meses sin presentar efectos adversos.



Figura 3
Acné fulminans. Paciente en su segundo control, a los 13 días de tratamiento, con una resolución del 80% de las lesiones.

DISCUSIÓN

El acné es una patología dermatológica muy común, especialmente en adolescentes, y presenta diversas variantes. Entre ellas se encuentra el AF, una variante poco frecuente y aún no comprendida del todo, que además corresponde la forma más severa del acné nódulo-quístico.^{1,2} Se suele presentar entre los 13 a 22 años, sobretodo en varones,^{1,2,3} con una clínica particular, donde se presenta con un inicio brusco, con rápido desarrollo de úlceras cutáneas y lesiones necróticas, llevando al desarrollo de cicatrices. Además puede incluir síntomas sistémicos, donde se incluye compromiso del estado general brusco, fiebre, poliartalgias, mialgias; requiriendo en muchos casos estudios adicionales e incluso hospitalización.^{1,2,3}

El manejo de esta patología es complejo debido a la mala respuesta a los tratamientos clásicamente utilizados en acné;^{1,2} cabe mencionar que el uso de isotretinoína cuenta también con gran cantidad de efectos adversos ampliamente descritos en la literatura, dentro de los que destacan la teratogenicidad, hepatotoxicidad, hiperlipidemia anemia y leucopenia, xerosis, queilitis, además de inducir o empeorar casos de AF.^{1,2,4,5,6}

En esta oportunidad, presentamos un caso de AF, que según la clasificación propuesta por Greywalt et al. corresponde a un caso de AF con síntomas sistémicos,¹ en un paciente con antecedentes de CU. En un principio se interpretó como celulitis facial y luego del tratamiento frustrado para esta hipótesis diagnóstica, fue tratada como AF con un tratamiento combinado con prednisona e isotretinoína en forma simultánea, con una excelente respuesta. En este caso presentamos una nueva opción en el esquema de tratamiento a esta patología, ya que el tratamiento habitualmente descrito se inicia con prednisona en monoterapia y luego, a las 2-4 semanas, isotretinoína.^{1,2,3}

Es difícil conseguir buenos estudios por la baja incidencia de esta enfermedad. Los casos asociados a pacientes con CU son aún más limitados en la literatura se han descrito 2 casos de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, uno con Enfermedad de Crohn que presentó su debut simultáneo al AF,⁷ mientras que el otro caso era un paciente con antecedentes de CU, que presentó AF sin cambios en el curso de la

CU, y que fue tratado exitosamente con prednisona.³ Se habla de una asociación aparentemente neutrofílica entre estas dos enfermedades,^{1,3,4} sin embargo no se ha podido establecer una asociación entre estas.^{3,7} Por otro lado, el uso de isotretinoína también es controversial en pacientes con CU, e incluso esta última ha sido considerada como un eventual efecto adverso pero en los últimos estudios no se ha encontrado asociación.^{5,6,8,9} De igual forma se propone ser cautelosos en casos concomitantes de AF y CU con el uso de isotretinoína.^{3,5,6,7,8,9}

Es interesante comentar que este caso inicialmente se interpretó como celulitis facial en un paciente inmunosuprimido, avalado por TC. Se debe considerar que la celulitis se presenta generalmente como placa unilateral, eritematosa, dolorosa, de bordes mal definidos, asociada a puerta de entrada, no en contexto de acné.¹⁰

CONCLUSIÓN

El AF es una enfermedad poco frecuente, relevante para el conocimiento médico, donde agregamos un esquema asociando desde el inicio prednisona con isotretinoína con una rápida y exitosa respuesta en nuestro paciente.

REFERENCIAS

1. Greywal, T., Zaenglein, A. L., Baldwin, H. E., Bhatia, N., Chernoff, K. A., Del Rosso, J. Q., Eichenfield, L. F., Levin, M. H., Leyden, J. J., Thiboutot, D. M., Webster, G. F., & Friedlander, S. F. (2017). Evidence-based recommendations for the management of acne fulminans and its variants. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 77(1), 109–117. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2016.11.028>
2. Seukeran, D. C., & Cunliffe, W. J. (1999). The treatment of acne fulminans: a review of 25 cases. *The British journal of dermatology*, 141(2), 307–309. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2133.1999.02982.x>
3. Wakabayashi, M., Fujimoto, N., Uenishi, T., Danno, K., & Tanaka, T. (2011). A case of acne fulminans in a patient with ulcerative colitis successfully treated with prednisolone and diaminodiphenylsulfone: a literature review of acne fulminans, rosacea fulminans and neutrophilic dermatoses occurring in the setting of inflammatory bowel disease. *Dermatology (Basel, Switzerland)*, 222(3), 231–235. <https://doi.org/10.1159/000324226>
4. Oranges, T., Insalaco, A., Diociaiuti, A., Carnevale, C., Strippoli, R., Zambruno, G., Tomà, P., & El Hachem, M. (2017). Severe osteoarticular involvement in isotretinoin-triggered acne fulminans: two cases successfully treated with anakinra. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV*, 31(6), e277–e279. <https://doi.org/10.1111/jdv.14022>
5. Rademaker M. (2010). Adverse effects of isotretinoin: A retrospective review of 1743 patients started on isotretinoin. *The Australasian journal of dermatology*, 51(4), 248–253. <https://doi.org/10.1111/j.1440-0960.2010.00657.x>
6. Vallerand, I. A., Lewinson, R. T., Farris, M. S., Sibley, C. D., Ramien, M. L., Bulloch, A. G. M., & Patten, S. B. (2018). Efficacy and adverse events of oral isotretinoin for acne: a systematic review. *The British journal of dermatology*, 178(1), 76–85. <https://doi.org/10.1111/bjd.15668>
7. McAuley, D., & Miller, R. A. (1985). Acne fulminans associated with inflammatory bowel disease. Report of a case. *Archives of dermatology*, 121(1), 91–93.
8. Etmiman, M., Bird, S. T., Delaney, J. A., Bressler, B., & Brophy, J. M. (2013). Isotretinoin and risk for inflammatory bowel disease: a nested case-control study and meta-analysis of published and unpublished data. *JAMA dermatology*, 149(2), 216–220. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2013.1344>
9. Borobio, E., Arín, A., Valcayo, A., Iñarrairaegui, M., Nantes, O., & Prieto, C. (2004). Isotretinoína y colitis ulcerosa. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 27(2), 241–243. Recuperado en 19 de febrero de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272004000300009&lng=es&tng=es.
10. Raff, A. B., & Kroshinsky, D. (2016). Cellulitis: A Review. *JAMA*, 316(3), 325–337. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.8825>