

## ACNE CONGLOBATA GENERALIZADA

**Dr. Flaviano Silva**

(Catedrático de Clínica Dermatológica e Sifilográfica da  
Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia e

**Dr. Alfredo Bahia Monteiro**

Assistente da mesma Faculdade

(J. F. O.), pardo, solteiro, com 22 anos de idade, lavrador natural da Bahia, residente em S. Barbara, município de Feira de Santana, entrou no Hospital S. Isabel no dia 30 de agosto de 1948, cabendo-lhe o leito n.º 18 da enfermaria S. Vicente.

**ANTECEDENTES FAMILIARES** — Pai morto, ha cerca de um ano, em consequencia de doença da garganta acompanhada de rouquidão e depois afonia e grande emagrecimento (tuberculose?) — Tinha então 48 anos de idade e havia sofrido de escrofulas, sífil's e reumatismo, razão pela qual se internára no Hospital da Feira de Santana, onde tomou muitas injeções não sabe de que.

A mãe falecera, ha nove anos, depois de um parto.

Tem seis irmãos vivos, aparentemente saãos, e quatro mortos de causas por ele ignoradas.

**ANTECEDENTES PESSOAIS** — Nascido a termo de parto natural. Na infancia teve erisipela da face, sarampo, varicela e parotidite epidemica; aos 10 para 12 anos manifestaram-se lesões ulcerosas nas côxas e nas pernas que curaram com o uso de depurativos e applicação de pomada de oxido vermelho de mercurio, deixando cicatrizes arredondadas de contorno hiperpigmentado.

---

(\*) Com a Soc. Bras. de Dermatologia e Sifilografia (secção da Bahia) 1949

Aos 15 anos, apareceram comedões e espinhas na face, pescoço e tronco e por fim nos braços. Aos 17 anos, adquiriu a sarna. Nega qualquer antecedente venereo mesmo porque até esta data não teve relações sexuais. Não bebe, nem fuma.

**HISTORIA DA DOENÇA ATUAL** — Ha uns 2 anos apareceram-lhe novos comedões, papulopustulas e pequenos abscessos na teta, no nariz e nas bochechas, lesões que por ele exprimidas davam saída a pus, de mistura com sangue.

Ha um ano outras lesões semelhantes às primeiras surgiram tambem pelo corpo, principalmente na nuca, parte superior do torax e côxas.

Tomou então seis injeções de penicilina sem resultado; por isto veio à procura de tratamento nesta Capital.

**ESTADO ATUAL** — Individuo pouco desenvolvido com 1,55 de altura e 50 k. de peso; tipo picnico; panículo adiposo regularmente distribuido, dentes mal implantados. Pele seborreica. Testa crivada de cicatrizes irregulares, deprimidas, redondas umas, ovais outras, mas todas de pequenas dimensões e numerosas pustulas minúsculas. Dos lados da face simetricamente dispostas, à guisa de suíças, lesões ulcero-vegetantes, irregulares, de bordas aderêntes, em parte revestidas de crôstas espessas por baixo das quais se acumula pus em abundancia e cicatrizes queloidiformes formando cordões alongados e pequenas pontes (Bructennarben de Lang,) sob as qua's se passa facilmente um estilête. Notam-se ainda na face 4 linguêtas cicatriciais flutuantes que lembram até certo ponto o acrocordon; no mento existem lesões analogas em parte cicatrizadas e um pequeno cisto, supurado; na parte anterior do torax: lesões ulcero-vegetantes arredondadas, de grandes dimensões, cobertas por crostas e cicatrizes irregulares, confluentes na região esternal; na nuca e no limiar do couro cabeludo varias lesões arredondadas ou ovais, salientes, revestidas de crôstas espessas que retêm grande quantidade de pus.

Na parede abdominal e nas côxas ha cicatrizes de contorno pigmentado e de forma mais ou menos arredondada. No dorso do doente vêem-se grandes cicatrizes e elementos pustulo-crostopos de varias dimensões, confluentes no terço superior. Quando se destacam as crôstas, as lesões sangram abundantemente e mostram a superficie rubra lisa e saliente. Faneros indênes. Fenomenos subjectivos não os acusa o paciente, cujo estado geral é relativamente bom.

EXAMES DE LABORATORIO:

O pus das lesões contem poucos estafilococos.

URINA — O primeiro exame praticado a 7 de junho de 1949 deu o seguinte resultado:

Densidade: 1014 Reação acida. Materiais solidos: 36,14.

Urobilina: traços Albumina e Sangue: presentes. Glicose, pigmentos biliares, acidos biliares: ausentes.

Exame microscopico do sedimento urinario: celulas epiteliaes das vias urinarias inferiores: procitos: 8 centimetro cubico em media; hemacias media 20 p. c.; cristais de oxalato de calcio, bacterias.

A 20 de julho de 1949 o resultado mantinha-se o mesmo.

FÉZES: ovohelminthoscopia negativa.

SANGUE: Reação de Wassermann fortemente positiva. Hemograma feito a 26 de junho de 1949 era o seguinte:

Hemacias . . . . .	3.000.000
Hemoglobina . . . . .	76% . . . 11 grs.
Volume globular . . . . .	36%
Volume corpuscular . . . . .	109u2
Hemoglobina corpuscular media . . . . .	34yy
Concentração media de hemoglobina corpuscular . . . . .	30%
Leucocitos . . . . .	10,200

Equilíbrio leucocitario:

Basofilos . . . . .	0%	}	mielocitos . . . . .	0%
Eosinofilos . . . . .	12%		jovens . . . . .	1%
Neutrofilos . . . . .	69%		em bastão . . . . .	8%
Linfocitos . . . . .	17%		segmentados . . . . .	60%
Monocitos . . . . .	2%			

ASS. DOUTORANDO CELSO CARNEIRO DA ROCHA

EXAME HISTOPATOLOGICO DE UM FRAGMENTO DA PELE. Ficha 1061.

Epitelio de revestimento malpighiano corneo, mediamente espessado, infiltrado de neutrofilos, com as celulas do corpo mucoso um pouco afastadas e abundantes foliculos pilosos, repousando em um conjuntivo adulto, densamente infiltrado de neutrofilos, que por vezes formam microabcessos, algumas glandulas sebaceas e foliculos estão destruídos. Vasos congestos formando, às vezes, focos hemorragicos. Inflamação exsudativa aguda.

22-7-49 ASS. JOSE' COELHO DOS SANTOS

EXAME RADIOGRAFICO DO TORAX:

Transparencia satisfatoria em ambos os campos pulmonares. Ha um nodule calcificado no campo medio esquerdo. Imagem cardiovascular sem alteração de nota

Bahia, 23-6-94 — Ass. José Sobrinho.

DIAGNOSTICO. Quando vimos o doente pela primeira vez, julgamos tratar-se de manifestações sífilíticas em terreno tuberculoso num individuo pouco asseiado.

Estudando melhor o caso chegamos à conclusão que realmente tínhamos deante de nós um caso de acne conglobata em sífilítico congenito.

O Professor Ramos e Silva, de passagem na Bahia, teve ocasião de examinar o doente ja internado no Hospital S. Isabel, e fez o diagnostico de acne conglobata.

TRATAMENTO — A princípio, basêados na anamnêse e no resultado da reação de Wassermann instituímos o tratamento antissifilítico por meio de injeções de bismuto e arsenico. Não tendo obtido as melhoras esperadas, mudamos de orientação e intensificamos o tratamento pelas vitaminas A e D, ao lado dos curativos das lesões. O paciente melhorou muito das lesões cutâneas, mas o exame da urina revelou ainda grande quantidade de albumina e sangue.

A 26 de junho de 1949, o estado do doente era o seguinte:

na testa cicatrizes irregulares, de pequenas dimensões, deprimidas, algumas pustulas do tamanho da cabeça de um alfinete; na raiz do nariz, pequena cicatriz oval deprimida, e uma pustula acneica; na parte media do nariz cicatriz alongada e pustulas acneicas; nas bochêchas grandes cicatrizes alongadas e salientes delimitam superficies baixas e amarfanhadas das antigas lesões; sobre a cicatriz rosea, sita à direita da face, observa-se nitidamente uma arborização vascular.

Vêem-se ainda uma pequena brida em forma de ponte, sob a qual se passa facilmente o estilête, e saliencias filiformes, flu tuantes; na cauda do supercilio esquerdo ha uma linguêta com 2 centímetros de comprimento; no mento cicatrizes deprimidas, de contorno irregular, e uma linguêta; no pescoço: cicatrizes de lesões antigas; na região subclavia esquerda 3 cicatrizes alongadas com 3 centímetros de comprimento por 1 e meio de largura, tendo o centro mais claro que a periferia; abaixo desta, outra cicatriz oval com 10 centímetros de comprimento por 3 de largura; na região subclavia direita cicatriz com 8 centímetros de comprimento por 2 de largura; na região esternal, grande cicatriz irregular com três pontos ainda ulcerados e crôstosos; na região abdominal 4 cicatrizes mais ou menos arredondas e vestígios de sarna; na côxa direita uma cicatriz arredondada, enrugada, com 4 centímetros de diametro e outras menores; na côxa esquerda 3 cicatrizes, irregularmente arredondadas, com 6 centímetros de diametro.

A nuca, as espaduas e o dorso estão cobertos de cicatrizes irregulares, alongadas umas, arredondadas outras, enrugadas, ao lado de lesões ectimatoides; nas pernas notam-se cicatrizes mais antigas e de menores dimensões.

O estado geral do paciente continua bom.

O doente deixou o hospital curado das lesões cutaneas.

## CONSIDERAÇÕES

Acne conglobata é uma dermatose de marcha cronica, constituida por comedões, papulo-pustulas acneicas, cistos sebaceos e oleosos, pequenos abcessos cutaneos e subcutaneos e grandes placas salientes e supurantes, revestidas de crôstas, ao lado de cicatrizes queloidianas que formam pontes (Brueckennarben de Lang) e linguêtas flutuantes.

Lang define-a uma dermatose inflamatória cronica, de causa desconhecida, das mais rebeldes, atacando quase exclusivamente o homem, e que começa por comedões volumosos, que com o tempo sofrem certo numero de transformações; atrofias, cicatrizes queloidianas, papulo-pustulas, nodulos subcutaneos que abcedam por extensão ou fusão com elementos vizinhos, grandes placas elevadas, flutuantes de cor azul escura, com partes vegetantes e cistos oleosos que perfuram a pele, formando seios supurantes e quem curam, entamente, deixando cicatrizes em ponte.

A acne conglobata foi descrita pela primeira vez, em 1902, por Edwald Lang, no seu livro "Lehrbuch der Hautkrankheiten" e no mesmo ano por Spitzer na "Wiener Klinischer Rundschau" com o nome de Dermatitis follicularis e perifollicularis conglobata.

Reitmann deu-lhe o nome de acne conglobata e Pautrier num artigo publicado nos Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie de 1934, á pg. 285, diz preferir a denominação de acne com produções fibrosas hiperplasicas e ulcerações vegetantes serpiginosas cicatriciais.

Sabouraud e Pignot, na *Nouvelle Pratique Dermatologique*, vol. VII, pg. 58, dizem que a *perifoliculitis capitis abscedens et suffodiens* de E. Hoffmann é uma localização no couro cabeludo de esões profundas da acne conglobata, razão pela qual Sezary e Bolgest (Acne conglobata do couro cabeludo e do torax-Bulletin de La Soc. Franc. de Dermatologie et de Syphiligraphie de Dezembro de 1934 pg. 1851) não acha justo dar nomes diferentes a cada uma dessas localizações.

Por ai se vê que o assunto continúa a merecer estudo mais minucioso.

Trata-se de dermatose rara de causa não elucidada e de que os compendios de dermatologia em sua maioria, não cuidam.

No Brasil conhecemos apenas as observações de Clovis de Castro em 1940, de Olinto Orsini (1944) e a de Oswaldo Costa (1944).

É possível que existam outras, mas não as vimos registadas. O caso que ora estudamos é o primeiro observado na Bahia.

Quanto à etiologia, sabe-se que a dermatose é mais observada na Europa com predominancia nos individuos fracos do sexo masculino e de pele fortemente seborréica; não tem preferencia por esta ou aquela raça.

A sua causa é, já o dissemos, desconhecida; os estafilococos encontrados em algumas lesões não explicam a marcha da dermatose e a sua tenacidade.

Os treponemas achados em abundancia no pus de algumas lesões num doente de Pautrier tambem nada esclarecem.

Acredita-se na influencia do terreno. Ramel pensou na interferencia da tuberculose o que foi contestado por não ter apoio nas reações à tuberculina; nem nas inoculações que foram sempre negativas, nem tão pouco na estrutura das lesões.

Nicolau, de Bucarest, acha possível a avitaminose nesses casos por ter curado um caso com a dieta rica de vitaminas.

Por nossa vez pensamos que a avitaminose tem grande influencia no curso da dermatose, pois que o nosso caso só veio a ter melhora com o tratamento vitamínico de preferência com as injeções de vitaminas A e D, óleo de fígado de bacalhau, halibusan etc.





Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3