

Prof. Doutor Américo Figueiredo

Acne – A verdade e a crença

O acne vulgar é, provavelmente, a mais frequente doença da pele, que afecta 85 a 100 % da população a qualquer momento das suas vidas.. É caracterizado por pápulas foliculares não inflamatórias ou comedões e por pápulas inflamatórias, pústulas e nódulos nas suas mais severas formas.

O acne tem habitualmente um efeito psicológico de curto prazo mas com potencialidade de se manter e que pode tornar-se grave. Não tratado o acne severo ou nódulo-quístico pode dar origem a cicatrizes inestéticas ou mesmo desfigurantes, as quais são difíceis de tratar.

A acne é doença tão comum que poderemos dizer que é quase universal durante a adolescência. Doze por cento das mulheres e 3% dos homens continuam com a afecção até aos 45 anos.

Trata-se de uma doença crónica do folículo pilossebáceo, que se desenrola habitualmente na adolescência sob influência hormonal própria da idade.

Os 4 factores fisiopatológicos primários são os seguintes:

1. Hiperplasia sebácea com correspondente hiperseborreia sob influência hormonal androgenética.
2. Anomalias na diferenciação e adesão queratinocitária a nível do folículo piloso, que condiciona entupimento do folículo e formação de comedões.
3. Colonização do folículo piloso por microorganismos principalmente o *Propionibacterium acnes*.
4. Reacção inflamatória/imunitária responsável pelas lesões inflamatórias.

CLÍNICA E CLASSIFICAÇÃO DA ACNE

A acne é constituída por um conjunto de lesões, as quais, isoladas ou em conjunto, definem o tipo e gravidade da acne.

- **Comedão** - Que pode ser fechado - microquisto e aberto "ponto negro".
 - **Pápula** - eritema e edema em redor do comedão, com pequenas dimensões (até 3 mm);
 - **Pústula (ou "borbulha")** - por inflamação da pápula e com conteúdo purulento;
 - **Nódulo** - pápula, de maiores dimensões, podendo atingir 2 cm;
 - **Quisto** - grande comedão com conteúdo pastoso e caseoso;
 - **Cicatriz** - depressão irregular coberta de pele atrófica
- Da associação destes tipos de lesões, do predomínio de cada uma delas, é possível definir 3 tipos básicos de acne: **comedónica, pápulo-pustulosa e nódulo-quística**.

IMPACTO PSICO-SOCIAL DA ACNE

A acne está sujeita aos ditames de todas as doenças cutâneas: forte impacto no indivíduo que se vê fortemente afectado no seu estado psicológico, actividades quotidianas e relações sociais. Concorrem para este facto duas ordens de factores: de índole interna como a imagem corporal e a auto-estima e de índole externa, como o estigma e a rejeição sociais de que estes doentes são vítimas, fruto de crenças, mitos e preconceitos que envolvem as doenças cutâneas (impureza, castigo, culpa, moral e conduta desviantes).

Em conclusão:

- A acne afecta os indivíduos que dela sofrem nos planos emocional, psicológico e relacional em grau semelhante ao verificado em outras doenças crónicas;
- Tem repercussões negativas no funcionamento social, incluindo taxas mais elevadas de insucesso escolar e de desemprego;
- A co-morbilidade psiquiátrica é particularmente significativa incluindo depressão e ansiedade;
- A avaliação clínica do impacto real da doença é difícil, exigindo uma relação médico-doente de qualidade e/ou a aplicação de questionários de qualidade de vida;

MITOS E REALIDADES

Na sociedade actual, vários conceitos erróneos sobre a acne estão amplamente difundidos.

Transmitem-se de pais para filhos, circulam entre amigos e colegas e são veiculados através de publicações não científicas.

Dieta

De uma maneira geral, a comunidade dermatológica não valoriza a relação entre a acne e alguns tipos de alimentos, como o chocolate, os frutos secos, os fritos e a fast-food. Nos últimos trinta anos, a ausência de estudos científicos credíveis sobre este assunto não permite, com segurança, afirmar ou refutar o efeito da dieta na etiologia ou agravamento da acne. No entanto, o contraste entre a prevalência desta patologia nas sociedades ocidentais comparada à das sociedades menos desenvolvidas sugere que o tipo global de dieta pode ser um factor a investigar.

Actividade Sexual/ Estilo de Vida

As alterações das hormonas sexuais próprias da puberdade estão implicadas na patogénese da acne, mas não a prática sexual. O estilo de vida do adolescente (discotecas, poucas horas de sono, falta de actividade ao ar livre) é muitas vezes invocado pelos pais e utilizado para penalizar estes comportamentos.

Período Menstrual

O diâmetro de abertura do folículo sebáceo diminui dois dias antes do início de período menstrual, condicionando a redução do fluxo do sebo para a superfície, o que pode explicar o agravamento pré-menstrual da acne. Este efeito parece ser mais frequente nas mulheres com mais de 33 anos .

Stress

Recentemente, dois estudos mostraram uma correlação fortemente positiva entre o agravamento da acne e a existência de níveis elevados de stress durante o período dos exames escolares.

Higiene e Cosméticos

Ainda persiste a ideia de que a acne está associada a higiene deficiente.

Os estudos existentes não permitem concluir sobre a influência da falta de higiene ou da utilização de produtos de limpeza específicos na evolução da acne. A utilização de hidratantes está indicada nos casos de secura cutânea ou irritação resultante dos tratamentos. O recurso, a maquilhagem e a técnicas de camuflagem, desde que os produtos sejam não comedogénicos e sem óleo, não está contra-indicado.

Exposição Solar

Apesar de alguns doentes referirem melhoria transitória das lesões da acne após exposição solar, não existe evidência científica convincente do benefício da radiação ultra-violeta. No entanto a experiência pessoal mostra que o acne melhora habitualmente no dorso mas não na face.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Embora a acne seja uma afecção, em regra, de fácil diagnóstico clínico, as diferentes formas - comedónica, pápulo-pustulosa, nódulo-quística - podem, pontualmente, suscitar algumas dificuldades diagnósticas que só médicos dermatologistas com grande experiência são capazes de ultrapassar.

ESTUDO HORMONAL NA ACNE

Estando a acne sob influência hormonal androgénica, o estudo hormonal circunstanciado, sobretudo na mulher, apenas se justifica em determinadas situações, mas não na generalidade dos casos.

São indicações para se proceder a estudo hormonal:

- Início precoce ou tardio (20-22 anos);
- Início súbito, sobretudo quando é intenso e não há história familiar;
- Acne resistente aos tratamentos convencionais;
- Acne recidivante;
- Agravamento pré-menstrual intenso;
- Existência de alterações hormonais, em especial oligomenorreia e amenorreia (regularidade menstrual não exclui anomalia adrenal);
- Menarca tardia (hiperplasia supra-renal);
- Esterilidade (disfunção ovárica);
- Co-existência de alopecia bitemporal ou do vertex;
- Co-existência de hirsutismo ou de outros sinais de virilização.

TRATAMENTO

Introdução e consequências de não tratar a Acne

Quatro objectivos fundamentais são a base das diferentes terapêuticas utilizadas: controlar a hiperqueratose de retenção, diminuir a produção de sebo, reduzir a população bacteriana e eliminar a inflamação.

Estas orientações permitem, de um modo geral, controlar todo o tipo de acne, evitar as recaídas, minimizar o sofrimento dos doentes e prevenir as sequelas da doença.

Dado a multiplicidade dos factores envolvidos o tratamento nunca pode ser idêntico, mas sempre desenhado para determinado indivíduo. Na realidade o sucesso de uma terapêutica num doente é, por vezes, o fracasso noutra. Por isso é necessária a intervenção de um especialista na associação de tratamentos tópicos, sistémicos e de procedimentos vários, e ainda de inúmeras subtilezas terapêuticas que vão desde a higiene à camuflagem.

TRATAMENTO TÓPICO

Os tratamentos tópicos estão indicados nas formas leves a moderadas de acne ou como adjuvantes de terapêuticas sistémicas, nas formas mais graves.

Entre estes encontramos os retinóides tópicos; os antibióticos de utilização local; outros antimicrobianos de acção local dos quais o mais comum é o peróxido de benzoílo.

Cosméticos e Acne

Como já referido, os cosméticos devem ser considerados adjuvantes no tratamento da acne.

- Produtos de limpeza; Hidratantes à base de água - emulsões de óleo em água
- Hidratantes labiais, para compensar eventual queilite de retinóides;
- Emulsões ou cremes com moderado efeito queratolítico;
- Camuflagem;
- Protectores solares.

TRATAMENTO SISTÉMICO

1. Antibióticos Orais

Os antibióticos orais estão indicados nas formas moderadas a graves de acne inflamatória. Têm início de acção mais rápido que os antibióticos tópicos e são igualmente bem tolerados.

As tetraciclinas são os antibióticos de primeira linha, dadas as suas vantagens combinadas em termos de eficácia, segurança e resistências microbianas.

1.1. Resistência Antibiótica

A antibioterapia na acne tem suscitado questões importantes de saúde pública, decorrentes da emergência de resistências bacterianas associadas à prescrição de antibióticos numa doença tão prevalente. Este problema é agravado pela prescrição prolongada (tópica/sistémica) em doses baixas, abaixo das concentrações inibitórias mínimas.

Devem seguir-se as seguintes linhas gerais para evitar a resistência antibiótica:

- Os antibióticos não devem nunca ser indicados em monoterapia;
- A prescrição oral deve ser limitada no tempo: não mais de seis meses, preferencialmente até 3 meses em terapêutica contínua;
- Recomendam-se períodos de 6 a 8 semanas para a antibioterapia tópica, que deve ser interrompida sempre que não haja progressão na melhoria clínica;
- Nas recidivas não deve voltar a utilizar-se o mesmo antibiótico;
- Nunca se deve associar o mesmo produto por via tópica e oral.

A terapêutica combinada, seja com retinóides tópicos, isotretinoína oral ou peróxido de benzoílo, em função das indicações, deve ser a regra, pois demonstrou-se que previne ou minimiza a emergência de resistências.

2. Terapêutica Hormonal

O tratamento hormonal tem por objectivo reduzir a actividade androgénica a nível da glândula sebácea e do infundíbulo folicular

O efeito antiandrogénico na acne pode obter-se de várias formas:

1. Aumento das proteínas transportadoras de hormonas sexuais - SHBG (Sex Hormone Binding Globulin) através de contraceptivos orais (CO) que combinam estrogénio e progestativo. Este efeito poderá ser potenciado utilizando CO que combinam o estrogénio, habitualmente o etinilestradiol (EE), com um progestativo de 2^o ou 3^o geração, cujo potencial de conversão periférica em androgénios é mínimo.

2. Os fármacos antiandrogénicos bloqueiam os receptores dos androgénios ou inibem a sua conversão em DHT. São o acetato de ciproterona (ACP), o acetato de cloromadinona, o dienogest (derivado da nortestosterona com actividade anti-androgénica), o trimegestone, a espironolactona, a drospirenona (análogo da espironolactona com propriedades antimineralocorticoides e anti-androgénicas), e a flutamida.

3. Retinóides Oraís

A isotretinoína é o fármaco que interfere de forma mais completa nos mecanismos fisiopatológicos da acne: reduz a diferenciação sebácea, diminuindo o tamanho da glândula sebácea e a sua capacidade de produzir sebo, normaliza a queratinização folicular reduzindo a formação de novos comedões, diminui a colonização pelo *P. acnes*, ao modificar o habitat do folículo piloso e tem actividade anti-inflamatória.

A sua principal indicação é a acne nódulo-quística ou a acne moderada a grave que não responde ou recidiva logo após tratamento tópico e/ou com antibióticos sistémicos. Está também indicada na acne com tendência a evolução cicatricial e quando é grande o rebate psicológico. Não está, no entanto, particularmente indicada na acne puramente retencional.

O benefício clínico pode demorar 2 ou 3 meses a evidenciar-se, em particular na presença de nódulos e de lesões do dorso, mas pode prolongar-se após a conclusão do tratamento. Podem equacionar-se doses diárias mais baixas, pelo melhor perfil de tolerância e eficácia similar, embora com o inconveniente, em particular no sexo feminino, de prolongar o tempo de tratamento. A necessidade de 2^o ou 3^o tratamento é inferior a 20%, mas pode ocorrer, sobretudo quando a isotretinoína é utilizada em idades muito jovens, em mulheres após os 25 anos ou em doses baixas.

Os efeitos secundários são frequentes mas de fácil controlo, desde que tomadas as devidas precauções: queilite, secura ocular com intolerância a lentes de contacto, secura da pele e aumento da sensibilidade ao sol. Poderá ocorrer hiperlipidémia pelo que é aconselhável a determinação dos triglicéridos, colesterol total e das HDL séricos em jejum, bem como estudos da função hepática e hemograma com plaquetas, antes do início e às 4 a 6 semanas de terapêutica.

O principal efeito adverso da isotretinoína resulta do seu elevado potencial teratogénico durante o tratamento e nas 6 semanas após a sua conclusão, pelo que na mulher este tratamento deve ser associado a uma contracepção eficaz, devendo ser dada informação por escrito à paciente e/ou seu representante legal.

TRATAMENTO CIRÚRGICO

No tratamento da acne há a considerar o tratamento da acne activa e o tratamento das sequelas da acne - cicatrizes da acne.

Existem vários métodos terapêuticos, mais ou menos agressivos, uns mais utilizados, outros de maior dificuldade técnica, que devem ser adequados a cada caso, avaliando bem a expectativa do doente, que nem sempre coincide com a do médico.

É também necessário observar com detalhe e classificar as cicatrizes, p. ex: as chamadas em "picador de gelo" são muito difíceis de; de uma forma geral aquelas que quase desaparecem com a nossa pressão manual serão as que melhor respondem ao tratamento.

Pode ser necessário encadear, em sucessão, mais que uma técnica ou repetindo a mesma com intervalos, em geral de 6 semanas, para obter um bom resultado final; processo que pode ser prolongado no tempo (1 ano ou mais), sendo necessário prevenir o doente.

Entre as técnicas mais simples usamos a chamada "sub-cision" em que se introduz uma agulha cortante sob a cicatriz com o intuito de a "soltar" do seu leito, elevando-a. Também se pode fazer, no mesmo acto, preenchimento com um "filler" adequado, procurando uma muito ligeira sobrecorreção.

Os peelings químicos são talvez mais úteis no tratamento da acne activa e nos tratamentos de manutenção do que no tratamento das sequelas em que o seu efeito é muito moderado. Usam-se com frequência maior os peelings superficiais que não implicam "baixa" para o doente. O toque com ácido tricloroacético a 100% no fundo das cicatrizes em "ice-peak" é um excelente tratamento, embora necessite de repetições e exija uma técnica perfeita sob pena de provocar desastres de difícil reparação.

CONCLUSÃO

No que diz respeito à classificação da acne, definiu-se um tipo de classificação baseado na manifestação clínica predominante e sua gravidade. Estabeleceram-se três tipos de acne: comedónica: ligeira/moderada ou extensa-macrocomedónica; papulo-pustulosa: ligeira ou moderada/grave; e nódulo-quística: ligeira/moderada ou grave. Para cada apresentação clínica foi então obtido um consenso sobre o tipo de tratamento.

O tratamento tópico é a 1ª escolha para as formas não inflamatórias de acne e para a inflamatória ligeira. Pela sua acção multi-factorial, os retinóides tópicos estão indicados em todas as apresentações clínicas, com a excepção das formas que justifiquem a prescrição de isotretinoína oral. São também a base do tratamento de manutenção. É atribuído ao peróxido de benzoílo papel predominante na terapêutica antimicrobiana, na tentativa de minimizar a resistência bacteriana associada aos antibióticos tópicos

No sexo feminino, a terapêutica hormonal pode ter indicação e um papel importante.

A isotretinoína, inicialmente reservada às formas mais graves de acne inflamatória, tem visto a sua indicação ser alargada a acnes comedónicas extensas ou macrocomedónicas, cujo tratamento tópico/cirúrgico é por vezes difícil.

Finalmente, não se tratam doenças mas doentes, pelo que a abordagem terapêutica dos nossos pacientes não se esgota na acne activa. Há que poder compreender o significado da doença para o doente e oferecer ou orientar a correção das sequelas da acne.

