

TRABAJOS ORIGINALES

Acné fulminans inducido por isotretinoína

Acne fulminans induced by isotretinoin

Felicitas Rabanal¹, Giselle Aignasse¹, Luciana Soledad Costa², Romina Foenquinos³ e Iris Barrio⁴

RESUMEN

El acné fulminans (AF) es una forma clínica severa de acné inflamatorio caracterizado por un brote súbito y doloroso de nódulos, pápulas, pústulas hemorrágicas y úlceras con costras en la cara y el tronco superior. Puede o no estar asociado a síntomas sistémicos y alteraciones en el la-

boratorio. Afecta más frecuentemente a adolescentes de sexo masculino con antecedente de acné.

Palabras clave: acné, acné fulminans, isotretinoína, corticosteroides.

Dermatol. Argent. 2026; 32(1): 41-45

ABSTRACT

Acne fulminans (AF) is a severe clinical form of inflammatory acne, characterized by an acute and painful outbreak of nodules, papules, hemorrhagic pustules, and ulcers with crusts on the face and upper torso. It may or may

not be associated with systemic symptoms and laboratory abnormalities. It typically affects male adolescents with a pre-existing acne.

Key words: acne, acne fulminans, isotretinoin, corticosteroids.

Dermatol. Argent. 2026; 32(1): 41-45

¹ Médica Residente

² Médica Dermatóloga, Jefa de Residentes

³ Médica de Planta, Sector Dermatología Correctiva y Enfermedades Autoinflamatorias

⁴ Médica de Planta, a cargo del Sector de Infecciones de Transmisión Sexual, Patología Genital y Enfermedades Autoinflamatorias
División de Dermatología, Hospital General de Agudos Dr. José María Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: Felicitas Rabanal

E-mail: dermato.rabanal@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 2/10/2025

Fecha de trabajo aceptado: 25/3/2026

Conflicto de interés: las autoras declaran que no existe conflicto de interés.

INTRODUCCIÓN

El acné fulminans (AF) es una forma poco frecuente y severa de acné inflamatorio, caracterizado por la aparición aguda y dolorosa de nódulos, pápulas y pústulas hemorrágicas que pueden evolucionar a úlceras con costras predominantemente en la cara y el tronco superior. Puede presentarse con síntomas sistémicos y alteraciones en los estudios de laboratorio¹⁻⁴.

Representa menos del 1% de todos los casos de acné. Afecta con mayor frecuencia a adolescentes de sexo masculino de origen caucásico, generalmente con antecedentes de acné en los últimos 2 años. La patogenia no se encuentra completamente esclarecida.

El término “acné fulminans” fue propuesto en 1975 por Plewig y Kligman, quienes destacaron el inicio súbito y la marcada severidad del cuadro¹. Tradicionalmente se distinguían formas con y sin com-

promiso sistémico, caracterizado por manifestaciones como fiebre, malestar general, artralgias o pérdida de peso. Recientemente se ha propuesto una nueva clasificación que contempla cuatro variantes: acné fulminans sin síntomas sistémicos (AF-SSS) y con síntomas sistémicos (AF-CSS), así como sus formas inducidas por isotretinoína, sin síntomas sistémicos (AFII-SSS) y con síntomas sistémicos (AFII-CSS)³.

A continuación, se presentan cinco casos de AF inducido por isotretinoína, en su mayoría sin síntomas sistémicos asociados. En todos los casos, el diagnóstico se estableció a partir de los hallazgos clínicos, los antecedentes del paciente y los exámenes complementarios. Se realizaron estudios de laboratorio que incluyeron hemograma, hepatograma y reactantes de fase aguda; los hallazgos relevantes se detallan en cada caso (Tabla).

Todos los pacientes recibieron tratamiento sistémico; sin embargo, el manejo terapéutico se individualizó según el criterio del médico tratante y la disponibilidad de recursos. En la actualidad no existen esquemas terapéuticos completamente estandarizados para esta entidad.

SERIE DE CASOS

Caso clínico 1

Paciente de sexo masculino de 17 años con diagnóstico de acné papulo-pustuloso moderado, que consultó por una dermatosis facial dolorosa de un año de evolución. Había recibido minociclina 100 mg/día durante 2 meses, suspendida por intolerancia gastrointestinal, y luego isotretinoína 40 mg/día (0,6 mg/kg/día), iniciada un mes previo a la primera consulta en nuestro servicio y posteriormente discontinuada por exacerbación del cuadro. Al momento de la evaluación llevaba 2 semanas sin tratamiento. No refirió síntomas sistémicos.

Al examen físico presentaba nódulos y quistes que confluían formando placas eritematosas levemente infiltradas, pápulas eritematosas, pústulas y costras necróticas circunscritas a la región malar, frontal e interiliar (Foto 1), sin compromiso del tronco u otras áreas corporales. El laboratorio no presentaba alteraciones. Se interpretó el cuadro como AFII-SSS y se instauró tratamiento vía oral con meprednisona 40 mg/día por 2 semanas y ácido fusídico tópico dos veces al día por 5 días. Por presentar muy buena evolución, se realizó descenso progresivo de corticoides y se asoció isotretinoína 20 mg/día (0,3 mg/kg/día) durante 10 meses con excelente respuesta clínica.

Caso clínico 2

Paciente de sexo masculino de 17 años que consultó por persistencia de lesiones de acné papulo-pustuloso, a pesar de haber completado 3 meses de tratamiento con minociclina 100 mg/día en combinación con ácido salicílico tópico. Se indicó isotretinoína 20 mg/día (0,3 mg/kg/día) y al mes presentó una exacerbación del cuadro. Al examen físico se objetivaron pápulas y placas eritematosas infiltradas, cubiertas por costras necróticas y nódulos dolorosos localizados en el rostro con predominio malar (Foto 2), sin compromiso del tronco. No refirió síntomas sistémicos ni hubo alteraciones en el laboratorio.

Se interpretó el cuadro como AFII-SSS. Se decidió continuar con igual dosis de isotretinoína y se añadió al esquema terapéutico betametasona 6 mg intramuscular. A las 2 semanas se evidenció mejoría clínica y a los 2 meses desaparición casi completa de las costras necróticas, por lo cual se aumentó la dosis de isotretinoína a 0,4 mg/kg/día, con buena respuesta clínica.

Caso clínico 3

Paciente de sexo masculino de 17 años con antecedentes de acné noduloquístico. Consultó por primera vez en nuestro servicio por empeoramiento de las lesiones de acné luego de un mes de tratamiento con isotretinoína 80 mg/día (1 mg/kg/día). Además, por presentar náuseas, vómitos y epistaxis, se decidió disminuir la dosis a 20 mg/día. El paciente negó fiebre, malestar general y artralgias.

Al examen físico presentaba nódulos eritematosos dolorosos, placas eritematosas y excoriaciones en el tórax anterior y el dorso (Foto 3), asociados a nódulos eritematosos y pústulas en el rostro. El laboratorio informó leucocitosis como único hallazgo.

Se interpretó el cuadro como AFII-CSS, por lo que se indicó una dosis de betametasona 6 mg intramuscular con descenso de isotretinoína a 10 mg/día (0,1 mg/kg/día) durante 4 semanas. Por mejoría clínica, se aumentó a 20 mg/día (0,2 mg/kg/día). En controles posteriores se indicó una nueva aplicación de betametasona 6 mg intramuscular debido al desarrollo de nuevos nódulos inflamatorios. Luego de un período de estabilidad clínica, se aumentó la dosis de isotretinoína, con un brote inflamatorio posterior asociado a leucocitosis, por lo que continuó con 20 mg/día. La mejoría fue parcial, y se discontinuó el tratamiento por intolerancia digestiva. El paciente permanece en seguimiento en nuestro servicio, sin lesiones inflamatorias.

Caso clínico 4

Paciente de sexo masculino de 18 años con antecedentes de acné noduloquístico en la región del torso. Consultó por exacerbación del cuadro en contexto de tratamiento con isotretinoína 20 mg/día (0,3 mg/kg/día) durante 2 meses. Refirió que, a los 15 días de iniciado el tratamiento, las lesiones empeoraron, y fue medicado con meprednisona 20 mg/día vía oral durante una semana, con posterior descenso lento. Al momento de la evaluación, había suspendido la isotretinoína 3 días antes por empeoramiento de su cuadro de base. Negó síntomas sistémicos.

Al examen físico presentaba pápulas, pústulas y comedones sobre una base eritematosa y cubiertas por costras necróticas en la región facial (Foto 4), asociados a comedones abiertos y cerrados en el tórax anterior. Se evidenció leucocitosis en los estudios de laboratorio, interpretada como efecto secundario de la corticoterapia.

Se interpretó el cuadro como AFII-SSS y se indicó isotretinoína 20 mg tres veces por semana (0,1 mg/kg/día) asociado a dexametasona 4 mg/día vía oral. Por buena respuesta clínica, a las 2 semanas se aumentó la dosis de isotretinoína a 20 mg/día. El paciente finalizó el tratamiento luego de 7 meses de isotretinoína.

Caso clínico 5

Paciente de sexo masculino de 17 años, que consultó por acné nóduloquístico en el tronco, con empeoramiento tras 2 meses de tratamiento con isotretinoína 40 mg/día (0,5 mg/kg/día). Negó síntomas sistémicos y los estudios de laboratorio se encontraban dentro de parámetros normales.

Al examen físico presentaba nódulos eritematosos, dolorosos, cubiertos por costras necróticas en el tórax anterior y el dorso, asociados a pápulas eritematosas y pústulas aisladas (Foto 5), sin compromiso facial.

El cuadro se interpretó como AFII-SSS y se indicó disminuir la dosis de isotretinoína a 20 mg/día (0,25 mg/kg/día), asociando betametasona intramuscular 6 mg mensual durante 3 meses. El paciente completó 8 meses de tratamiento con resolución completa de las lesiones activas.



FOTO 1: En la región malar, frontal e interiliar se evidencian nódulos y quistes que confluyen formando placas eritematosas levemente infiltradas con costras necróticas en la superficie.



FOTO 2: En la región malar, se observan pápulas y placas eritematosas infiltradas, cubiertas por costras necróticas y nódulos dolorosos.



FOTO 3: En el tórax, se detectan comedones abiertos y cerrados, nódulos y placas eritematosas, algunas con costra necrótica en la superficie.



FOTO 4: En la región facial, se evidencian múltiples pápulas y comedones sobre una base eritematosa, cubiertas por costras necróticas.



FOTO 5: En el tórax, se identifican pápulas y nódulos eritematosos cubiertos por costras necróticas.

Características clínicas	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Edad/sexo	17/masculino	17/masculino	17/masculino	18/masculino	17/masculino
Exámenes complementarios (hemograma, VSG, PCR, hepatograma)	Sin alteraciones	Sin alteraciones	Leucocitosis	Leucocitosis*	Sin alteraciones
Tiempo de latencia	1 mes	1 mes	1 mes	15 días	2 meses
Localización de las lesiones	Cara	Cara	Tronco anterior y posterior, cara (leve)	Cara	Tronco anterior y posterior
Presencia de macrocomedones	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Antecedentes familiares de acné severo	No	No	No	No	No
Presencia de hidradenitis supurativa	No	No	No	No	No
Síntomas sistémicos	Ausentes	Ausentes	Náuseas, vómitos, epistaxis	Ausentes	Ausentes
Diagnóstico	AFII-SSS	AFII-SSS	AFII-CSS	AFII-SSS	AFII-SSS
Tratamiento	. Meprednisona 40 mg por 2 semanas y luego descenso lento . Ácido fusídico tópico . Isotretinoína 0,3 mg/kg/día	. Betametasona 6 mg IM . Isotretinoína 0,3 mg/kg/día	. Betametasona 6 mg IM (requirió dos aplicaciones) . Isotretinoína 0.2 mg/kg/día	. Dexametasona 4 mg/día (7 días) . Isotretinoína 0,3 mg/kg/día	. Betametasona 6 mg IM . Isotretinoína 0,25 mg/kg/día
Respuesta al tratamiento	Remisión total del brote	Remisión total	Remisión parcial	Remisión total	Remisión total

VSG: velocidad de sedimentación globular; PCR: proteína C reactiva; IM: intramuscular.
*Atribuida a la corticoterapia.

TABLA: Características clínicas de los pacientes.

COMENTARIOS

En 1975, Plewig y Kligman introdujeron el término acné fulminans (AF) para referirse a una forma poco frecuente y severa de acné inflamatorio, caracterizada por un inicio súbito y una evolución clínica de marcada gravedad. Se presenta como un brote agudo de nódulos, pústulas hemorrágicas dolorosas y ulceración, que puede tener o no síntomas sistémicos. Afecta más frecuentemente a adolescentes de sexo masculino, con historia de acné en los años previos. Las áreas anatómicas mayormente afectadas son el rostro y el tronco¹, mientras que las menos frecuentes (en casos severos o extensos) incluyen la parte proximal de los brazos, el cuello y la región lumbar. En concordancia con la literatura, dos de los casos clínicos presentados manifestaron compromiso exclusivamente facial (caso 1 y 2), dos afectación combinada de rostro y tronco (casos 3 y 4) y uno limitada al tronco (caso 5).

La patogenia del AF no se encuentra completamente dilucidada; sin embargo, se han planteado diversas hipótesis. Se postula que la predisposición genética y los factores hereditarios podrían desempeñar un papel relevante. Asimismo, se ha propuesto la participación

de alteraciones, tanto del sistema inmunitario innato como del adaptativo, que favorecerían una respuesta inflamatoria exacerbada. En este sentido, hallazgos de laboratorio, como el incremento de gammaglobulinas y la disminución del complemento, así como la respuesta clínica favorable a corticoides sistémicos, respaldan la hipótesis de un mecanismo inmunomediado.

En relación con el AF inducido por isotretinoína, se ha propuesto que el fármaco podría desencadenar una reacción inmunitaria masiva mediada por hipersensibilidad de tipo III y IV frente antígenos de *Cutibacterium acnes*, liberados en grandes cantidades como consecuencia del debilitamiento y la ruptura del epitelio del conducto pilosebáceo^{2,5}.

La clasificación más reciente contempla cuatro variantes: AF-SSS, AF-CSS, AFII-SSS y AFII-CSS^{3,4}.

Es importante diferenciar los síntomas sistémicos de los hallazgos de laboratorio. Los síntomas sistémicos incluyen: fiebre, poliartalgias, mialgias, hepatosplenomegalia, astenia, pérdida de peso; con menor frecuencia se observan lesiones osteolíticas. Por otro lado, los estudios de laboratorio pueden evidenciar

leucocitosis, anemia, elevación de proteína C reactiva (PCR), velocidad de eritrosedimentación (VSG), enzimas hepáticas; también es factible encontrar elevación de las fracciones alfa y gammaglobulinas. La elevación de la fosfatasa alcalina puede hallarse en pacientes con compromiso óseo.

En este contexto, la leucocitosis aislada no debe interpretarse como un “síntoma sistémico”, sino como una alteración de laboratorio. En nuestra serie de cinco casos presentados, uno evidenció leucocitosis aislada y otro presentó leucocitosis asociada a vómitos que motivaron la suspensión del tratamiento. Por lo tanto, solo aquellos pacientes que presentaron manifestaciones clínicas generales deberían considerarse dentro de la variante con compromiso sistémico (AF-CSS o AFII-CSS), independientemente de las alteraciones analíticas.

Actualmente, no existen guías estandarizadas para el abordaje de esta entidad. El tratamiento de primera línea incluye corticoides sistémicos (0,5-1 mg/kg/día) durante al menos 2 a 4 semanas, asociados a retinoides orales como la isotretinoína. En los casos inducidos por isotretinoína, se recomienda suspender transitoriamente el fármaco y reiniciarlo a dosis bajas una vez controlado el brote inflamatorio. Las terapias de segunda línea se reservan para casos refractarios o cuando los corticoides o la isotretinoína están contraindicados e incluyen: anti-TNF α (adalimumab, infliximab), anti-IL-12/23 (ustekinumab)⁷ y anti-PDE4 (apremilast)⁸. En casos severos con compromiso óseo pueden considerarse inmunosupresores como metotrexato o azatioprina^{2,3,4,6}. La dapsona se ha propuesto como alternativa terapéutica en casos de AF sin respuesta al tratamiento convencional; no obstante, la evidencia

disponible es limitada y se restringe a publicaciones de casos clínicos^{9,10}. En nuestra serie, el tratamiento se individualizó según el criterio del médico tratante y la disponibilidad de recursos, lo que refleja la variabilidad del manejo terapéutico descrita en la práctica clínica ante la ausencia de esquemas estandarizados.

Por otra parte, no se han definido estrategias específicas para prevenir el desarrollo del AF. El inicio de isotretinoína a dosis bajas ($\leq 0,2$ mg/kg/día) parecería disminuir las reagudizaciones inflamatorias y podría reducir el riesgo de desarrollar AF. Asimismo, se ha sugerido que la asociación con antihistamínicos podría atenuar la respuesta inflamatoria inicial, posiblemente a través de la modulación de la liberación de mediadores inflamatorios y del efecto sobre la quimiotaxis neutrofílica, lo que contribuiría a disminuir la incidencia de AF inducido por isotretinoína^{11,12}.

El abordaje multidisciplinario, junto con el reconocimiento y el tratamiento precoz de esta entidad, resulta fundamental para prevenir cicatrices y secuelas permanentes que impactan severamente en la calidad de vida de los pacientes. Dado que su mayor prevalencia ocurre durante la adolescencia, las repercusiones estéticas adquieren especial relevancia. El acné se asocia con menor bienestar psicológico, disminución de la autoestima y mayor incidencia de depresión y ansiedad^{1,5,13}. En nuestra experiencia, los pacientes presentaron un marcado impacto negativo en su vida cotidiana; dos de ellos incluso abandonaron sus actividades recreativas y la escolaridad. Por ello, enfatizamos la importancia de un diagnóstico temprano y un abordaje integral que incluya no solo el tratamiento médico oportuno, sino también el acompañamiento psicológico y el manejo de secuelas cicatrízales.

BIBLIOGRAFÍA

- Gutiérrez-Meré R, Tajés I, Diéguez P, Soto-García D, et al. Acne fulminans: a narrative review. *Actas Dermosifiliogr*. 2023;114:763-771.
- Dall'oglio F, Puglisi DF, Nasca MR, Micali G. Acne fulminans. *G Ital Dermatol Venereol*. 2020;155:711-718.
- Greywal T, Zaenglein AL, Baldwin HE, Bhatia N, et al. Evidence-based recommendations for the management of acne fulminans and its variants. *J Am Acad Dermatol*. 2017;77:109-117.
- Trave I, Donadoni R, Cozzani E, D'Agostino F, et al. Acne fulminans and its multiple associated factors: a systematic review. *Eur J Dermatol*. 2023;33:624-634.
- Saleh HM, Zito PM. Acne fulminans. [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls; 2025. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459326.
- Woźna J, Korecka K, Stępa J, Bałoniak A, et al. Acne fulminans treatment: case report and literature review. *Front Med*. 2024;11.
- Gier H, Israeli A, Cusick A, Merritt D. Use of interleukin-12/23 inhibitor for the management of acne fulminans. *Cureus*. 2023;15.
- Sánchez-Velázquez A, Falkenhain-López D, Arroyo-Andrés J, Montero-Menárguez J, et al. Apremilast: a novel adjuvant treatment for refractory isotretinoin-induced acne fulminans. *Dermatol Ther*. 2022;35.
- Lahrougui A, Aboudourib M, Bendaoud L, Amal S, et al. The efficiency of systemic dapsona in the treatment of acne fulminans: a clinical case report. *Cureus*. 2025;17:e83234.
- Legal K, Misery L. Isotretinoin-induced acne fulminans without systemic symptoms treated successfully with oral dapsona. *Acta Derm Venereol*. 2020;100:1-2.
- Quan NG, Chrabieh R, Sadeghpour M, Kohn LL. A practice approach to acne fulminans in adolescents. *Am J Clin Dermatol*. 2024;25:967-974.
- Lee HE, Chang IK, Lee Y, Kim CD, et al. Effect of antihistamine as an adjuvant treatment of isotretinoin in acne: a randomized, controlled comparative study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2014;28:1654-1660.
- Dumont S, Lorthe E, Loizeau A, Richard V, et al. Acne-related quality of life and mental health among adolescents: a cross-sectional analysis. *Clin Exp Dermatol*. 2025;50:795-803.