

## **Foliculite queloidiana da nuca gigante com boa resposta ao tratamento cirúrgico por etapas: relato de caso**

### **Giant keloid folliculitis of the neck with good response to surgical treatment in stages: case report**

DOI:10.34119/bjhrv7n1-150

Recebimento dos originais: 04/12/2023

Aceitação para publicação: 12/01/2023

#### **Renata Brito Marinho Perpetuo**

Residente em Dermatologia

Instituição: Universidade Federal do Pará (UFPA)

Endereço: R. dos Mundurucus, 4487, Guamá, Belém - PA, CEP: 66073-000

E-mail: renatabmarinho@gmail.com

#### **Emanuella Rosyane Duarte Cerqueira**

Doutora em Dermatologia

Instituição: Universidade Federal do Pará (UFPA)

Endereço: R. dos Mundurucus, 4487, Guamá, Belém - PA, CEP: 66073-000

E-mail: emanuellacerqueira@gmail.com

#### **Franklin De Souza Rocha**

Especialista em Cirurgia Plástica

Instituição: Universidade Federal do Pará (UFPA)

Endereço: R. dos Mundurucus, 4487, Guamá, Belém - PA, CEP: 66073-000

E-mail: franklinrocha@usp.br

#### **Renata Mie Okajima**

Doutora em Medicina

Instituição: Universidade Federal do Pará (UFPA)

Endereço: R. dos Mundurucus, 4487, Guamá, Belém - PA, CEP: 66073-000

E-mail: okajima@ufpa.br

#### **Fábio Henrique Dolzany Rosales**

Residente em Dermatologia, Mestre em Medicina

Instituição: Universidade Federal do Pará (UFPA)

Endereço: R. dos Mundurucus, 4487, Guamá, Belém - PA, CEP: 66073-000

E-mail: fabiodolzany@gmail.com

#### **Suzana Maria Klautau Ferreira**

Residente em Dermatologia, Especialista em Medicina da Família e Comunidade

Instituição: Universidade Federal do Pará (UFPA)

Endereço: R. dos Mundurucus, 4487, Guamá, Belém - PA, CEP: 66073-000

E-mail: suzanamkf93@gmail.com

**Isabele Martins Saldanha**

Residente em Dermatologia, Especialista em Medicina da Família e Comunidade  
Instituição: Universidade Federal do Pará (UFPA)  
Endereço: R. dos Mundurucus, 4487, Guamá, Belém - PA, CEP: 66073-000  
E-mail: belesaldanha@gmail.com

**Samara Tamires de Sousa Khoury**

Residente em Dermatologia, Especialista em Medicina da Família e Comunidade  
Instituição: Universidade Federal do Pará (UFPA)  
Endereço: R. dos Mundurucus, 4487, Guamá, Belém - PA, CEP: 66073-000  
E-mail: khourysamara@gmail.com

**RESUMO**

**Introdução:** A foliculite queloidiana da nuca, também conhecida como acne queloidiana da nuca (AKN), é uma condição crônica debilitante que geralmente afeta a região occipital ou a nuca e produz, se não tratada, foliculite cicatricial e inestética. **Relato de caso:** Paciente masculino, 30 anos, fototipo V, acompanhado no ambulatório de cabelos devido quadro de foliculite queloidiana da nuca que iniciou em 2016 com dor e ardência locais. Clinicamente apresentava placa queloidiana com áreas de cabelos em tufos, medindo 14 x 8 cm em seus maiores diâmetros na região occipital. Realizou tratamento clínico com cetoconazol shampoo, peróxido de benzoíla a 5%, isotretinoína 20 mg ao dia por 4 meses e seis sessões de infiltração de corticoide intralesional, com melhora da atividade da doença e da espessura periférica, mas sem melhora significativa na extensão das lesões, dessa forma o paciente foi encaminhado para avaliação de abordagem cirúrgica. Após avaliação conjunta entre equipe da dermatologia e cirurgia plástica optou-se por realização de excisão cirúrgica em etapas devido a extensão da lesão. **Discussão:** As lesões iniciais de AKN são caracterizadas por pústulas e pápulas duras e eritematosas na região occipital do couro cabeludo e na região posterior do pescoço. Em alguns indivíduos, as pápulas coalescem para formar grandes placas semelhantes a queloides, muitas vezes abrangendo toda a parte posterior da cabeça e pescoço. Essas lesões, denominadas AKN em 'estágio tumoral' ou gigante, geralmente são tratadas com métodos mais agressivos e procedimentos intervencionistas, como excisão cirúrgica, crioterapia, tratamento com radiação e terapia a laser. **Conclusão:** A foliculite ou acne queloidiana da nuca é queixa comum nos consultórios dermatológicos com repercussão na qualidade de vida do paciente. Diversas opções terapêuticas estão disponíveis, inclusive a modalidade cirúrgica para casos extensos ou refratários ao tratamento clínico. A melhor técnica cirúrgica varia de acordo com a apresentação clínica e realidade de cada paciente.

**Palavras-chave:** foliculite, acne queloide, procedimentos cirúrgicos ambulatoriais.

**ABSTRACT**

**Introduction:** Keloidal folliculitis of the nape of the neck, also known as keloidal acne of the nape of the nape (AKN), is a chronic debilitating condition that usually affects the occipital region or the nape of the neck and produces, if untreated, scar folliculitis and unaesthetic. **Case report:** Male patient, 30 years old, phototype V, accompanied in the hair ambulatory due to the condition of folliculitis keloidiana nuca that started in 2016 with local pain and burning. Clinically it had keloidal plaque with areas of hair in tufts, measuring 14 x 8 cm in its largest diameters in the occipital region. He carried out clinical treatment with ketoconazole shampoo, benzoyl peroxide 5%, isotretinoin 20 mg a day for 4 months and six sessions of intralesional corticoid infiltration, with improvement in the activity of the disease and the peripheral thickness, but without significant improvement in the extent of the lesions, so the patient was

referred for evaluation of surgical approach. After joint evaluation between dermatology and plastic surgery team, surgical excision in stages was chosen due to the extent of the lesion. Discussion: The initial AKN lesions are characterized by pustules and hard erythematous papules in the occipital region of the scalp and in the posterior region of the neck. In some individuals, the papules coalesce to form large keloid-like plaques, often spanning the entire back of the head and neck. These lesions, called 'tumor stage' or giant AKNs, are usually treated with more aggressive methods and interventional procedures such as surgical excision, cryotherapy, radiation treatment, and laser therapy. Conclusion: Folliculitis or keloidal acne of the nape of the neck is a common complaint in dermatological clinics that have an impact on the patient's quality of life. Several therapeutic options are available, including surgical modality for extensive or refractory cases to clinical treatment. The best surgical technique varies according to the clinical presentation and reality of each patient.

**Keywords:** folliculitis, acne keloid, ambulatory surgical procedures.

## 1 INTRODUÇÃO

A foliculite queloidiana da nuca, também conhecida como acne queloidiana da nuca (AKN), é uma condição crônica debilitante que geralmente afeta a região occipital ou a nuca e produz foliculite cicatricial se não for tratada. Embora se pense convencionalmente que a AKN afeta principalmente homens de ascendência africana, estudos com outros dados demográficos sugerem que outros grupos étnicos são significativamente afetados<sup>1</sup>.

## 2 RELATO DE CASO

Paciente masculino, 30 anos, fototipo V, acompanhado no ambulatório de cabelos devido quadro de foliculite queloidiana da nuca ou acne queloidiana da nuca que iniciou em 2016 com dor e ardência locais. Clinicamente apresentava placa queloidiana com áreas de cabelos em tufo, medindo 14 x 8 cm em seus maiores diâmetros na região occipital (Fig 1). Durante seu acompanhamento já havia realizado previamente tratamento conforme os sinais e sintomas clínicos e baseados nos protocolos estabelecidos em literatura com cetoconazol shampoo, peróxido de benzoíla a 5% gel, isotretinoína oral e sessões mensais de infiltração com corticoide intralesional (triancinolona hexacetonida 20 mg/ml – 01 ml por sessão) sem melhora significativa na extensão das lesões, dessa forma o paciente foi encaminhado para avaliação cirúrgica.

Figura 1. Placa queloidiana com áreas de cabelos em tufo, medindo 14 x 8 cm em seus maiores diâmetros na região occipital



Fonte: arquivo dos autores.

Após avaliação conjunta entre equipe da dermatologia e cirurgia plástica optou-se por realização de excisão cirúrgica na modalidade em etapas devido a extensão da lesão. Os procedimentos foram realizados com intervalo médio de três meses e durante este espaço de tempo o paciente manteve as sessões de corticoterapia intralesional, sobretudo nas áreas perioperatórias. A técnica cirúrgica escolhida incluiu as etapas de limpeza local com solução de digliconato de clorexidina 2%; anestesia infiltrativa local com cloridrato de lidocaína e epinefrina, exérese em elipse horizontal de área previamente demarcada, incluindo a área posterior da linha do cabelo para melhorar a cicatriz posterior, e realizado fechamento primário com pontos internos utilizando fio de poliglactina 4.0 e pontos externos com fio mononylon 3.0, por fim realizaram-se curativos locais compressivos que permaneciam por 24 horas até a primeira troca. Após cada cirurgia foi prescrito antibioticoterapia com cefalosporina de primeira geração (cefalexina) durante sete dias e analgesia com dipirona sódica em caso de dor, os cuidados locais eram apenas com limpeza diária utilizando soro fisiológico 0,9% e os pontos foram removidos após sete a dez dias da cirurgia anterior. O paciente iniciou o tratamento cirúrgico em março de 2023, a segunda etapa ocorreu em maio e a terceira em setembro do mesmo ano, intercaladas com infiltrações intralesionais de 01 ml de triancinolona hexacetonida 20 mg/ml, sem diluições, optou-se por este medicamento pois era a única apresentação de triancinolona disponível no Brasil e acessível para uso neste caso. O paciente apresentou boa

evolução após tratamento cirúrgico (Fig 2) e mantém seguimento no ambulatório de cabelos assim como excisões seriadas de sua lesão tumoral.

Figura 2. Aspecto da lesão antes e após a intervenção cirúrgica em etapas



Fonte:arquivo dos autores.

### 3 DISCUSSÃO

A nomenclatura foliculite queloidiana da nuca ou acne queloidiana da nuca (AKN) continua a ser utilizada, apesar das evidências de que a verdadeira formação de queloide não ocorre na AKN. Embora a etiologia exata ainda não esteja elucidada, vários autores sugeriram picos de andrógenos, inflamação, infecção, trauma, predisposição genética e pêlos encravados como eventos incitantes no desenvolvimento de AKN. Além disso, a síndrome metabólica já foi descrita como um fator predisponente. Alguns estudos comparam AKN à pseudofoliculite da barba, levantando a hipótese de que o crescimento curvo das hastas capilares na pele resulta em irritação com subsequente inflamação<sup>2</sup>.

AKN ocorre principalmente em pessoas de ascendência africana. Foi relatado em alguns caucasianos e outros grupos étnicos. É um distúrbio predominantemente masculino, embora haja alguns relatos em mulheres, com uma proporção entre homens e mulheres de 20:1<sup>3</sup>.

As lesões iniciais de AKN são caracterizadas por pústulas e pápulas duras e eritematosas na região occipital do couro cabeludo e na região posterior do pescoço. Mais tarde, as lesões de AKN podem coalescer em placas semelhantes a queloides, com destruição dos folículos capilares, causando queda de cabelo. Abscesso e secreção purulenta podem se desenvolver com infecções secundárias em casos avançados<sup>4</sup>.

Em alguns indivíduos, as pápulas coalescem para formar grandes placas semelhantes a queloides, muitas vezes abrangendo toda a parte posterior da cabeça e pescoço. Essas lesões, denominadas AKN em 'estágio tumoral' ou gigante, geralmente são tratadas com métodos mais agressivos e procedimentos intervencionistas, como excisão cirúrgica, crioterapia, tratamento com radiação e terapia a laser<sup>2</sup>.

Ainda não existe um esquema de classificação sistemático para AKN. Os termos "precoce" e "tardio" como critérios de classificação são altamente subjetivos uma vez que nem todas as pápulas se transformam em placas e massas, com algumas permanecendo permanentemente como pápulas discretas. A falta de uma classificação AKN resultou em taxas de sucesso de novas terapias variando consideravelmente porque a eficácia de qualquer tratamento escolhido será afetada pelo tipo de lesão AKN tratada<sup>1</sup>.

A histopatologia da foliculite queloidiana da nuca depende do momento da biópsia. Em geral, há influxo de neutrófilos e linfócitos distribuídos ao redor do istmo do folículo piloso e também podem ser visualizadas hastes capilares nuas na derme. À medida que a condição progride, veremos a destruição das glândulas sebáceas. Uma reação inflamatória granulomatosa crônica é comum com evidência de deposição de colágeno e fibrose. Os tratos sinusais também podem ser aparentes quando o fluido é descarregado na pele externa. Pêlos encravados podem ser vistos ao redor da periferia das pápulas<sup>5</sup>.

Até o momento, vários tratamentos têm sido utilizados para tratar esta condição, desde antibióticos tópicos até a excisão cirúrgica de lesões fibróticas. O manejo medicamentoso tradicional pode exigir meses de tratamento diário e pode recidivar após a descontinuação do tratamento. O tratamento medicamentoso inclui injeção intralesional e/ou corticosteroides tópicos, antibióticos tópicos ou orais (particularmente tetraciclina) e retinóides. A isotretinoína oral (20 mg, 0,25mg/kg/dia) demonstrou melhorar a inflamação, mas teve efeito mínimo sobre tufos foliculares/pápulas hiperqueratóticas foliculares. Entre as modalidades medicamentosas, os pacientes que receberam esteroides intralesionais tiveram a melhora mais dramática<sup>6</sup>.

Embora a AKN leve possa ser tratada clinicamente, outras modalidades terapêuticas podem ser realizadas, a depilação a laser também é potencialmente curativa, especialmente em pequenas lesões papulares<sup>7</sup>. A terapia a laser inclui uma grande variedade de modalidades de laser, incluindo terapia de excisão de CO<sub>2</sub>, laser Nd:YAG e tratamentos com luz UVB, entre outros. No entanto, embora as terapias a laser produzam melhora clínica notável e efeitos colaterais mínimos em casos selecionados, a recorrência pode ser comum, especialmente em casos mais avançados<sup>6</sup>.

A excisão cirúrgica é a base do tratamento para lesões extensas de AKN. Kanthak e Cullen foram os primeiros a enfatizar a importância da excisão do tecido queloidal até uma profundidade que se estendesse pelo menos até a base dos folículos capilares. As recorrências são mais prováveis de ocorrer se o cirurgião não conseguir a destruição subfolicular durante a excisão cirúrgica. Assim, a excisão deve se estender até o tecido subcutâneo profundo ou fáscia muscular, uma vez que os folículos capilares normalmente penetram na gordura subcutânea<sup>8</sup>.

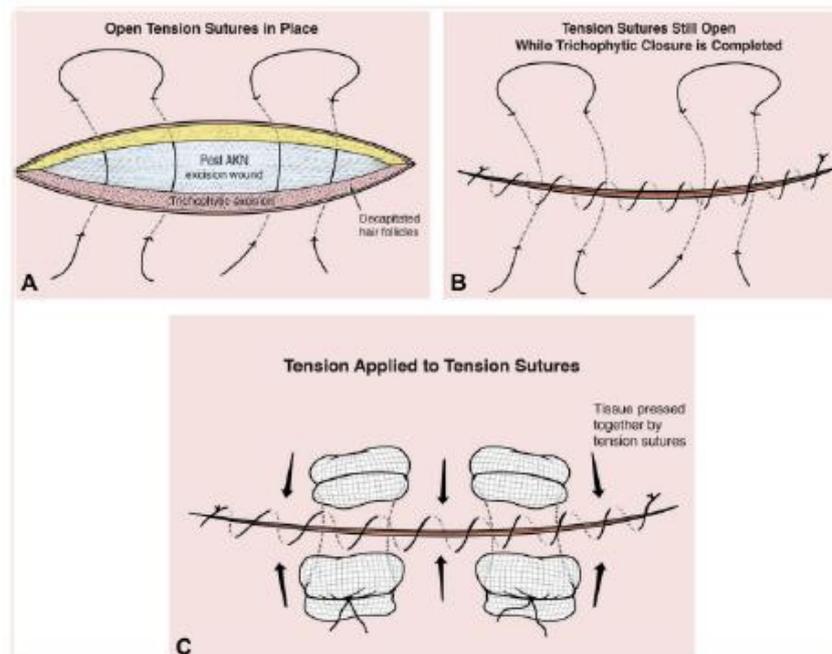
Diversas técnicas cirúrgicas são encontradas na literatura para o tratamento da foliculite queloidiana da nuca, entre elas: a exérese com fechamento primário ou secundário, a excisão por punch, a incisão em “morcego” (Fig 3), uso de “suturas de tensão” (Figura 4), a realização de enxerto parcial de pele (Figura 5)<sup>2,9,10,11</sup> e a exérese por etapas, sendo a modalidade escolhida para o caso em questão. A abordagem multimodal combinada adaptada ao grau das lesões proporciona resultados máximos com melhor resultado cosmético<sup>11</sup>.

Figura 3. Incisão em "morcego".



Fonte: UMAR et al, 2019.<sup>9</sup>

Figura 4. Suturas de tensão.



Fonte: UMAR et al, 2018.<sup>10</sup>

Figura 5. Associação de modalidades: fechamento secundário seguido de enxerto parcial de pele.



Fonte: GALARZA et al, 2021.<sup>2</sup>

Quando possível, a excisão deve ser realizada como uma elipse horizontal, incluindo a área posterior da linha do cabelo. Consequentemente, a cicatriz de fechamento primário resultante recriará uma nova linha do cabelo e melhorará muito o resultado cosmético<sup>8</sup>. Lesões papulosas pequenas são melhor excisadas com um punch e podem ser deixadas para cicatrizar por segunda intenção, especialmente quando são poucas e dispersas. Também é simples e útil para remover pápulas periféricas, que não podem ser incluídas na elipse excisada. A excisão cirúrgica com cicatrização por segunda intenção, embora eficaz, tem um tempo de inatividade prolongado<sup>11</sup>.

Quando o fechamento primário não for viável, a crioterapia também é uma boa opção. Para lesões com menos de 0,5 cm de espessura deve ser feita crioterapia de superfície, já a crioterapia intralesional é uma boa opção para lesões mais espessas<sup>11</sup>.

No entanto, a excisão cirúrgica radical é o único procedimento que garante resultados satisfatórios em lesões gigantes de 'estágio tumoral' de AKN e naqueles refratários a outras modalidades de tratamento menos invasivas. O uso da abordagem por etapas permite que a ferida não apenas se contraia e diminua, mas também preencha e crie uma transição suave entre o leito da ferida e a pele circundante<sup>2</sup>.

Além disso, a abordagem em etapas evita a necessidade de curativos complicados e prolongados e o desconforto de uma ferida grande, como no caso do fechamento por segunda intenção. Também melhora o estado do leito da ferida, o que aumenta ainda mais a absorção de um possível enxerto futuro. Uma excisão escalonada é uma ferramenta útil no arsenal para o manejo da AKN, especialmente em casos extensos. Alcança uma cura mais rápida em comparação com a segunda intenção e diminui as chances de recorrência da doença<sup>12</sup>.

## 5 CONCLUSÃO

A foliculite ou acne queloidiana da nuca é queixa comum nos consultórios dermatológicos, afetando sobretudo a qualidade de vida dos pacientes pelo seu acometimento inestético e diante desses casos uma diversidade de tratamentos está disponível. O estudo traz revisão do tema e proposta de abordagem cirúrgica, na forma por etapas para um caso de apresentação gigante com um bom resultado para este paciente. Até o presente momento não há consenso quanto a melhor técnica cirúrgica para estas lesões, ficando a critério do cirurgião a melhor abordagem de acordo com a apresentação clínica e realidade de cada paciente.

## REFERÊNCIAS

1. Umar S, Lee DJ, Lullo JJ. A Retrospective Cohort Study and Clinical Classification System of Acne Keloidalis Nuchae. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2021 Apr;14(4):E61-E67. Epub 2021 Apr 1.
2. Galarza LI, Azar CA, Al Hmada Y, Medina A. Surgical management of giant acne keloidalis nuchae lesions. *Case Reports Plast Surg Hand Surg*. 2021 Sep 23;8(1):145-152.
3. Ogunbiyi A. Acne keloidalis nuchae: prevalence, impact, and management challenges. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2016 Dec 14;9:483-489.
4. Na K, Oh SH, Kim SK. Acne keloidalis nuchae in Asian: A single institutional experience. *PLoS One*. 2017 Dec 14;12(12):e0189790.
5. Al About DM, Badri T. Acne Keloidalis Nuchae. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; . 2023 Jan –2023 Jul 31.
6. Maranda EL, Simmons BJ, Nguyen AH, Lim VM, Keri JE. Treatment of Acne Keloidalis Nuchae: A Systematic Review of the Literature. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2016 Sep;6(3):363-78.
7. Umar S, David CV, Castillo JR, Queller J, Sandhu S. Innovative Surgical Approaches and Selection Criteria of Large Acne Keloidalis Nuchae Lesions. *Plast Reconstr Surg Glob Open*.
8. Gloster HM Jr. The surgical management of extensive cases of acne keloidalis nuchae. *Arch Dermatol*. 2000 Nov;136(11):1376-9. 2019 May 16;7(5):e2215
9. Umar S, David CV, Castillo JR, Queller J, Sandhu S. Innovative Surgical Approaches and Selection Criteria of Large Acne Keloidalis Nuchae Lesions. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2019 May 16;7(5):e2215
10. Umar S, Castillo JR, David CV, Sandhu S. Patient selection criteria and innovative techniques for improving outcome and cosmesis in acne keloidalis nuchae lesion excision and primary closure. *JAAD Case Rep*. 2018 Dec 4;5(1):24-28.
11. Madura C, Kareddy S, Kusuma MR, Chandrashekar BS. Multimodality Surgical Treatment Approach to Acne Keloidalis Nuchae Based on Lesion Morphology. *J Cutan Aesthet Surg*. 2021 Apr-Jun;14(2):256-259.
12. Labib, A; salfty, L; powell, B. Acne keloidalis nuchae: uma reconstrução encenada. *Cureus*. 2021 Sep 13(9):e18173.