

CENTRO ALPHA DE ENSINO  
ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE HOMEOPATIA  
MARCIA MARIA COSTA GIACON GIUSTI

ABORDAGEM HOMEOPÁTICA DA ACNE

SÃO PAULO

2015

**MARCIA MARIA COSTA GIACON GIUSTI**

**ABORDAGEM HOMEOPÁTICA DA ACNE**

Monografia apresentada a ALPHA/APH como  
Exigência para obtenção do título de  
especialista em Homeopatia.

Orientador: Mario Sérgio Giorgi

**SÃO PAULO**

**2015**

Giusti, Márcia Maria Costa Giacon  
Abordagem Homeopática na Acne/ Márcia Maria  
Costa Giacon Giusti  
São Paulo, 2015.  
46f.

Monografia – ALPHA/APH, Curso de Pós Graduação  
em Homeopatia.

Orientador: Mario Sérgio Giorgi

1. Acne 2 Homeopatia. 3. Individualização Terapêutica I.  
Título

“Os mais inestimáveis tesouros são:  
a consciência irrepreensível e a boa saúde.  
O amor a Deus e o estudo de si mesmo oferecem uma;  
a homeopatia oferece a outra”.

*Samuel Hahnemann*

Agradeço primeiramente a Deus pela minha vida.  
Agradeço à minha família, sempre tão presente.  
Agradeço a todos os professores da Alpha de Ensino –  
Associação Paulista de Homeopatia por nos proporcionar  
o conhecimento desta especialidade tão ímpar, e aos  
funcionários, sempre muito receptivos.

## **RESUMO**

Este trabalho apresenta um levantamento bibliográfico sobre o estudo da acne, descrevendo muitos pontos importantes sobre a sua fisiopatologia, quadro clínico, diagnóstico e tratamentos convencionais, além de descrever os cuidados locais e as interferências da dieta sobre a acne, e enfatiza a possibilidade terapêutica homeopática, desde a semiologia visual da acne até a busca dos medicamentos constitucionais dos pacientes, considerando que a terapêutica homeopática se baseia na totalidade sintomática de cada indivíduo.

Palavras Chave: Acne; Homeopatia; Individualização terapêutica

## **ABSTRACT**

This paper presents a literature review on the study of acne, describing many important points about the pathophysiology, clinical presentation, diagnosis and conventional treatments, as well as describe the local care and interference of diet on acne, and emphasizes the possibility homeopathic treatment from the look of acne semiotics to the pursuit of constitutional medicines of patients, whereas homeopathic therapy is based on symptomatic totality of each individual.

Keywords: Acne; Homeopathy; Individualizing therapy

## LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

### SIGLAS

DHEA-S - sulfato de dehidroepiandrosterona

DHT - dihidrotestosterona

IGF-1 - fator de crescimento semelhante à insulina-1

IGFBP-3 - proteína ligadora do fator de crescimento semelhante à insulina-3

SHBG - globulinas ligadoras aos hormônios sexuais

TGF- $\beta$  - fator de transformação de crescimento- $\beta$



## LISTA DE ABREVIATURAS

*Abrot - Abrotanum*

*Agar - Agaricus*

*Alum - Alumina*

*Am-c - Ammonii carbonas*

*Ant-c - Antimonium crudum*

*Arn - Arnica montana*

*Ars-i - Arsenici iodidum*

*Ars-s - Arsenicum sulphuratum*

*Ars-s-f - Arsenicum sulphuratum flavum*

*Asaf – Asa foetida*

*Aur - Aurum*

*Aur-br – Aurum bromatum*

*Bell - Belladonna*

*Calc - Calcarea*

*Calc-s – Calcarea sulphurica*

*Carb-v – Carbo vegetabilis*

*Caust - Causticum*

*Chin - China officinalis*

*Chin-s - Chininum sulphuricum*

*Crot-h - Crotalus horridus*

*Cycl - Cyclamen*

*Hep - Hepar sulphur*

*Kali-br - Kali bromatum*

*Kali-bi - Kali bichromicum*

*Kali-br - Kali bromatum*

*Kali-c - Kali carbonicum*

*Kali-I - Kali iodatum*

*Kali-m - Kali muriaticum*

*Kali-s - Kali sulphuricum*

*Lach - Lachesis*

*Led - Ledum palustre*

*Merc - Mercurius solubilis*

*Mez - Mezereum*

*Nat-c – Natrum carbonicum*

*Nat-s – Natrum sulphuricum*

*Nit-ac – Acidum nitricum*

*Petr - Petroleum*

*Plb - Plumbum*

*Phos – Phosphorus*

*Psor - Psorinum*

*Puls - Pulsatilla nigricans*

*Rad-b - Ranunculus bulbosus*

*Rhus-t – Rhus toxicodendron*

*Sabad – Sabadila officinalis*

*Sel - Selenium*

*Sep - Sepia officinalis*

*Sil - Silicea*

*Staph - Staphysagria*

*Sul-ac - Sulphuricum acidum*

*Sulph - Sulphur*

*Tub - Tuberculinum bovinum*

*Thuj - Thuja*

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	11
PROPOSIÇÃO .....	11
REVISÃO DE LITERATURA	
CONCEITO DE ACNE .....	12
EPIDEMIOLOGIA .....	12
FISIOPATOLOGIA .....	13
QUADRO CLÍNICO.....	15
LOCALIZAÇÃO DAS ACNES .....	16
DIAGNÓSTICO .....	17
DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS .....	18
TRATAMENTO CONVENCIONAL.....	18
ACNE E DIETA .....	22
ASPECTOS EMOCIONAIS DO INDIVÍDUO COM ACNE.....	28
ENFOQUE HOMEOPÁTICO NA ACNE.....	30
SEMIOLOGIA DA ACNE .....	38
IMPORTÂNCIA DO TERRENO.....	41
CONCLUSÃO .....	42
REFERÊNCIAS .....	4

## **INTRODUÇÃO**

A acne é uma doença cutânea, que tem origem no folículo pilossebáceo. Apresenta um quadro clínico bem marcante, considerada, muitas vezes, como evento fisiológico nos adolescentes. Sofre interferências de muitas variáveis, podendo expressar repercussões emocionais importantes. Ainda há muitos questionamentos nas respostas terapêuticas, sendo alvo de muitos estudos.

## **PROPOSIÇÃO**

Considerando a acne como uma doença do organismo e não simplesmente localizada na pele, este estudo tem o objetivo de demonstrar que o diagnóstico e, conseqüentemente, a terapêutica da acne devem vincular todos os esforços em avaliar o indivíduo com único, baseado na sua totalidade sintomática.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

### **CONCEITO DE ACNE**

A acne é uma doença cutânea pleomórfica inflamatória crônica do folículo pilossebáceo.

### **EPIDEMIOLOGIA DA ACNE**

Segundo Isaacsson et al (2014), a acne vulgar ou juvenil tem uma prevalência alta entre adolescentes de ambos os sexos.

Selores (2011) relata que a acne é um dos principais motivos de consulta dermatológica do adolescente. Oito em cada dez adolescentes sofre de acne, mas só um em doze recorre ao dermatologista.

Brenner et al (2006) referem que a acne pode ocorrer em adolescentes e adultos, sendo possível caracterizá-la muitas vezes como fisiológica pela frequência que ocorre de forma temporária na puberdade, correlacionando-se mais com a idade puberal do que com a idade cronológica. Além do período da adolescência, a acne pode ocorrer também em outras fases da vida. A ação dos andrógenos maternos nas primeiras seis semanas de vida é responsável pela acne neonatal. A acne infantil é mais comum em meninos e se inicia entre o terceiro e sexto mês de vida, pelas secreções precoces de andrógenos. A acne do adulto é mais freqüente em mulheres (acne da mulher madura),

sendo uma continuação da acne da adolescência ou tendo início na idade adulta. Na acne da mulher madura o quadro se exacerba com o ciclo menstrual e pode estar associado a outros sinais de hiperandrogenismo, como seborréia, acne, hirsutismo e alopecia. Outras variantes incluem a acne escoriada, fundamentalmente de origem neurótica ou psicótica; a acne estival ou do verão, que ocorre após a exposição solar, e a acne cosmética, decorrente do uso de produtos tópicos oclusivos.

Segundo Costa et al (2010), a acne ocorre em todas as raças, embora seja menos intensa em orientais e negros (10). Um estudo (SOBRAL FILHO et al, 1993) explicou que esta doença sofre importante impacto genético, o qual se dá, somente, sobre o controle hormonal, a hiperqueratinização folicular e a secreção sebácea.

## **FISIOPATOLOGIA**

Segundo Pawin et al (2004), a acne resulta da interação de quatro principais pilares da sua patogênese:

1. Hiperplasia sebácea que resulta em aumento da produção de gordura local: os andrógenos (testosterona, sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEA-S), androstenediona) são convertidos, nos receptores da glândula sebácea, pela enzima 5 $\alpha$ -reductase tipo I, em dihidrotestosterona (DHT), substância esta responsável pelas alterações sebáceas, nas áreas ditas seborréicas.
2. Anomalias na diferenciação e adesão queratinocitária no folículo piloso que condiciona obliteração do folículo e formação de comedões.

Estes dois primeiros fatores são os principais responsáveis pela formação dos comedões, que constituem a lesão elementar da acne, pois são neles que são produzidos os fenômenos que conduzem à formação das lesões inflamatórias.

Brenner et al (2006) relatam que a comedogênese e a produção de sebo são diretamente favorecidos pela mudança dos padrões estruturais da glândula por estímulo hormonal, que geralmente ocorre na adolescência e, também, em casos de alterações hiperandrogênicos. As glândulas pilossebáceas sofrem uma modificação importante para o processo de formação da acne, com uma hipertrofia de toda a glândula decorrente da ação androgênica sobre sua estrutura, não necessariamente levando à formação de acne, mas podendo criar condições para a formação do comedão. Uma hiperproliferação no infundíbulo da glândula (porção epidérmica) forma uma “rolha” e oclui o óstio ductal, impedindo a drenagem do sebo normalmente produzido pela glândula e favorecendo a comedogênese. Além da barreira mecânica produzida pelo comedão, existe também uma hiperestimulação androgênica para a produção da secreção sebácea.

3. Colonização bacteriana dos folículos por microorganismos *Propionibacterium acnes* e *Staphylococcus albus*, responsáveis por alteração dos lipídios do sebo, principalmente pela formação de ácidos graxos livres, que têm propriedades pró-inflamatórias.

Segundo Brenner et al (2006), a produção de sebo retida pelo comedão obstruído propicia a colonização principalmente bacteriana pelo *Propionibacterium acnes* e a instalação do processo inflamatório e infeccioso em toda a glândula. Os pacientes com acne têm glândulas sebáceas maiores e produzem mais sebo que os



indivíduos sem acne, que praticamente não têm o *Propionibacterium acnes* na flora cutânea.

4. Reação inflamatória e imunitária, levando à liberação de vários mediadores inflamatórios, com ruptura da parede da glândula sebácea, reação esta responsável pelas lesões inflamatórias.

A influência do ciclo menstrual no agravamento da acne pode ser explicado, por dois dias antes do início do mesmo, ocorrer a diminuição do diâmetro de abertura do folículo pilossebáceo condicionando a redução do fluxo do sebo para a superfície.

## **QUADRO CLÍNICO**

Selores (2011) descreve clinicamente as acnes, caracterizando-as da seguinte forma:

- comedões fechados (pequenos cistos subcutâneos ou pontos brancos);
- comedões abertos (conhecidos por pontos negros);
- pápulas;
- pústulas;
- abscessos: ocorrem nas formas mais graves, podendo gerar cicatrizes.

Segundo Selores (2011), as diferentes lesões das acnes podem aparecer individualmente ou em conjunto, em graus de severidade e intensidade variáveis.

## **CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA**

Segundo FreedBerg et al (1999), a acne pode ser classificada em inflamatória e não-inflamatória, conforme as lesões predominantes, podendo ser graduada de I a V, relacionada à gravidade:

- Acne grau I: não inflamatória ou comedoniana, com predomínio de comedões.
- Acne grau II: predomínio de lesões pápulo-pustulosas, além dos comedões.
- Acne grau III: presença de nódulos e cistos
- Acne grau IV: uma forma severa da doença com múltiplos nódulos inflamatórios, com a formação de abscessos e fístulas.
- Acne fulminante ou grau V: forma rara e grave, de instalação abrupta, acompanhada de manifestações sistêmicas (febre, leucocitose e artralgia).

Selores (2011) refere que a evolução da acne ocorre por surtos de melhoria e agravamento, regredindo em regra na segunda década de vida.

## **LOCALIZAÇÃO DAS ACNES**

Segundo Selores (2011), a face é a área anatômica mais atingida, principalmente região frontal e centro facial, com progressão para o tronco, principalmente na metade superior do dorso e região pré-esternal, áreas estas com maior quantidade em folículos sebáceos.

## **DIAGNÓSTICO**

Para Brenner et al (2006), o diagnóstico da acne é impreterivelmente clínico e se estabelece pela análise clínica das lesões, localizadas principalmente na face, no dorso e no tórax. As lesões devem ser caracterizadas pela presença do comedão, que pode ser fechado, com aspecto esbranquiçado, geralmente medindo de 1 a 2mm, ou aberto, de cor enegrecida devido à oxidação das gorduras e aumento da deposição de melanina, podendo evoluir com a formação de pústulas de até 1cm de diâmetro. Se houver a presença de cistos, nódulos e abscessos, isso corresponde a uma fase avançada da acne, podendo ter tamanhos variados. Esses freqüentemente drenam secreção purulenta e deixam cicatrizes, que podem ser uma consequência natural das lesões inflamatórias, ou o resultado da manipulação das lesões pela destruição das células germinativas localizadas na região mediana do folículo.

## **DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS**

Brenner et al (2006) relatam que os principais diagnósticos diferenciais envolvem as foliculites, rosácea, dermatite perioral, erupções acneiformes e tumores benignos, como hiperplasia sebácea, siringoma e esclerose tuberosa.

## **TRATAMENTO CONVENCIONAL**

Segundo Jurj (2013), os objetivos do tratamento convencional da acne são:

- reduzir a produção das glândulas sebáceas;
- acelerar a renovação celular cutânea;
- diminuir a infecção;
- evitar a disseminação da infecção

O tratamento convencional para a acne compreende os cuidados gerais, tratamento tópico, sistêmico, hormonal e cirúrgico, sendo este último indicado quando predominam as cicatrizes e os cistos.

Para Brenner et al (2006), a escolha do tratamento depende do grau de acometimento da pele, da tolerância e, no nosso meio, do poder aquisitivo dos pacientes. Muitas vezes, as formas de tratamento podem ser usadas simultaneamente para o controle mais rápido das lesões.

Para Selores (2011), a resolução da acne demanda um tempo, muitas vezes o tratamento precisa ser muito longo, mas deve ser iniciado o mais precocemente possível para minimizar as cicatrizes.

#### 1) Cuidados Locais:

Rasmussen (1982) descreve que os cuidados do dia-a-dia também podem auxiliar o tratamento da acne, como alguns cuidados locais. A lavagem das áreas afetadas várias vezes ao dia apresenta pouco efeito, mas mostra uma melhora no aspecto da face oleosa, podendo ser utilizado sabonete de boa qualidade, exceto os sabonetes antibacterianos, que não são benéficos. Já os sabonetes abrasivos levam à esfoliação da pele, mas também podem provocar irritação e diminuir a adesão ao

tratamento. As compressas de água quente ajudam a amolecer os cômedos, tornando a sua remoção mais fácil. O uso de produtos pouco oleosos com base alcoólica ou em gel é indicado, enquanto cremes, loções e cosméticos oleosos devem ser evitados.

## 2) Tratamento tópico

Para Selores (2011), o tratamento tópico é indicado nas formas leves e moderadas da acne ou como adjuvantes das terapêuticas sistêmicas. Os medicamentos mais frequentemente prescritos são os retinóides tópicos e antimicrobianos (antibióticos tópicos e o peróxido de benzoílo). Os produtos contendo ácido azelaico, glicólico ou salicílico têm eficácia limitada, mas podem ser utilizados nas fases de manutenção como adjuvantes de primeira linha.

- Retinóides: são produtos de primeira linha na acne leve e moderada. O seu principal mecanismo de ação consiste na normalização da descamação alterada do epitélio infundibular com consequente inibição da comedogênese. Diminuem o número de microcomedões maduros e lesões inflamatórias, aumentam a penetração de outros medicamentos e, devido ao potencial irritativo, recomenda-se a sua aplicação inicialmente em dias alternado, preferencialmente à noite. São contraindicados em grávidas e lactentes.

São exemplos de Retinóides: Tretinoína em creme (0,025% e 0,05%) e em solução (0,1%), isotretinoína (ácido 13-cisretinóico) em gel (0,05%) e Adapaleno em creme e em gel (0,1%).

- Antibióticos: a principal indicação dos antibióticos tópicos é a acne com discreta inflamação. Atuam na colonização bacteriana, na inflamação e na resposta imunitária. Para evitar o aparecimento de resistência bacteriana, a sua utilização não deve ultrapassar 6 a 8 semanas após resposta ou ineficácia terapêutica.

São exemplos de antibióticos tópicos: eritromicina à 2 a 4%, clindamicina à 0,1%.

- Peróxido de Benzoílo: tem uma atividade bactericida, anti-inflamatória e comedolítica discreta. Não induz resistência bacteriana. É aconselhável a sua utilização com antibióticos tópicos. Os seus efeitos secundários vão desde irritação, sensação de queimadura, descoloração da roupa e cabelo. Devem ser aplicados à noite, gradualmente, 30 minutos após lavar a face para minimizar o risco de irritação local.

São exemplos de Peróxido de Benzoílo: creme, gel, solução ou gel limpeza à 5 a 10%

### 3) Tratamento sistêmico

Para Selores (2011), o tratamento sistêmico é indicado nas formas moderadas e graves da acne inflamatória, através da utilização dos antibióticos sistêmicos que, como os tópicos, reduzem as concentrações do *Propionibacterium acnes*, a bactéria relacionada com a acne.

As ciclinas (tetraciclina, doxiciclina e minociclina) são os antibióticos de primeira linha devido a sua vantagem em termos de eficácia, segurança e resistência bacteriana. Mas se encontram contra-indicados para indivíduos com idade inferior a 12 anos, pois podem provocar hipoplasia do esmalte e descoloração dentária. Também podem ser

responsáveis pela resistência bacteriana, devendo ser limitado o seu uso a 3 a 4 meses, e nunca associar um antibiótico tópico concomitantemente.

Os macrolídeos (eritromicina e azitromicina) são antibióticos bem tolerados e estão indicados para indivíduos com idade inferior a 12 anos, grávidas ou quando há contra-indicação para as ciclinas.

A Isotretinoína é a única terapêutica que atua nos quatro fatores fisiopatológicos da acne. Seu principal efeito adverso é o elevado potencial teratogênico durante o tratamento e nas seis semanas após a sua conclusão. Portanto, recomenda-se uma contracepção eficaz, devendo ser dada informação por escrito à doente e / ou seu representante legal. Mas continua controverso o efeito da isotretinoína sobre o humor, a tendência para a depressão e ideias suicidas, sendo adequado alertar o paciente e seus familiares. Não se deve associar antibióticos do grupo das tetraciclina pela possível potencialização do efeito hipertensor intracraniano. Também poderá ocorrer dislipidemia, sendo aconselhável a determinação dos triglicerídeos, colesterol total e frações em jejum, bem como estudo da função hepática, hemograma com plaquetas antes do início da terapêutica e 4 a 6 semanas durante a mesma.

#### 4) Terapêutica hormonal

Stoll et al (2001) relata que a terapêutica hormonal está indicada para jovens sexualmente ativas que apresentem acne inflamatória, ou quando o quadro de acne está associada a hirsutismo ou irregularidades menstruais. O objetivo desta terapêutica é reduzir a atividade androgênica na glândula sebácea e do infundíbulo folicular.

## 5) Tratamento cirúrgico

O tratamento cirúrgico está indicado para as cicatrizes e os cistos.

## ACNE E DIETA

Costa et al (2010) discutem, a partir de vários artigos científicos, a influência da dieta e dos hormônios na gênese da acne, conforme relatado a seguir:

### - Hábitos alimentares ocidentais e acnes

É sugerido que os hábitos alimentares ocidentais podem levar ao surgimento da acne. Em um estudo (CORDAIN et al, 2005), foram avaliadas mais de 1.200 indivíduos de duas sociedades não ocidentalizadas (ilhas Kitavan, de Papua - Nova Guiné, e os povos Ache, do Paraguai), e foi atribuída a ausência de acne nessas populações ao seu padrão alimentar, por haver baixo índice glicêmico em comparação com as dietas ocidentais. Em outro estudo (SCHAEFER, 1971), que avaliou dados epidemiológicos da população de esquimós *Inuit*, detectou-se que os mesmos não apresentavam acnes até a introdução dos hábitos alimentares ocidentalizados. Assim, postula-se que o consumo frequente de carboidrato de alto índice glicêmico pode expor adolescentes à hiperinsulinemia aguda, influenciando no crescimento epitelial folicular, na queratinização e na secreção sebácea.



- Relação da dieta como acelerador da maturação sexual e consequente desencadeante da acne:

A melhora da nutrição da população tem sido associada à maturação sexual precoce e ao desenvolvimento da acne em jovens. Em um estudo, Frisch et al (1980) demonstram que adolescentes com hábitos de ingestão de alimentos com baixo índice glicêmico apresentam atraso na menarca, semelhante ao que ocorre em atletas e bailarinas. Já, em um estudo de coorte longitudinal (LUCKY et al, 1994), com duração de cinco anos, em que foram incluídas 871 meninas, concluiu-se que o quadro comedoniano grave foi mais prevalente em meninas com menarca precoce e com altos níveis de diidroepiandrosterona, um andrógeno adrenal.

- Influência da hiperinsulinemia na concentração de andrógenos e na produção sebácea:

A hiperinsulinemia, decorrente do aumento dos níveis de andrógenos, estimula a produção sebácea, que tem papel fundamental na gênese da acne. Quando há uma restrição calórica na dieta, ocorre uma diminuição na taxa de excreção sebácea, que pode se reverter com o retorno a uma dieta normal. A hiperinsulinemia influencia a concentração do fator de crescimento semelhante à insulina-1 (IGF-1) e da proteína ligadora do fator de crescimento semelhante à insulina-3 (IGFBP-3), os quais agem na proliferação dos queratinócitos e na apoptose. Na hiperinsulinemia, há elevação nas taxas de IGF-1, enquanto os níveis de IGFBP-3 diminuem, levando a um desequilíbrio que leva à hiperproliferação dos queratinócitos. O IGF-1 parece mediar fatores comedogênicos, como andrógenos, hormônio de crescimento e glicocorticóides. Em estudos humanos (ADEBAMOWO et al, 2005; ADEBAMOWO et al, 2006), demonstrou-

se que o andrógeno aumenta os níveis séricos de IGF-1, assim como os níveis de IGF-1 aumentam os de andrógenos. Assim, estabelece-se, um círculo vicioso, acarretando um aumento na produção de sebo.

- O consumo de leite como estímulo à produção da acne:

Segundo estudos (ADEBAMOWO et al, 2005; ADEBAMOWO et al, 2006), apesar de possuir baixo índice glicêmico, o leite induz, paradoxalmente, ao aumento dos níveis de IGF-1, favorecendo o surgimento e/ou agravação da acne, o que será maior quando da ingestão de leite desnatado. Isso demonstra que essa associação não se deve ao conteúdo de gordura no leite, reforçando a teoria dos níveis de IGF-1.

O leite contém hormônios, como estrógeno, progesterona, precursores androgênicos e esteróides 5 $\alpha$ -redutase-dependentes (5 $\alpha$ -androstenediona, 5 $\alpha$ -pregnonadiona e diidrotestosterona), que podem colaborar na comedogênese. O leite é também enriquecido com outras moléculas bioativas que agem na unidade pilossebácea, como glicocorticoides, fator de transformação de crescimento- $\beta$  (TGF- $\beta$ ), peptídeos hormonais semelhantes à tireotropina e compostos semelhantes a opiáceos. É sugerido que o processamento do leite desnatado altere a biodisponibilidade dessas moléculas bioativas ou a interação das mesmas com as proteínas de ligação. Assim, o balanço dos constituintes hormonais do leite desnatado pode estar alterado, culminando em maior risco para a comedogênese. Além disso, para parecer com a consistência do leite integral, proteínas do soro do leite, especialmente, a  $\alpha$ -lactoalbumina, são acrescentadas à fórmula do leite desnatado e, somado ao baixo teor de gordura, também podem desempenhar papel importante na comedogênese. Outro fator que pode estar envolvido na etiologia da acne é o iodo contido no leite, já que é

conhecido que a ingestão de iodo pode exacerbar a acne. Ele é decorrente da suplementação da dieta oferecida aos animais e do uso de soluções à base de iodo nos equipamentos de ordenha.

Assim, recomenda-se que se evite a ingestão de laticínios e carboidratos com alto índice glicêmico, pois, postula-se conseguir diminuir os níveis de IGF-1, o qual age, sinergicamente com a diidrotestosterona, na unidade pilosebácea de indivíduos geneticamente predispostos.

- Relação entre o metabolismo da insulina e a acne:

A acne é uma característica clínica da Síndrome dos Ovários Policísticos, que clinicamente se apresenta com obesidade, hiperinsulinemia, resistência insulínica e hiperandrogenismo, além de altos índices de andrógenos, IGF-1 e baixas concentrações das globulinas ligadoras aos hormônios sexuais (SHBG). A insulina e o IGF-1 estimulam a síntese de andrógenos ovarianos e testicular; inibem a síntese hepática das SHBG e, conseqüentemente, aumentam a biodisponibilidade dos andrógenos teciduais circulantes. Segundo estudo (STEINER, 2002), altas concentrações de andrógenos, insulina e IGF-1 podem estar associadas com a acne da mulher adulta. Os níveis de andrógenos podem ser minimizados pela diminuição da resistência à insulina, através da perda de peso e pelo uso de medicamentos específicos.

- Benefício de uma dieta de baixo índice glicêmico na evolução clínica da acne:

Para sintetizar lipídios, as glândulas sebáceas precisam de energia, que pode ser adquirida pela beta-oxidação dos ácidos graxos e/ou pelo catabolismo da glicose.

Para Downie e Kealey (2004), o padrão de síntese de lipídios é mantido pelo glicogênio. Assim, é possível que a ingestão de alimentos com baixo índice glicêmico possa alterar os estoques de glicogênio nas glândulas sebáceas, podendo ser fator limitante na lipogênese, pois é postulado que alimentos com baixo índice glicêmico influenciem na composição sebácea através de efeitos metabólicos e/ou, secundariamente, os níveis hormonais de testosterona livre e andrógenos. A dieta à base de alimentos com baixo índice glicêmico pode reduzir a biodisponibilidade da testosterona e a concentração do sulfato de diidroepiandrosterona.

- Influência da dieta rica em zinco e vitamina A como papel protetor para a acne:

Michaesson et al (1977) realizou um estudo com a análise das concentrações sanguíneas de proteína ligadora do retinol, que provém do metabolismo tecidual da vitamina A ingerida na dieta, e de zinco em 173 pacientes com acne e em grupo-controle. Os pacientes com acne revelaram níveis inferiores de ambos e estes eram menores ainda nos que apresentavam acne grave. Tal achado confirma o papel relevante da vitamina A e do zinco na etiologia da acne.

- Influência do consumo de chocolate na gênese da acne:

Em um estudo realizado por cientistas australianos (Brand-Miller et al, 2003), comparou-se o perfil plasmático após a ingestão de alimentos à base de chocolate com os mesmos alimentos sem esse produto. Detectou-se um aumento na insulinemia pós-prandial em adultos jovens magros que fizeram uso dos produtos achocolatados (média 28% maior); sendo que os maiores índices ocorreram com o leite achocolatado (média 48% maior que o leite não achocolatado) e com os enriquecidos com chocolate negro,

em comparação com o branco (13% maior). Estes achados podem ocorrer pelo fato de que o chocolate é rico em compostos biologicamente ativos, como cafeína, teobromina, serotonina, feniletilamina, triglicérides e ácidos graxos canabióides-like, os quais aumentam a secreção, bem como a resistência periférica à insulina. Os aminoácidos presentes no chocolate (como a arginina, a leucina e a fenilalanina) são extremamente insulínotropicos, quando ingeridos com carboidratos. Outros aminoácidos (valina, lisina e isoleucina), encontrados em alimentos ricos em lactose, podem gerar tal comportamento plasmático. Estas reações geram a hiperinsulinemia que, como já visto anteriormente, estão envolvidos na gênese da acne.

- Influência da obesidade na gênese da acne:

Em um recente estudo realizado com gêmeos (WOLF et al, 2004), sendo 458 deles monozigóticos e 1.099 dizigóticos, não houve diferença significativa no quadro de acne entre os gêmeos em relação ao peso, ao índice de massa corporal, aos níveis de colesterol, aos triglicérides e ao nível de glicose no sangue.

Baseado neste trabalho, podemos sugerir que não é o quanto se come, mas sim o que se come que afeta o quadro de acne.

## **ASPECTOS EMOCIONAIS DO INDIVÍDUO COM ACNE**

O diagnóstico de acne vulgar não é difícil, o quadro clínico é bastante típico, com lesões e sintomas locais característicos e ausência de manifestações sistêmicas. Mas um aspecto a ser considerado no indivíduo com acne é o grau de sofrimento

psicossocial do paciente. O período da adolescência é conturbado pelas diversas modificações corporais e psicológicas. Para Brenner (2006), muitas vezes, o aparecimento da acne favorece quadros de depressão e fobia social.

Para Fernandes (2000), considera-se que em toda dermatose, há a influência de fatores emocionais, mas alguns podem atuar no desencadeamento e evolução das mesmas. Em relação às acnes, a acne vulgar é um exemplo de dermatose com influência de fatores emocionais. Algumas doenças podem estar relacionadas às dermatoses, como a ansiedade, depressão e sintomas obsessivos compulsivos, que podem ser discretos o suficiente, não caracterizando a doença, mas influenciando a evolução das mesmas.

Para Isaacsson (2014), assim como a psoríase e o eczema atópico, a acne também pode interferir no funcionamento social e ocupacional, modificando a qualidade de vida dos pacientes e desencadeando e/ou piorando problemas emocionais. A aparência da pele é importante para a autoimagem do indivíduo e sua interação social, e, quando afetadas por uma doença, podem gerar alterações emocionais importantes, chegando até quadros de depressão e ansiedade. Falta de confiança, isolamento social, sentimentos de insegurança e inferioridade, limitações nas oportunidades profissionais, dificuldades no trabalho e no relacionamento interpessoal e idéias suicidas são relatados como efeitos de mudanças ocorridas em indivíduos com acne.

Para Fernandes (2000), como sintoma inicial comum às dermatoses, associada a componente emocional, podemos encontrar o simples prurido. O mesmo é causado pelo estímulo das fibras amielínicas sub-epidérmicas que, sucessivamente atinge os plexos nervosos dérmicos, nervos sensitivos espinhais, sistema espinotalâmico, hipotálamo e córtex cerebral. Este estímulo atua, provavelmente, pela liberação de

mediadores como histamina, prostaglandina, quinina, serotonina, proteases e substância P. O ato de coçar alivia o prurido por diminuir o número de impulsos aferentes à medula e por deprimir a liberação de substâncias mediadoras. O prurido pode ser um fator importante na gênese do quadro dermatológico. Ele pode ser psicogênico, excluídas todas as outras causas, através da estimulação direta da área sensorial do prurido no córtex cerebral, constituindo sintoma de doença miasmática.

Selores (2011) refere que, apesar da acne não ser considerada uma doença grave, pode ser muito incômoda e desfigurante, conduzindo à perda de autoestima e rejeição social.

## **ENFOQUE HOMEOPÁTICO NA ACNE**

Segundo Jurj (2013), a homeopatia pode constituir um valioso tratamento para a acne, na medida em que considera os sintomas e sinais mais peculiares da doença. Assim, o médico homeopata precisa identificar o medicamento correto de modo individualizado. Na homeopatia, o alvo do tratamento não é a acne, mas o paciente, necessitando realizar a individualização terapêutica. Para a propedêutica homeopática, o importante é o reconhecimento da sintomatológica peculiar dos diversos medicamentos. Os sintomas e sinais básicos relacionados à acne são os mesmos em todos os casos, mas há diferenças sutis que permitem individualizá-los, e a associação com sintomas e sinais específicos em outras áreas nos possibilita o diagnóstico diferencial entre os medicamentos.

Para Kossak-Romanach (1997), muitos trabalhos mostram a grande frequência com que as manifestações cutâneas denunciam as afecções gerais e vice-versa, sendo acompanhadas do comprometimento de diferentes órgãos e sistemas, evidenciando uma reação em conjunto, que poderá encontrar uma solução na lei da semelhança, associado ao enfoque unitário do indivíduo, onde a semiologia e a terapêutica estabelecem uma importante relação. Segundo Hahnemann, há uma integração estreita entre o sintoma local e totalidade orgânica, não admitindo a sua existência isolada.

Jurj (2012) relata que, do ponto de vista homeopático, as características da acne de cada paciente representam manifestações do seu medicamento individual. Considerando o organismo como uma unidade, o tipo de acne e suas formas clínicas não podem ser isolados do medicamento constitucional do paciente, da mesma maneira como o faz nos sintomas mentais, nos medos, nas idiossincrasias alimentares, etc. A diferença é que, na acne, o medicamento se refere à nossa percepção imediata. O autor considera duas situações em relação a uma queixa de acne em uma consulta:

- Na primeira, a acne é o motivo da consulta. Trata-se de casos severos, associados às complicações, ou acompanhados por repercussões na vida social do paciente. Nesta situação, a acne é o foco principal, a doença a tratar.
- Na segunda, o paciente vai à consulta por alguma outra queixa e a acne é observada durante a consulta como um fator secundário e que, muitas vezes, não afeta significativamente a qualidade de vida do paciente. A acne é fator concomitante e, que o ideal, seria levar em conta na anamnese homeopática, não omitindo esta observação na hora de escolher o medicamento mais adequado.

Kossak-Romanach (1997) considera que a abordagem homeopática das alterações cutâneas já diagnosticadas requer complementação semiológica específica,



proporcionando a estruturação da totalidade sintomática de forma coerente, permitindo ao médico homeopata distinguir um perfil personalizado de cada caso (Síndrome mínima de valor máximo), integrada pelas manifestações locais e gerais, que será correlacionada a uma das patogenesias existentes na matéria médica.

Kossak-Romanach (1997) relata que qualquer manifestação, seja local, geral ou mental, terá maior significado semiológico se for marcante, rara e, principalmente, sem explicação. As condições que valorizam o sintoma local são a raridade, intensidade, modalidade marcante, concomitância e alternância a outros sintomas, dependência de condições fisiológicas como o sono, a alimentação e menstruação. A caracterização repertorial das lesões cutâneas enfoca a lesão elementar seguida por condições de agravamento, tendência ao sangramento, sensações locais, acompanhadas ou não de dor, odor ou prurido, modo de distribuições, estado de secura e umidade, condições de alívio, aspecto e cor do conteúdo da lesão quando presente, a localização e lateralidade.

Segundo Jurj (2012), através da avaliação homeopática, é necessário considerar alguns elementos de particularização semiológica, encontrados na matéria médica ou no repertório, para diferenciar os tipos de acnes, como, por exemplo, localização, formas clínicas, características da pele e concomitâncias:

1. Localização: neste caso, o repertório nos proporciona muita ajuda, apesar de que algumas rubricas tendem a ser incompletas e exigem técnicas avançadas de repertorização. Mas há algumas localizações seguras, como por exemplo, a testa nos halogênios, a linha de implantação do cabelo em *Natrum muriaticum*, as orelhas em

*Calcarea sulphurica*, as pregas inguinais em *Medorrhinum*, as axilas em *Hepar sulphur*, distribuição simétrica em *Arnica montana*.

2. Formas clínicas: é necessário analisar os elementos semiológicos da acne, a partir das noções básicas de fisiologia e morfolopatologia. O médico homeopata necessita observar o aspecto das lesões e compreender o que ocorre em cada nível das lesões. Para ajudar nesta avaliação, são importantes observar os elementos semiológicos a seguir:

1a) Sinais de inflamação (calor, rubor, dor e edema): devem ser observados na superfície e na profundidade, como sinais de congestão da pele ao redor dos folículos.

- Inflamações superficiais: podemos observar uma base congestiva extensa e congestão em áreas aonde a foliculite não é visível, como no caso das “acnes sulfúricas” ou de outros medicamentos congestivos (*Arn*, *Bell*, *Lach*, compostos de bromo e de iodo). Já a acne rosácea apresenta um fundo eritematoso sobre o qual aparece a inflamação folicular, com cor cianótica, observadas em medicamentos como *Carbo vegetabilis* e *Lachesis*. Por outro lado, uma base congestiva mais reduzida e a área de vermelhidão ao redor de cada folículo menor e mais pálida pode ser observada nos medicamentos “frios”, como os derivados do silício ou do arsênico (exceto *Ars-i* e *Ars-s*). Para Jurj (1999), as características da acne na *Belladonna* são as acnes predominantemente inflamatórias, elementos cobrindo uma larga superfície, como se houvesse pequenos furúnculos, acompanhada de dor, principalmente na cabeça.

- Inflamações profundas: se referem à extensão de propagação da inflamação na direção da hipoderme, como ocorrem em medicamentos com radicais enxofre, flúor e bromo, medicamentos sifilíticos, como os mercuriais, e os derivados do potássio. A foliculite se caracteriza por consistência endurecida e dor profunda pelo toque ou ao espremer as lesões, havendo comprometimento das terminações nervosas dérmicas (*Arn, Hep, Kali-s, Lach, Led, Merc, Rad-br*).

1b) Supuração: ocorre como consequência de processos de superinfecção no folículo piloso inflamado. Devemos considerar alguns pontos a seguir:

- Velocidade de formação do pus: há medicamentos nos quais a infecção acontece rapidamente com aparecimento de pus, pústulas e furúnculos (radicais enxofre, mercúrio, potássio, em especial, *Kali-bi, Kali-br e Kali-i*); em outros, é lenta, com duração longa (radical silício), levando a formas endurecidas, dolorosas, aonde o pus é difícil de espremer (radicais silício e sódio).

- Tendência evolutiva na derme: é importante observar se a supuração permanece localizada em cada folículo. Pode aparecer um ponto pustuloso, fácil de espremer (radicais cálcio, sódio e silício, *Alum, Cycl, Lyc, Rhus-t*) ou com tendência a progredir em profundidade, levando a conglomerados dolorosos, com inflamação profunda e supuração duradoura, inclusive depois da expressão das lesões (medicamentos sifilíticos: radicais potássio e mercúrio, *Sul-ac*).

- Características do pus:

Aspecto e consistência: pus grosso, com aspecto de queijo (radical enxofre), congestão intensa (também *Kali-i*) ou evolução lenta e com pouca congestão (radical silício); pus

mais fluído (*Asaf, Lyc, Phos, Puls, Sil*); pus extremamente fétido (*Psor*, medicamentos carbônicos (*Carb-v, Caust, Graph*), *Hep* e *Thuj*).

Cor: em casos mais leves, o pus é esbranquiçado e inodoro e, à medida em que a cor evolui para o amarelo, verde ou cinza, temos que pensar em medicamentos mais tóxicos. Por exemplo: cor amarela (radicais sódio, cálcio, potássio, mercúrio, *Hep, Mez, Puls, Sep, Staph*); cor verde suja (medicamentos sífilíticos – radical mercúrio, *Aur, Aur-br, Asaf*); cor cinzenta: radicais arsênico, silício, mercúrio e flúor.

- Crostas: quanto mais supurativo um medicamento, maior a sua tendência para formar crostas. Dentre os medicamentos mais supurativos na acne, tem-se *Graph, Hep, Mez, Psor* e *Rad-br*.

1c) Formação de cistos, pseudocistos e comedões:

- comedões: retenções seborreicas das glândulas perifoliculares.
- cistos: ocorrem por obstrução completa do orifício glandular, não mais podendo eliminar a secreção seborreica.
- pseudocistos: há obstrução parcial, permitindo a expressão da secreção.

Os medicamentos em que a acne se associa com cistos, nódulos e comedões são o grupo dos halogenados, que têm como característica principal a presença de micronódulos, que aparecem concomitantemente à foliculite (radicais cálcio e enxofre) ou podem representar um estágio evolutivo, tanto precedendo (halogenados, *Lyc, Sep*), quando sucedendo à fase de foliculite (halogenados, *Sel, Tub*).

Em relação aos medicamentos que produzem comedões, *Kali-br* vem em primeiro lugar, (um dos medicamentos mais associados com cistos cutâneos), *Carb-v, Graph, Lyc, Petr, Psor, Sulph* e *Tub*, assim como medicamentos mais raramente

prescritos, *Sel*, em particular (mas, também *Abrot*, *Sabad*, etc.) – que, como *Tub*, pode produzir comedões supurativos.

Do ponto de vista miasmático, a tendência para produzir cistos é predominantemente tuberculínica (halogenados e *Tub*) e sicótica (*Nit-ac*, *Staph*, *Thu*).

1d) Cicatrizes: quanto mais profundas e extensas sejam as lesões no período agudo, mais destrutivo será o medicamento, e as cicatrizes se apresentarão mais profundas e extensas. Por outro lado, quanto mais dismórfico for o medicamento constitucional, tanto maior a sua tendência para curar, produzindo displasias teciduais e tanto mais particulares também serão suas cicatrizes, como ocorre nos medicamentos derivados do flúor o do bromo, onde poderemos encontrar, formação de quelóides e cicatrizes retraídas. Nos medicamentos derivados de radical silício, podemos encontrar sinais de comprometimento duradouro e supuração mas a qualidade dos processos de cura pode ser deficitária, resultando em cicatrizes profundas e extensas. Nesta categoria, devem ser lembrados outros dois medicamentos também pouco utilizados: *Carbo animalis* e *Copaiva*.

Considerando a cor das cicatrizes, a *Sep* e nos medicamentos do radical iodo, por exemplo, a cor é amarela ou marrom, enquanto que em *Carb-v* e *Ars*, a cor é bem escura, cinzenta ou preta.

3. Características da pele: tem importância na semiologia, terapêutica e no prognóstico da relação entre o tipo de pele e variedades de acne, além da manifestação do terreno.

Alguns tipos de pele, por exemplo, apresentam intensa secreção seborreica, com facilidade de apresentar infecções, associada a uma tendência cística, dificultando a eliminação da supuração, como é o caso dos medicamentos sulfúricos e halogenados.

O prognóstico destes casos é de acne de longa duração e uma verdadeira cura homeopática exige também modificar uma parte dessas características da pele.

Nos casos em que a acne aparece numa pele seca, devem-se lembrar os radicais arsênico e potássio (*Kali-c* em primeiro lugar) e os medicamentos *Alum*, *Chin*, *Graph*, *Plb* e *Rhus-t*, entre outros. Já nas peles oleosas, temos os radicais mercúrio, enxofre, ouro e zinco e os medicamentos *Thuj* e *Sel*. Medicamentos halogenados e derivados do zinco devem ser levados em conta quando a pele é seca na profundidade, mas está coberta por intensa secreção seboreica na superfície, produzindo um aspecto oleoso, ao primeiro olhar, que desaparece ao limpar a pele.

Em relação aos poros, ou seja, o grau de abertura dos folículos pilosos, há vários tipos, como:

- Invisíveis: aparecem em muitos medicamentos, como nos arsenicais
- Visíveis sem relevo: observam-se pequenos pontos de dimensões milimétricas que se congestionam facilmente (*Arn*, *Bell*, *Graph*, *Lach*, *Sulph*, radical cálcio).
- Visíveis com relevo: observados em medicamentos derivados do antimônio, *Bell* e *Med*.
- Visíveis com pequenas depressões: frequentes em pacientes obesos (*Calc*, *Graph*, *Kali-c*, *Nat-c*, *Nat-s*, *Sulph*).

É importante a comparação da pele na face com a pele no resto do corpo. Por exemplo, a presença de pele marmórea aponta para certos medicamentos (radical silício, *Agar*, *Carb-v*, *Crot-h*, *Lach*, *Puls*), assim como congestão na face e pele marmórea em outros locais (*Agar*, *Am-c*, *Bell*, *Kali-bi*, *Kali-m*, *Lach*, *Puls*).

Assim, todos os elementos da pele devem ser considerados como manifestações individuais do paciente.

4. Concomitâncias: referem-se a outras manifestações, fisiológicas ou patológicas, como aspectos de causalidade e hábitos.

## **SEMIOLOGIA DA ACNE**

Jurj (2012) relata que a descrição da expressão visual das acnes na matéria médica e nos repertórios pode ser descrita como elementos papulares e dolorosos, assim como supuração, cistos e cicatrizes, dificultando a definição do medicamento. Em pacientes do radical enxofre, sempre há a sintomatologia cutânea, seja na consulta atual, como na história pregressa.

A seguir, alguns exemplos sobre medicamentos derivados do enxofre, cujo maior representante é o Sulphur:

- Aspecto “sujo” da pele, congestão e inflamação: ocorrem em todas as manifestações cutâneas. A característica fundamental é a sensibilidade ao calor geral ou local, mesmo em paciente friorento (Ars-s, Hep), sendo os principais sinais de agravação o prurido, as erupções cutâneas, a agravação dos sintomas e sinais associados, podendo ser locais e gerais. São características as áreas de rubor em face, acompanhadas de venectasias, além da vermelhidão nos orifícios corporais, como lábios, pálpebras, mucosa nasal e ânus.
- Prurido: comum em todos os medicamentos do radical enxofre, podendo ser localizado, como nas pernas (Calc-s, Nat-s) e costas (Calc-s). Nas acnes, encontra-se o prurido propriamente dito, como também a queixa da necessidade de cutucar as lesões (Ant-c, Calc-s).

- Calor, queimadura e dor: comum na foliculite sulfúrica. A dor é mais acentuada e cobre superfícies puntiformes em Kali-s; acompanha-se de sensibilidade extrema ao toque em Hep; sensação de queimação local em Ars-s-f. É freqüente evoluir para a formação de furúnculos ou abscessos (Calc-s, Hep, Kali-s, Sulph), com períodos de agravação intensa, seguidos de períodos silenciosos, tendo como diagnóstico diferencial o radical silício, aonde a evolução é contínua e prolongada.
- Cicatrizes: é uma característica importante da acne de um paciente Sulphur, podendo progredir em profundidade, alcançando a derme, produzindo grandes cicatrizes que podem permanecer por muitos anos depois do desaparecimento da acne.
- Polimorfismo das lesões: são lesões em diversos estágios de evolução, sendo a base das lesões congestiva, de forma extensa (Hep, Sulph) ou limitada (Calc-s, Chin-s, Kali-s).

Para exemplificar, segundo artigo de Jurj (2013), a acne de pacientes *Arsenicum album* apresenta foliculite dispersa, poucos elementos, como pápulas e pústulas, bem separadas umas das outras, sobre uma base pouco eritematosa, pustulização mínima e, quando há pus, é de cor cinza. Geralmente respeita a face, sendo mais frequente no peito, ombros e costas e não tende a deixar cicatrizes.

Jurj (2013) também descreve outro exemplo marcante: a acne de pacientes *Pulsatilla nigricans*. A acne ocorre frequentemente durante a adolescência e não apresenta formas graves da doença. Aparece, em geral, relacionada a distúrbios hormonais (amenorréia, oligomenorréia), mas também em períodos posteriores da vida (menopausa). Pode estar associada a sensibilidade alimentar, como consumo excessivo de leite, carne, farináceos, além de qualquer excesso alimentar. Apresenta-se como uma foliculite papular, com inflamação local limitada a uns poucos folículos,



com predomínio na face (fronte, têmporas e bochechas), além de áreas expostas a fricção, como as nádegas, e a pressão exercida pelas alças das bolsas nos ombros. No diagnóstico, releva-se as características gerais do medicamento, como a associação de face quente com extremidades frias, necessidade de ar fresco e ventilação, assim como a necessidade de manter as mãos e os pés frios. Manter-se em quartos fechados ou ocorrer o resfriamento dos membros podem ser causas de descompensação, levando ao aparecimento de foliculite.

Jurj (2012) ilustra a importância do diagnóstico diferencial entre medicamentos, onde a queixa de acne é relevante: *Sulphur* propriamente dito e *Hepar sulphur*. Algumas características dos medicamentos serão citadas a seguir para auxiliar na diferenciação no momento do diagnóstico:

- *Hepar sulphur* apresenta lesão mais localizada e destrutiva, grande sensibilidade ao toque, evolução mais lenta e persistente, com períodos de agravação e de melhora e marcada tendência para progredir em profundidade, com expressão difícil da secreção. A pustulização é difícil e dolorosa e a sua destruição é muito maior, sendo frequentes os furúnculos, que são recorrentes e dolorosos. Em *Sulphur*, a evolução é mais rápida e ininterrupta, se estendendo desde a superfície até a profundidade e o conteúdo das pústulas é mais fácil de ser eliminado.

- *Hepar sulphur* é friorento e introvertido. Já o *Sulphur* é calorento e extrovertido.

- *Hepar sulphur* apresenta acne e furúnculos de repetição, especialmente nas axilas, com indicação cirúrgica. Já *Sulphur* apresenta furúnculos e processos inflamatórios por toda parte, associados a complicações.

## IMPORTÂNCIA DO TERRENO

Lembra Kossak-Romanach (1997) que a recidiva da acne, no decurso do tratamento homeopático para esta dermatose, encontra justificativa miasmática, significando que o organismo encontra obstáculos a serem superados em direção à cura, onde a acne representa apenas um sinal. A variação da dinâmica global de cada paciente implica em diferentes totalidades patogenéticas. A necessidade de repetidas avaliações para atualização do estímulo adequado para se obter o equilíbrio desejado e o desaparecimento da totalidade de sintomas, e não apenas da acne, significará a cura global deste paciente.

Kossak-Romanach (1997) refere que a pele pode ser um órgão alvo nas doenças psicossomáticas. A primeira etapa do estado psórico, caracterizada pelo prurido, tensão e ansiedade, manifestações estas iniciais de um indivíduo não lesional que evolui para a descompensação.

Segundo Kossak-Romanach (1997), há uma relação estreita entre a síndrome geral de adaptação e homeopatia, na medida que se indaga o porquê que portadores do mesmo diagnóstico exigem medicamentos diferentes. Na síndrome geral de adaptação, podem ocorrer duas eventualidades: diferentes portadores de diferentes diagnósticos podem ter o mesmo fator desencadeante; e diferentes portadores do mesmo diagnóstico podem ter diferentes fatores desencadeantes. Na homeopatia, também há duas eventualidades: diferentes portadores de diferentes diagnósticos

podem ter o mesmo simillimum; e diferentes portadores do mesmo diagnóstico podem ter diferentes simillimum.

Kossak-Romanach (1997) adverte sobre os tratamentos paliativos, onde o grande objetivo é silenciar, de forma transitória, um ou poucos sintomas dentro dos muitos que deveriam ser considerados, e enfatiza que uma vez removidos os sintomas perceptíveis do doente, desde que dentro dos princípios da semelhança, a alteração mórbida estará igualmente eliminada, resultando no estado de saúde.

## **CONCLUSÃO**

A acne é uma entidade nosológica, que se manifesta na pele, com apresentações clínicas variadas. Apresenta relativa facilidade no diagnóstico da lesão, o que poderia ser reduzido a um simples tratamento, mas, como já é sabido, não corresponde à realidade, frente às limitações terapêuticas e as possibilidades iatrogênicas.

Em relação à conduta para o tratamento da acne, como nos lembra Kossak-Romanach (1997), há dois comportamentos médicos bem distintos, que poderiam ser conciliados numa única entidade nosológica simples, ao considerarmos apenas o fragmento infundibular da glândula sebácea como verdadeiro responsável pela doença. Com os incessantes estudos nesta área, ao longo dos anos, foi descartada a possibilidade da glândula sebácea propriamente dita ser o único substrato desta dermatose. Já descreve Kossak-Romanach (1997): a acne é uma doença do organismo e não da pele. Consta, nos textos de Hahnemann, que não existem doenças locais,

mas sim localizadas, cabendo ao consenso orgânico a responsabilidade pelo aparecimento e desaparecimento de manifestação local, objetiva ou subjetiva.

Assim, a homeopatia pode ser considerada como uma opção de tratamento para a acne, onde o médico homeopata terá como foco principal, não simplesmente a acne como lesão cutânea, mas os sintomas e sinais mais peculiares da doença, de forma individualizada. Segundo Jurj (2013), na homeopatia, o alvo do tratamento não é a acne, mas o paciente que tem acne, necessitando realizar a individualização terapêutica. Na propedêutica homeopática, o importante é o reconhecimento da totalidade sintomática, permitindo ao médico homeopata diferenciar o perfil de cada caso (Síndrome mínima de valor máximo), que caracteriza aquele determinado paciente, e que resultará na prescrição do medicamento específico a ele naquele momento.

## REFERÊNCIAS

- ADEBAMOWO, C.A.; SPIEGELMAN, D.; BEREKEY, C.S.; DANBY, F.W.; ROCKETT, H.H.; COLDITZ, G.A. et al. **Milk consumption and acne in adolescents girls.** Dermatol Online J, 2006. 3012: 1
- ADEBAMOWO, C.A.; SPIEGELMAN, D.; DANBY, F.W.; FRAZIER, A.I.; WILLET, W.C.; HOLMES, M.D. **High school dietary dairy intake end teenage acne.** J Am Acad Dermatol 2005. 52: 207-14
- BRAND-MILLER, J.; HOLT, S.H.A.; DE JONG, V.; PETOCZ, P. **Cocoa powder increases postprandial insulinemia in lean young adults.** J Nutr, 2003. 133: 3149-
- BRENNER, F.M.; ROSAS, F.M.B.; GADENS, G.A.; SULZBACH, M.L.; CARVALHO, V.G.; TAMASHIRO, V. **Acne: um tratamento para cada paciente.** Rev Cien Méd Campinas, 2006. 15(3): 257-266.
- CORDAIN, I.; LINDBERG, S.; HURTADO, M.; HILL, K.; EATON, S.B.; BRAND-MILLER, J. **Acne vulgaris: a disease of Western civilizations.** Arch Dermatol, 2002. 138: 1584-90
- COSTA, A.; LAGE, D.; MOISES, T.A. **Acne e dieta: verdade ou mito?** An Bras Dermatol, 2010. 85(3): 346-53
- DOWNIE, M.; KEALEY, T. **Human sebaceous glands engage in aerobic glycolysis and glutaminolysis.** Br J dermatol, 2004. 151:320-7
- FERNANDES, M.E. **Dermatoses Psicogênicas.** 2000. Monografia para conclusão do curso de especialização em Homeopatia - Associação Paulista de Homeopatia, São Paulo, 2000.
- FREDBERG, I.M.; EISEN, A.Z.; WOLF, K.; AUNSTEIN, K.F.; GOLDSMITH, L.A.; KATZ, S.L. **Fitzpatrick's dermatology in general medicine.** 5<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill, 1999
- FRISCH, R.; WYSHAK, G.; VICENT, I. **Delayed menarche and amenorrhea in ballet dancers.** N England J Med, 1980. 303: 17-19
- ISAACSSON, V.C.S.; ALMEIDA JR, H.L.de; DUQUIA, R.P.; BREUNIG, J. de A.; SOUZA, P.R.M. **Dissatisfaction and acne vulgaris in male adolescents and associated factors.** An. Bras. Dermatol (Rio de Janeiro), 2014 July/Aug . 89(4): 576-79.
- JURJ, G. **Belladona.** Revista Română de Homeopatie, 1999. 1:17-28

JURJ, G. **Homeopatia em imagens: Diagnóstico diferencial da acne, parte I.** Rev. homeopatia (São Paulo), 2012. 75(1/2): 22-35.

JURJ, G. **Homeopatia em imagens: Diagnóstico diferencial da acne, Parte II.** Rev. homeopatia (São Paulo), 2012. 75(3/4): 23-34.

JURJ, G. **Conhecemos bem os chamados policrestos? Manifestações da acne em Arsenicum album e Pulsatilla nigricans.** Rev. homeopatia (São Paulo), 2013. 76(3/4): 7-14.

KOSSAK-ROMANACH, A. **Variantes reativas dos portadores de acne sob tratamento homeopático.** Tese para Concurso de Professor Titular da Disciplina de Clínica Homeopática - Universidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1987.

LUCKY, A.W.; BIRO, F.M.; HUSTER, G.A.; LEACH, A.D.; MORISON, J.A.; RATTERMAN, J. **Acne vulgaris in premenarchal girls.** Arch Dermatol, 1994. 130: 308-14

MICHAELSSON, G.; JUHLIN, I.; VAHLQUIST, A. **Effect of oral zinc and vitamin A in acne.** Arch Dermatol, 1977. 113: 312-36

PAWIN, H.; BEYLOT, C.; CHIVOT, M. et al. **Physiopathology of acne vulgaris: recent data, new understanding of the treatments.** Eur J Dermatol, 2004 Jan-Feb. 14 (1): 4 - 12

RASMUSSEN, J.E. **Diet and acne.** Semin Dermatol, 1982. 6:766

SCHAEFER, O. **When the Eskimo comes to town.** Nutr Today, 1971. 6:8-16

SELORES, M. **Acne. Nascer e Crescer** (Porto), 2011. 20(3): S188-S191

SOBRAL FILHO, J.F.; SILVA, C.N.A.; RODRIGUES, J.C.; RODRIGUES, J.L.T.D.; ABOUI-AZOUZ, M. **Avaliação da herdabilidade e concordância da acne vulgar em gêmeos.** An Bras Dermatol, 1997; 72:417-20

STOLL, S.; SHALITA, A.R.; WEBSTER, G.F. et al. **The effect of the menstrual cycle on acne.** J Am Acad Dermatol, 2001. 45:957-960

STEINER, D. **Acne na mulher.** Rev Bras Med, 2002. 59: 135-9

WOLF, R.; MATZ, H.; ORION, E. **Acne and diet.** Clinics in dermatology, 2004. 22:387-93