

ACNE NA VIDA ADULTA: FATORES HORMONAIS, IMPACTO PSICOSSOCIAL E ABORDAGEM TERAPÊUTICA ATUAL

ADULT ACNE: HORMONAL FACTORS, PSYCHOSOCIAL IMPACT, AND CURRENT THERAPEUTIC APPROACH

Arthur Ripper¹

Flavio Rui Bezerra de Souza Junior²

Caroline Zanella³

Maria Luiza Zamprogna de Barcellos⁴

Isabela Portes Campos⁵

RESUMO: A acne que persiste, recidiva ou se inicia na vida adulta constitui problema clínico relevante pela interação entre atividade da unidade pilossebácea, influência androgênica, risco de cicatrizes e repercussão psicossocial. Esta revisão narrativa crítica integrou evidências sobre fatores hormonais, impacto psicossocial e tratamento contemporâneo, com buscas em 2026 no PubMed/MEDLINE, SciELO e Cochrane Library, além de diretrizes e documentos oficiais. Em 2021, estimaram-se 49,4 milhões de casos prevalentes de acne em pessoas com 25 anos ou mais, com carga consistentemente maior entre mulheres. A sinalização androgênica pode ser relevante mesmo com níveis séricos normais, enquanto acne isolada permanece marcador fraco de hiperandrogenismo bioquímico. Na dimensão psicossocial, metanálise encontrou associação com depressão ($r = 0,22$) e ansiedade ($r = 0,25$). O tratamento atual combina terapia tópica de manutenção, uso criterioso de antibióticos, opções hormonais selecionadas e isotretinoína quando indicada. Evidência brasileira randomizada também sustenta benefício clínico de ácido azelaico e espironolactona em mulheres adultas. Como limitação, estudos frequentemente misturam adolescentes e adultos e o delineamento narrativo não produz estimativas exaustivas de efeito. A individualização deve integrar fenótipo, risco de cicatriz, sofrimento psicossocial, contexto reprodutivo, acesso e possibilidade de recidiva.

Palavras-chave: Acne Vulgar. Hiperandrogenismo. Qualidade de Vida. Espironolactona. Isotretinoína.

¹ (Autor principal) - Santa Casa de São Paulo.

² (Graduado) - UEA.

³ (Graduado) - Universidade do Vale do Taquari (UNIVATES).

⁴ Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).

⁵ (Graduado) - Faculdade de Medicina de Itajubá.

ABSTRACT: Acne that persists, relapses, or begins in adulthood is a clinically relevant problem because pilosebaceous unit activity, androgen signaling, scarring risk, and psychosocial burden interact over a prolonged disease course. This critical narrative review integrated evidence on hormonal factors, psychosocial impact, and contemporary treatment, with searches performed in 2026 in PubMed/MEDLINE, SciELO, and the Cochrane Library, complemented by guidelines and official documents. In 2021, an estimated 49.4 million prevalent cases occurred among people aged 25 years or older, with consistently higher burden among women. Androgen signaling may be relevant despite normal serum levels, whereas isolated acne remains a weak marker of biochemical hyperandrogenism. A meta-analysis found associations with depression ($r = 0.22$) and anxiety ($r = 0.25$). Current treatment combines maintenance topical therapy, judicious antibiotic use, selected hormonal options, and isotretinoin when indicated. Brazilian randomized evidence also supports clinical benefit from azelaic acid and spironolactone in adult women. Limitations include frequent mixing of adolescents and adults in trials and the inability of a narrative design to provide exhaustive effect estimates. Individualized care should integrate phenotype, scarring risk, psychosocial distress, reproductive context, access, and relapse risk.

Keywords: Acne Vulgaris. Hyperandrogenism. Quality of Life. Spironolactone. Isotretinoin.

INTRODUÇÃO

2

A acne que atravessa a adolescência e permanece na vida adulta, reaparece após períodos de controle ou surge pela primeira vez depois dos 25 anos desafia uma leitura simplificada da doença como evento transitório da puberdade. A definição etária não é inteiramente uniforme, mas a literatura contemporânea utiliza com frequência o limite de 25 anos para caracterizar acne adulta ou acne tardia. Esse enquadramento é útil menos por estabelecer uma fronteira biológica rígida e mais por reconhecer um contexto clínico no qual persistência, recidiva, exposição hormonal, planejamento reprodutivo, risco cumulativo de cicatrizes e repercussões psicossociais influenciam a escolha terapêutica (BAGATIN et al., 2019; AUGUSTIN et al., 2026).

A dimensão epidemiológica confirma que a doença não é marginal na vida adulta. Estimativa global de referência situa a acne em cerca de 9,4% da população mundial, embora a frequência varie segundo idade, método e definição (TAN; BHATE, 2015). Em análise do Global Burden of Disease 2021, havia aproximadamente 49,4 milhões de casos prevalentes de acne em pessoas com 25 anos ou mais, e as taxas femininas foram consistentemente superiores

às masculinas em todas as faixas etárias e nas 21 regiões analisadas (DENG et al., 2025). Na literatura dos Estados Unidos compilada em revisão recente, aproximadamente 12% a 22% das mulheres apresentavam acne adulta, em comparação com cerca de 3% dos homens, reforçando o predomínio feminino sem sugerir uma prevalência universal única para todos os contextos (DIAS DA ROCHA et al., 2024).

A fisiopatologia permanece ancorada nos mecanismos clássicos da acne vulgar: produção e composição do sebo, hiperqueratinização folicular, alterações do microbioma com participação de *Cutibacterium acnes* e ativação de vias inflamatórias. Na idade adulta, contudo, o eixo androgênico ganha relevância particular. Andrógenos atuam sobre sebócitos e queratinócitos, e a resposta cutânea depende não apenas das concentrações séricas, mas também da disponibilidade local, da conversão enzimática e da sensibilidade do receptor. Assim, níveis circulantes normais não excluem participação hormonal, ao mesmo tempo em que a presença de acne não autoriza inferir, por si só, uma endocrinopatia (DEL ROSSO; KIRCIK, 2024; MIAS et al., 2023).

Esse aparente paradoxo tem consequência prática. Parte das mulheres adultas apresenta exacerbações cíclicas, distribuição predominantemente facial inferior, recorrência apesar de esquemas tópicos adequados ou associação com hirsutismo e irregularidade menstrual. Outras têm acne persistente sem qualquer marcador clínico de hiperandrogenismo. O comitê multidisciplinar da Androgen Excess and PCOS Society defendeu investigação bioquímica de andrógenos em mulheres com acne adulta, enquanto a diretriz internacional de síndrome dos ovários policísticos de 2023 ressalta que acne isolada, na ausência de hirsutismo, é preditor relativamente fraco de hiperandrogenismo bioquímico (CARMINA et al., 2022; TEEDE et al., 2023). O manejo contemporâneo exige, portanto, distinguir a plausibilidade biológica do hormônio como modulador da acne da probabilidade clínica de uma doença endócrina subjacente.

A mesma necessidade de ampliar o olhar vale para a gravidade. Número e tipo de lesões são fundamentais, mas podem subestimar a carga real da doença. Em adultos, lesões visíveis e recorrentes coexistem com preocupações relacionadas à imagem corporal, intimidade, interação social e exposição profissional. Meta-análise mostrou associações consistentes entre acne, sintomas depressivos e ansiedade, sem permitir concluir causalidade individual (SAMUELS et al., 2020). Em amostra multicêntrica europeia de adultos, os escores de ansiedade e depressão

foram superiores aos de controles e houve preocupação intensa com a pele e ideação suicida em uma parcela relevante dos participantes (ALTUNAY et al., 2020). Por isso, uma acne classificada morfológicamente como moderada pode justificar escalonamento quando produz cicatrizes, disfunção social ou sofrimento persistente.

No contexto brasileiro, a diversidade de fototipos torna particularmente importante reconhecer discromias residuais como parte da carga da acne. Em fototipos IV a VI, revisão recente relata hiperpigmentação pós-inflamatória após lesões inflamatórias de acne em até 85% dos pacientes, e essas alterações podem persistir por meses ou anos (LOPEZ-ESTEBARANZ; LOPEZ-PANDO; MITSUNAGA, 2026). Inflamação e irritação induzida pelo próprio tratamento podem intensificar a discromia, o que favorece estratégias eficazes sem agressão desnecessária à barreira cutânea. A validação brasileira do Acne-QoL oferece instrumento específico e culturalmente adaptado para mensurar repercussões que não são capturadas apenas pela contagem de lesões (KAMAMOTO et al., 2014; AUGUSTIN et al., 2026).

Ao mesmo tempo, o arsenal terapêutico tornou-se mais diversificado. Retinoides tópicos, peróxido de benzoíla e ácido azelaico continuam compondo a base do tratamento; clascoterona introduziu antagonismo androgênico tópico; a espironolactona ganhou suporte de ensaio clínico pragmático de fase 3; contraceptivos hormonais combinados permanecem opção em mulheres elegíveis; e a isotretinoína continua sendo a intervenção de maior eficácia para doença grave ou refratária, desde que sua teratogenicidade e demais riscos sejam manejados adequadamente. As diretrizes atuais também enfatizam a limitação dos antibióticos sistêmicos e sua associação a terapias tópicas, sobretudo peróxido de benzoíla, como estratégia de *stewardship* antimicrobiano (REYNOLDS et al., 2024; SANTER et al., 2023; HEBERT et al., 2020).

Diretrizes atuais organizam o tratamento da acne vulgar em geral e revisões sobre acne feminina adulta aprofundam mecanismos ou opções terapêuticas específicas, mas permanecem menos frequentes sínteses que integrem, na mesma decisão clínica, o limiar para investigação endócrina, a carga psicossocial, as sequelas pigmentares, o ciclo reprodutivo e a factibilidade das terapias no Brasil. O diferencial desta revisão é reunir essas dimensões sem equiparar participação androgênica cutânea a hiperandrogenismo sistêmico e sem tratar eficácia farmacológica como independente de acesso, tolerabilidade e objetivos do paciente (REYNOLDS et al., 2024; DIAS DA ROCHA et al., 2024; AUGUSTIN et al., 2026).

Diante dessas interfaces, o objetivo desta revisão é analisar criticamente como fatores hormonais, impacto psicossocial e evidências terapêuticas devem ser integrados no manejo da acne na vida adulta. Discute-se quais achados sustentam investigação endócrina, como a carga subjetiva modifica a avaliação de gravidade e como opções tópicas, hormonais e sistêmicas podem compor uma estratégia individualizada, eficaz e clinicamente segura.

METODOLOGIA

Foi conduzida revisão narrativa crítica e estruturada, orientada pela pergunta: como a participação hormonal, a repercussão psicossocial e as opções terapêuticas contemporâneas devem ser articuladas na avaliação e no manejo da acne em adultos? O delineamento foi escolhido por permitir integração de diretrizes, consensos, ensaios clínicos, revisões sistemáticas, metanálises e estudos observacionais, fontes que respondem a dimensões distintas da pergunta e não seriam adequadamente representadas por uma única medida de efeito.

As buscas foram realizadas em 2026 no PubMed/MEDLINE, SciELO e Cochrane Library. Para recuperar recomendações atualizadas e conferir estudos-chave, também foram consultadas páginas institucionais da American Academy of Dermatology, National Institute for Health and Care Excellence, Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária, além de textos integrais nos periódicos de origem. O SciELO contribuiu, entre outros materiais, com evidência brasileira sobre validação do Acne-QoL e manejo de acne feminina adulta (KAMAMOTO et al., 2014; BAGATIN et al., 2019).

Foram combinados descritores e palavras livres em inglês e português. Como formulação representativa, utilizou-se a lógica ("adult acne" OR "adult female acne" OR "late-onset acne") AND (androgen* OR hyperandrogen* OR "polycystic ovary syndrome" OR "quality of life" OR depression OR anxiety OR spironolactone OR clascoterone OR isotretinoin OR antibiotic*), com adaptações de sintaxe e combinações mais estreitas conforme a pergunta clínica. Termos específicos foram acrescentados para menopausa, hiperpigmentação pós-inflamatória, cicatrizes e contexto brasileiro.

Não se adotou limite temporal inicial rígido. Foram priorizadas publicações recentes, sobretudo diretrizes e consensos capazes de refletir a prática contemporânea, sem excluir estudos anteriores quando constituíam sínteses de referência, ensaios decisivos ou evidência ainda pertinente. Na dimensão hormonal, priorizaram-se documentos que distinguíssem

fisiologia androgênica cutânea de hiperandrogenismo sistêmico e que abordassem síndrome dos ovários policísticos. Para tratamento, receberam prioridade ensaios randomizados, revisões sistemáticas, metanálises comparativas e recomendações de sociedades científicas. Para impacto psicossocial, selecionaram-se estudos com instrumentos de qualidade de vida ou desfechos de ansiedade, depressão e ideação suicida, incluindo evidência especificamente adulta quando disponível.

Foram incluídas publicações com pertinência direta à acne em idade adulta, aplicabilidade clínica e informações suficientes para identificar população, intervenção ou exposição e principais desfechos. Literatura de faixas etárias mistas foi aceita quando fornecia evidência decisiva para terapias também empregadas em adultos, com explicitação das limitações de generalização. Foram excluídos estudos exclusivamente pediátricos e trabalhos centrados apenas em procedimentos estéticos sem contribuição para acne ativa, sequelas relevantes ou planejamento terapêutico.

Textos opinativos sem sustentação bibliográfica não foram utilizados para estabelecer eficácia, segurança ou recomendações terapêuticas. A carta de Singh et al. (2022) foi mantida exclusivamente para documentar o contraditório dermatológico publicado sobre rastreamento androgênico universal, e não como fonte de estimativa de efeito ou diretriz normativa.

Os documentos foram lidos com ênfase em quatro eixos: fenótipo clínico da acne adulta; mecanismos hormonais e critérios para investigação endócrina; carga psicossocial; e tratamento tópico, hormonal e sistêmico. A análise comparou concordâncias e divergências, distinguiu eficácia em ensaio de efetividade na prática, separou associação de causalidade e calibrou recomendações à especificidade da evidência. Quando documentos normativos divergiram, foram considerados escopo, população-alvo, força da recomendação e fundamento apresentado; a discordância foi preservada no texto, sem harmonização artificial. Como limitações inerentes à revisão narrativa, não houve triagem exaustiva com contagem formal de registros, avaliação padronizada de risco de viés ou metanálise própria. Os resultados devem, portanto, ser interpretados como síntese crítica orientada à decisão clínica, e não como estimativa quantitativa definitiva de todos os efeitos disponíveis.

Acne adulta como fenótipo clínico: continuidade, recidiva e início tardio

A expressão acne adulta reúne trajetórias diferentes. A forma persistente prolonga-se desde a adolescência; a forma recidivante reaparece após remissão parcial ou completa; e a de início tardio surge em paciente sem história relevante de acne prévia. Essa distinção é clinicamente útil porque muda a interpretação de fatores precipitantes e expectativas terapêuticas. Uma doença que persiste por anos sugere tendência biológica contínua da unidade pilossebácea e necessidade maior de manutenção, enquanto aparecimento abrupto em adulto, sobretudo acompanhado de sinais sistêmicos, impõe atenção a medicamentos, exposições ocupacionais, cosméticos oclusivos, condições endócrinas e diagnósticos diferenciais. A revisão e consenso de Augustin et al. (2026) reforçam que acne tardia pode acometer ambos os sexos e que sua definição e classificação ainda variam entre estudos, uma das razões pelas quais não convém tratá-la como entidade homogênea.

Também é insuficiente presumir que toda acne adulta feminina se localize exclusivamente na linha mandibular. O padrão de terço inferior da face é reconhecível e pode acompanhar flutuações hormonais, porém coexiste com distribuição facial difusa e, em alguns pacientes, acometimento de tronco. Bagatin et al. (2019) destacam que a acne feminina adulta pode apresentar lesões inflamatórias, comedões e hiperpigmentação pós-inflamatória, além de tendência à cronicidade. O valor clínico do padrão anatômico é aumentar ou reduzir hipóteses e orientar expectativas, não substituir a avaliação de gravidade, de cicatriz ou de sinais de excesso androgênico.

O conceito de gravidade, por sua vez, precisa integrar pelo menos quatro dimensões: atividade inflamatória, extensão, dano cumulativo e impacto vivido. Nódulos profundos e doença extensa elevam o risco de cicatriz; entretanto, acne menos extensa pode produzir máculas pós-inflamatórias persistentes e alterações de pigmentação que prolongam a percepção de doença mesmo quando a inflamação ativa diminui. Em adultos, a duração acumulada também importa. Uma sucessão de episódios moderados ao longo de anos pode gerar mais cicatrizes e mais desgaste terapêutico que um episódio intenso, porém curto. Essa temporalidade favorece o uso precoce de estratégias de manutenção em vez de ciclos repetidos de tratamentos descontínuos.

A inflamação não deve ser entendida como evento secundário à colonização bacteriana. Estudos contemporâneos descrevem interação entre disbiose, diversidade de filotipos de *C. acnes* e ativação imune, incluindo resposta do eixo Th17, ao lado de alterações do sebo e da queratinização (MIAS et al., 2023). Essa visão ajuda a explicar por que antibióticos não são a solução estrutural da acne crônica e por que retinoides tópicos, peróxido de benzoíla e agentes que modulam inflamação ou sinalização hormonal devem compor o plano de longo prazo.

Fatores genéticos e metabólicos acrescentam outra camada de heterogeneidade. Revisão sistemática recente sobre etiologia da acne feminina adulta encontrou associação recorrente com história familiar, hiperandrogenismo e padrões alimentares de maior carga glicêmica, por mecanismos propostos envolvendo insulina e IGF-1, mas a variedade de desenhos e definições impede transformar essas relações em uma prescrição dietética universal (TELKKÄLÄ; SINIKUMPU; HUILAJA, 2025). Dieta pode ser explorada na anamnese quando há padrão claro de exacerbação, porém não deve deslocar terapias com eficácia demonstrada nem gerar culpabilização do paciente. O mesmo raciocínio se aplica a estresse, sono e cosméticos: são moduladores plausíveis em subgrupos, não explicações únicas para uma doença multifatorial.

Na prática, a avaliação inicial do adulto deve reconstruir a história temporal da acne, tratamentos prévios e aderência, uso de fármacos ou suplementos, planejamento reprodutivo, padrão menstrual quando aplicável, presença de hirsutismo ou alopecia androgenética, mudança de voz ou outros sinais de virilização, além de registrar cicatrizes, discromias e repercussão psicossocial (BAGATIN et al., 2019; REYNOLDS et al., 2024; AUGUSTIN et al., 2026). A consulta ganha qualidade quando transforma essa informação em hipótese de fenótipo e horizonte de tratamento, evitando tanto investigação excessiva de pacientes com acne isolada quanto banalização de apresentações atípicas.

Hormônios e unidade pilossebácea: quando a biologia cutânea sugere doença endócrina

A participação hormonal na acne adulta é biologicamente robusta, mas não equivale a hiperandrogenismo sérico. A unidade pilossebácea responde a testosterona e dihidrotestosterona, dispõe de enzimas capazes de converter precursores androgênicos e apresenta variação na sensibilidade dos receptores. A estimulação androgênica favorece sebogênese e interage com queratinização e inflamação; por isso, uma paciente pode apresentar acne responsiva a bloqueio androgênico mesmo com exames séricos dentro da faixa de referência.

Del Rosso e Kircik (2024) sintetizam essa importância da ação androgênica local e ajudam a superar a dicotomia entre acne “hormonal” e “não hormonal”: o eixo hormonal participa de muitos casos, mas o diagnóstico de excesso hormonal sistêmico exige evidências adicionais.

Essa distinção torna-se especialmente importante diante da síndrome dos ovários policísticos (SOP), causa frequente de hiperandrogenismo em mulheres em idade reprodutiva. A diretriz internacional de 2023 recomenda que sinais clínicos de hiperandrogenismo sejam avaliados de forma sistemática, mas ressalta que acne isolada, sem hirsutismo, tem valor relativamente fraco para prever hiperandrogenismo bioquímico (TEEDE et al., 2023). Em contraste, o relatório da Androgen Excess and PCOS Society propõe dosagem de testosterona total e livre e de sulfato de dehidroepiandrosterona em mulheres com acne adulta (CARMINA et al., 2022). A divergência não deve ser ocultada: ela deriva de objetivos distintos, da heterogeneidade dos estudos e do custo de errar em direções opostas, seja deixando de reconhecer uma endocrinopatia, seja medicalizando variações comuns da acne.

O posicionamento de rastreamento amplo recebeu contestação explícita na literatura dermatológica. Singh et al. (2022) argumentaram que a dosagem de andrógenos em todas as mulheres com acne adulta não era sustentada de forma suficiente pela literatura dermatológica e questionaram a ideia de restringir espironolactona às pacientes com hiperandrogenismo comprovado. Trata-se de carta ao editor, não de diretriz, mas sua inclusão é útil para demonstrar que a controvérsia não se limita a interpretações desta revisão.

Uma leitura clínica prudente é realizar triagem hormonal por história e exame físico em toda mulher adulta com acne e individualizar a solicitação laboratorial. Hirsutismo novo ou progressivo, ciclos menstruais persistentemente irregulares, infertilidade, alopecia com padrão androgenético relevante, obesidade central associada a outros sinais metabólicos, início muito abrupto ou acne refratária aumentam a probabilidade pré-teste. Virilização, progressão rápida ou concentrações de andrógenos muito elevadas exigem investigação de causas menos comuns, inclusive tumores produtores de andrógenos, e não devem ser atribuídas automaticamente à SOP (TEEDE et al., 2023). Por outro lado, acne crônica isolada e estável, sem qualquer pista clínica adicional, permite discutir com a paciente a baixa capacidade preditiva do achado isolado antes de ampliar exames.

Dados brasileiros ajudam a contextualizar por que a discussão persiste. Em série retrospectiva transversal de ambulatório com 835 mulheres com acne ou exacerbação, com idade

superior a 15 anos, Cunha, Fonseca e Machado (2013) encontraram pelo menos um andrógeno acima da faixa de referência em 54,56%, sendo a dehidroepiandrosterona o hormônio mais frequentemente elevado. O achado mostra que alterações laboratoriais podem ser encontradas em populações selecionadas, mas o desenho retrospectivo, o ambiente de referência e a inclusão de participantes abaixo do corte usual de 25 anos impedem extrapolar essa frequência para todas as mulheres com acne adulta.

Quando a investigação é indicada, a interpretação exige qualidade analítica. A diretriz de SOP recomenda priorizar testosterona total e livre e utilizar métodos de maior acurácia, como cromatografia líquida acoplada à espectrometria de massas para testosterona total, quando disponíveis; androstenediona e DHEAS podem ampliar a avaliação em casos selecionados (TEEDE et al., 2023). O resultado deve ser lido em conjunto com medicamentos, contraceptivos hormonais e contexto clínico, pois esses fatores alteram proteínas carreadoras e concentrações mensuradas. Solicitar um painel amplo sem hipótese prévia aumenta a chance de resultados limítrofes de significado incerto.

Nos homens adultos, a acne persistente ou tardia também é modulada por andrógenos, mas a investigação endócrina rotineira raramente é justificada na ausência de manifestações sistêmicas. A diferença reflete não a ausência de papel hormonal, e sim a baixa utilidade de procurar excesso androgênico em um contexto no qual concentrações masculinas fisiológicas já sustentam a sinalização sebácea. Nessa população, início abrupto, uso de testosterona exógena, esteroides anabolizantes ou outros agentes capazes de induzir erupções acneiformes merecem atenção especial.

O reconhecimento da via hormonal tem ainda uma consequência terapêutica independente do laboratório. Espironolactona e contraceptivos combinados podem ser úteis em mulheres com acne, particularmente quando há padrão cíclico, recorrência ou necessidade de reduzir exposição a antibióticos, sem que seja obrigatório demonstrar hiperandrogenismo bioquímico. Clascoterona, por atuar topicamente no receptor androgênico, estende o princípio a homens e mulheres com menor exposição sistêmica. Portanto, o laboratório responde à pergunta “há doença endócrina sistêmica a identificar?”, enquanto a escolha de um tratamento hormonal responde a pergunta diferente: “o bloqueio dessa via oferece relação benefício-risco favorável para este fenótipo?”.

A Tabela 1 sintetiza sinais que modificam a probabilidade de hiperandrogenismo e ajudam a decidir quando a investigação laboratorial agrega valor à avaliação da acne adulta.

Tabela 1 - Integração clínica de achados hormonais na acne adulta

Achado clínico	Interpretação provável	Implicação prática
Acne isolada, crônica e estável, sem hirsutismo ou alteração menstrual	Participação androgênica cutânea é possível, mas o achado isolado tem baixo poder preditivo para hiperandrogenismo sistêmico.	Realizar anamnese e exame direcionados; individualizar exames em vez de presumir endocrinopatia.
Hirsutismo, ciclos irregulares, infertilidade ou alopecia androgenética relevante	Aumenta a probabilidade pré-teste de excesso androgênico e/ou SOP.	Considerar avaliação laboratorial e investigação de SOP conforme diretriz e contexto reprodutivo.
Início abrupto, progressão rápida ou virilização	Apresentação atípica, potencialmente incompatível com a evolução usual da acne isolada.	Investigar prontamente causas de hiperandrogenismo importante, incluindo etiologias tumorais quando apropriado.
Acne recorrente com <i>flares</i> cíclicos e sem alteração laboratorial	Compatível com sensibilidade androgênica local ou modulação hormonal sem hiperandrogenismo sérico.	Tratamentos antiandrogênicos podem ser considerados em mulheres elegíveis mesmo sem exame alterado.
Uso de testosterona exógena ou esteroides anabolizantes	Exposição hormonal pode explicar início ou piora da acne.	Revisar indicação, dose, riscos e alternativas com o profissional responsável; evitar atribuição automática à acne idiopática.

Fonte: elaboração própria com base em Carmina et al. (2022), Teede et al. (2023) e Del Rosso e Kircik (2024).

Impacto psicossocial e carga clínica além da contagem de lesões

A acne é uma doença visível, recorrente e socialmente interpretada. Na idade adulta, sua ocorrência pode entrar em conflito com a expectativa cultural de que acne pertence à adolescência, criando constrangimento adicional e sensação de perda de controle sobre a aparência. Essa dimensão não é cosmética no sentido de ser dispensável: qualidade de vida,

autoestima e funcionamento social são desfechos clinicamente relevantes, sobretudo quando a doença persiste por anos e deixa cicatrizes ou alterações pigmentares. A gravidade percebida pelo paciente pode divergir da classificação baseada apenas em contagem de lesões, e essa divergência deve ser explorada em vez de corrigida pelo clínico.

A mensuração estruturada é viável no Brasil. O Acne-QoL foi traduzido, adaptado culturalmente e validado em português brasileiro em estudo com 80 participantes, mostrando propriedades satisfatórias de validade e reprodutibilidade (KAMAMOTO et al., 2014). O instrumento não substitui entrevista clínica, mas permite acompanhar dimensões de autopercepção, papel social, papel emocional e sintomas ao longo do tratamento.

A meta-análise de Samuels et al. (2020), que reuniu 42 estudos, encontrou associação entre acne e depressão de $r = 0,22$ e entre acne e ansiedade de $r = 0,25$. As magnitudes são pequenas, mas consistentes, e não demonstram que acne seja causa única ou suficiente de transtorno psiquiátrico. Os autores realizaram análises de subgrupo segundo idade, ambiente de recrutamento e região geográfica, examinando esses fatores como possíveis fontes de variação entre os estudos. Isso não equivale a afirmar que tenham causado a heterogeneidade observada. A implicação clínica é perguntar sobre sofrimento sem atribuir automaticamente todo sintoma emocional à pele.

A evidência especificamente adulta reforça a necessidade de perguntar. Em estudo multicêntrico de 13 países europeus, 213 pacientes adultos com acne apresentaram escores médios maiores de ansiedade e depressão que controles pareados; 40,6% declararam grande preocupação com a doença cutânea e 12,3% relataram ideação suicida (ALTUNAY et al., 2020). O desenho transversal não permite estabelecer direção causal e a amostra dermatológica pode selecionar pacientes mais impactados. Ainda assim, os achados tornam inadequada uma consulta centrada apenas em prescrição e contagem de pápulas.

A repercussão psicossocial também interfere na adesão. Regimes tópicos podem causar irritação nas primeiras semanas, e o benefício da espironolactona ou de outras terapias sistêmicas nem sempre é imediato. Um paciente que espera desaparecimento completo em poucos dias tende a abandonar o esquema, alternar produtos e aumentar irritação. Explicar tempo de resposta, possibilidade de piora inicial, necessidade de manutenção e metas realistas reduz o ciclo de frustração. Em adultos, a conversa deve ainda considerar maquiagem, cuidados

de pele, rotina de trabalho, exposição solar, custo e planos gestacionais, elementos que determinam se uma prescrição teoricamente eficaz será executável.

A relação entre isotretinoína e saúde mental exemplifica por que a interpretação precisa ser calibrada. A acne grave está associada a sofrimento psicológico, e relatos históricos levantaram preocupação sobre depressão e suicídio durante isotretinoína. Uma metanálise de 2024, com mais de 1,6 milhão de participantes em estudos observacionais, não identificou aumento populacional do risco relativo global de transtornos psiquiátricos entre usuários e encontrou riscos absolutos baixos para desfechos suicidas avaliados em um ano (TAN et al., 2024). A publicação recebeu correção das Figuras 3 e 4 em 2024, devidamente sinalizada na lista de referências. A síntese corrigida não autoriza ignorar sintomas emergentes: história de sofrimento mental não deve levar automaticamente à privação de uma terapia eficaz, mas justifica avaliação basal, comunicação clara e acompanhamento proporcional ao risco individual.

O impacto psicossocial pode, portanto, modificar a decisão de escalonamento. A diretriz da American Academy of Dermatology inclui carga psicossocial e cicatrizes entre os cenários que sustentam recomendação forte de isotretinoína, mesmo quando a classificação por lesões não descreve o extremo de gravidade (REYNOLDS et al., 2024). Essa perspectiva é particularmente pertinente na acne adulta, em que a cronicidade e as marcas residuais podem pesar mais que a fotografia de uma única consulta. Incorporar instrumentos formais de qualidade de vida é uma opção, mas perguntas diretas sobre evitação social, sofrimento, interferência profissional, manipulação compulsiva de lesões e expectativas terapêuticas já ampliam de modo relevante a avaliação clínica.

Tratamento atual como estratégia escalonada e individualizada

O tratamento da acne adulta não deve ser uma sucessão de fármacos isolados, e sim uma estratégia com fase de controle, prevenção de recaídas e revisão periódica da necessidade de escalonamento. A diretriz da American Academy of Dermatology publicada em 2024 recomenda fortemente peróxido de benzoíla, retinoides tópicos, antibióticos tópicos e doxiciclina oral em contextos apropriados, além de isotretinoína para acne grave, cicatrizante, com carga psicossocial ou resistente a terapias padrão. Clascoterona, ácido azelaico, contraceptivos orais combinados, espironolactona, minociclina e sareciclina recebem

recomendações condicionais, refletindo diferenças de certeza, segurança, preferência, custo ou acesso (REYNOLDS et al., 2024).

Base tópica e manutenção

Retinoides tópicos ocupam posição central porque atuam na formação do microcomedão, reduzem lesões comedonianas e inflamatórias e são adequados à manutenção. Na vida adulta, tolerabilidade é determinante: pele mais sensível, uso concomitante de cosméticos e preocupação com descamação visível podem limitar aderência. Introdução em dias alternados ou por contato curto, progressão conforme tolerância, pequena quantidade por aplicação e hidratante não comedogênico são estratégias recomendadas para reduzir irritação; o paciente deve ser informado de que efeitos positivos costumam levar semanas para se tornar perceptíveis (NICE, 2021; AUGUSTIN et al., 2026). Em mulheres com possibilidade de gestação, a escolha deve considerar contraindicações e recomendações específicas para retinoides.

O peróxido de benzoíla agrega ação antimicrobiana sem o mesmo mecanismo de seleção de resistência associado aos antibióticos e é componente importante quando antibiótico tópico ou oral é utilizado. A recomendação de combinar mecanismos de ação tem duas vantagens: melhora a eficácia ao atingir etapas diferentes da fisiopatologia e reduz dependência de antibioticoterapia prolongada. Ácido azelaico é opção particularmente atraente quando inflamação e hiperpigmentação pós-inflamatória coexistem, além de oferecer perfil de uso útil em situações nas quais retinoides não são bem tolerados.

A clascoterona acrescenta uma abordagem mecanística nova: antagonismo tópico do receptor androgênico. Em dois ensaios fase 3 com pacientes a partir de 9 anos e adultos incluídos, creme a 1% aplicado duas vezes ao dia por 12 semanas alcançou sucesso terapêutico em 18,4% versus 9,0% no veículo no primeiro estudo e em 20,3% versus 6,5% no segundo, com eventos adversos predominantemente locais e leves (HEBERT et al., 2020). Por incluir ampla faixa etária, o programa não responde isoladamente à efetividade em subfenótipos de acne adulta, mas confirma que bloquear sinalização androgênica na pele pode ser eficaz sem terapia hormonal sistêmica.

A manutenção merece ser planejada já na primeira prescrição. Interromper toda terapia após melhora favorece recidiva em uma doença de tendência crônica. Retinoide tópico, isolado ou combinado a outro agente não antibiótico conforme tolerabilidade, costuma oferecer base

racional para manutenção; recomendações contemporâneas orientam revisar a necessidade ao longo do seguimento em vez de tratar cada recaída como episódio independente (NICE, 2021; REYNOLDS et al., 2024; AUGUSTIN et al., 2026). A duração deve ser negociada com o paciente segundo controle, irritação e risco de recorrência.

Cicatrizes e hiperpigmentação pós-inflamatória exigem manejo paralelo, não apenas após o desaparecimento completo da acne. Augustin et al. (2026) recomendam distinguir máculas eritematosas ou hiperpigmentadas de cicatrizes verdadeiras e integrar prevenção de novas lesões, fotoproteção, cuidado de barreira e terapias com potencial de reduzir sequelas. A hiperpigmentação pode persistir por meses ou anos e é especialmente frequente em fototipos IV a VI (LOPEZ-ESTEBARANZ; LOPEZ-PANDO; MITSUNAGA, 2026). Para cicatrizes estabelecidas, retinoides e procedimentos como peelings, dermabrasão, microagulhamento e tecnologias a laser podem ser considerados conforme morfologia, fototipo e atividade da acne; a evidência e o risco de discromia exigem individualização. Em pacientes com fototipos IV a VI, o peso da hiperpigmentação deve entrar precocemente nas metas terapêuticas, evitando irritação desnecessária.

Terapias hormonais: seleção por perfil e não por rótulo

15

Em mulheres adultas, terapias hormonais permitem tratar a via androgênica e reduzir repetição de antibióticos. Contraceptivos orais combinados têm eficácia contra acne superior a placebo em ensaios sintetizados pela Cochrane, com pouca evidência consistente de que uma formulação específica seja universalmente superior às demais (AROWOJOLU et al., 2012). A revisão Cochrane disponível é de 2012 e não recebeu atualização identificada nas buscas, devendo ser interpretada como a melhor síntese randomizada disponível para essa pergunta, mas não como evidência recente. Na prática, a escolha deve considerar necessidade contraceptiva, risco tromboembólico, tabagismo, enxaqueca com aura, hipertensão, comorbidades e preferências.

A espironolactona passou a dispor de evidência randomizada mais diretamente aplicável à mulher adulta. No ensaio SAFA, 410 mulheres com acne facial persistente foram randomizadas para espironolactona ou placebo, com 50 mg ao dia nas primeiras seis semanas e progressão para 100 mg se tolerada. A diferença de qualidade de vida específica para acne foi discreta em 12 semanas e mais evidente em 24 semanas; aos seis meses, 82% das participantes

do grupo espironolactona relataram melhora da acne, versus 63% no grupo placebo (SANTER et al., 2023). O padrão temporal é clinicamente importante: a resposta costuma exigir meses, de modo que abandonar o tratamento precocemente por ausência de melhora rápida pode mascarar benefício.

A diretriz norte-americana considera a espironolactona uma opção condicional e assinala que monitorização rotineira de potássio tem baixo valor em pacientes jovens e saudáveis, devendo ser considerada quando há fatores de risco para hipercalemia, comorbidade renal ou uso de medicamentos relevantes (REYNOLDS et al., 2024). Revisões recentes de terapia hormonal reforçam essa abordagem individualizada e a possibilidade de utilizar espironolactona como alternativa aos antibióticos em mulheres apropriadas (SMITH et al., 2025). A prescrição também exige aconselhamento reprodutivo, pois o antiandrogênico não deve ser utilizado durante a gestação.

A utilidade de contraceptivos ou espironolactona não depende de um exame de testosterona anormal. A resposta clínica pode ocorrer em mulheres normoandrogênicas pela modulação de uma via relevante na pele. É mais útil selecionar pacientes por fenótipo, história de recorrência, padrão cíclico, necessidade contraceptiva, tolerância e risco do que condicionar o tratamento a um rótulo laboratorial de “acne hormonal”. Quando há SOP ou outro distúrbio endócrino confirmado, o plano deve integrar objetivos dermatológicos, metabólicos, menstruais e reprodutivos, idealmente em cuidado compartilhado.

16

Há também comparação randomizada brasileira entre estratégias diretamente aplicáveis à mulher adulta. Bomfim et al. (2024) randomizaram 40 mulheres de 25 a 44 anos, com acne leve a moderada, para ácido azelaico 15% em gel duas vezes ao dia ou espironolactona 100 mg/dia durante seis meses. O Acne-QoL-BR melhorou significativamente no escore total e em todos os domínios após o tratamento, sem diferença entre os grupos no desfecho de qualidade de vida ($p = 0,918$). O estudo demonstra que já existe evidência comparativa direta, embora pequena e centrada em qualidade de vida; permanecem abertas comparações maiores, de longo prazo, com recidiva e persistência de resposta como desfechos.

A transição menopausal acrescenta uma situação clínica que não se reduz à acne da mulher jovem. Com a queda de estrogênios, pode ocorrer aumento relativo da influência androgênica, e acne pode persistir ou reaparecer mesmo após a menopausa (DIAS DA ROCHA et al., 2024). Ao mesmo tempo, elegibilidade para estratégias contendo estrogênio se estreita à

medida que idade e fatores cardiovasculares ou tromboembólicos ganham peso; após a menopausa, contraceptivos combinados deixam de constituir opção rotineira para acne. Isso aumenta a relevância de terapias tópicas, espironolactona em pacientes selecionadas e isotretinoína quando indicada, sempre com revisão de comorbidades e interações.

No Brasil, a factibilidade das opções também é desigual. A espironolactona consta da *Rename 2024* em apresentações orais, mas sua utilização para acne não corresponde a um protocolo público específico para essa indicação; na prática, disponibilidade local e custo de aquisição precisam ser considerados. A isotretinoína de 10 e 20 mg integra o Componente Especializado e possui protocolo nacional para acne grave, o que cria uma via pública definida para pacientes que preencham critérios (BRASIL, 2015; BRASIL, 2024). A clascoterona recebeu registro sanitário brasileiro em 2025 como *Winlevi* 10 mg/g, porém é tecnologia recente e seu custo e disponibilidade comercial podem limitar adoção, devendo ser confirmados no momento da prescrição (BRASIL, 2025). Valores monetários não são fixados nesta revisão porque variam rapidamente entre apresentações, regiões e canais de dispensação.

Antibióticos sistêmicos e isotretinoína: eficácia com controle de risco

Antibióticos sistêmicos continuam úteis para acne inflamatória moderada a grave, especialmente quando controle relativamente rápido é necessário, mas o uso deve ter ponto de saída definido. A AAD recomenda fortemente doxiciclina e, de forma condicional, minociclina e sareciclina; para toda tetraciclina sistêmica, a estratégia deve limitar duração, evitar monoterapia e associar tratamento tópico, sobretudo peróxido de benzoíla (REYNOLDS et al., 2024). Em acne adulta recorrente, sucessivos ciclos sem manutenção indicam falha de estratégia mais que necessidade de repetir a mesma intervenção. Mulheres que recaem após antibióticos podem ser candidatas a terapia hormonal; pacientes de qualquer sexo com doença grave, cicatrizes ou falha repetida devem ser avaliados para isotretinoína.

A hierarquia comparativa de eficácia favorece a isotretinoína oral. Em metanálise em rede de 221 ensaios randomizados, ela apresentou a maior eficácia média para redução de lesões, seguida por combinações de múltiplos mecanismos. O texto completo informa idade média de 20,4 anos entre os participantes, confirmando que a evidência não é exclusivamente adulta (HUANG et al., 2023). A extrapolação é aceitável para o mecanismo e para acne grave, mas não

resolve questões específicas como recidiva tardia, planejamento gestacional ou preferência por terapias hormonais em mulheres adultas.

A isotretinoína deve ser considerada mais cedo quando há nódulos, cicatrização em curso, risco elevado de cicatrizes, sofrimento psicossocial importante ou resposta inadequada a terapias convencionais. O consenso brasileiro da Sociedade Brasileira de Dermatologia mantém a isotretinoína como tratamento de alta eficácia e reforça manejo rigoroso da teratogenicidade (BAGATIN et al., 2020). A prescrição exige prevenção de exposição fetal, discussão de efeitos mucocutâneos e monitorização clínica e laboratorial conforme contexto. A intensidade da vigilância deve ser proporcional aos riscos reais, sem ampliar exames por rotina sem benefício demonstrado.

A discussão psiquiátrica precisa ser equilibrada. A ausência de associação populacional clara entre isotretinoína e aumento global de transtornos psiquiátricos em metanálise recente não elimina a necessidade de perguntar sobre humor, ansiedade ou ideação suicida antes e durante o tratamento (TAN et al., 2024). Pelo contrário, como a própria acne grave é fator de sofrimento, o acompanhamento oferece oportunidade de identificar tanto melhora emocional relacionada ao controle cutâneo quanto sintomas que exijam intervenção específica. Interromper automaticamente a isotretinoína diante de qualquer antecedente psiquiátrico, sem avaliação de risco-benefício, pode privar o paciente de um tratamento que reduz a doença que contribui para seu sofrimento.

A Tabela 2 organiza as principais opções atuais segundo o papel que desempenham no plano terapêutico do adulto. Ela não substitui contraindicações individuais, avaliação de gestação ou julgamento dermatológico, mas evidencia que o tratamento é construído por combinação de mecanismos e por uma sequência coerente de indução e manutenção.

Tabela 2 - Matriz clínica das principais terapias para acne na vida adulta

Intervenção	Papel no plano	Situações de maior utilidade	Cuidados centrais	Horizonte temporal
Retinoide tópico	Base comedolítica e anti-inflamatória; manutenção.	Acne comedoniana ou inflamatória leve a moderada; prevenção de recaídas.	Irritação inicial; introdução gradual; considerar situação gestacional.	Efeito clínico costuma se tornar perceptível em 6-8 semanas; reavaliar por volta de 12 semanas.
Peróxido de benzoíla	Antimicrobiano e anti-inflamatório; parceiro de antibióticos.	Acne inflamatória e esquemas com antibiótico tópico ou oral.	Irritação e descoloração de tecidos; ajustar frequência conforme tolerância.	Efeito clínico costuma se tornar perceptível em 6-8 semanas; reavaliar por volta de 12 semanas.
Ácido azelaico	Anti-inflamatório e útil sobre hiperpigmentação pós-inflamatória.	Pele sensível, discromia residual e necessidade de alternativa tópica.	Ardor ou irritação local; resposta depende de adesão continuada.	Efeito progressivo em semanas; reavaliar em torno de 12 semanas, conforme esquema.
Clascoterona tópica	Antagonismo local do receptor androgênico.	Homens e mulheres que se beneficiem de bloqueio androgênico sem terapia sistêmica.	Custo e acesso podem limitar uso; evidência adulta específica ainda é menor que a evidência global de acne.	Ensaios pivotais avaliaram sucesso em 12 semanas.
Doxiciclina oral	Controle sistêmico de inflamação.	Acne inflamatória moderada a grave em curso definido.	Limitar duração; não usar isoladamente; combinar com peróxido de benzoíla e manutenção tópica.	Reavaliar em 12 semanas; evitar prolongamento desnecessário e definir retirada.

Intervenção	Papel no plano	Situações de maior utilidade	Cuidados centrais	Horizonte temporal
Contraceptivo oral combinado	Redução de estímulo androgênico e contracepção.	Mulheres elegíveis que desejam contracepção ou benefício hormonal adicional.	Avaliar risco tromboembólico, tabagismo, enxaqueca com aura e demais contraindicações.	Resposta pode exigir aproximadamente 3-6 meses.
Espironolactona	Antiandrogênico sistêmico.	Mulheres adultas com recorrência, <i>flares</i> cíclicos ou necessidade de poupar antibióticos.	Efeito progressivo em meses; evitar na gestação; monitorar potássio quando houver fatores de risco.	Benefício pode surgir em 12 semanas e tornar-se mais evidente em 24 semanas.
Isotretinoína oral	Terapia sistêmica de maior eficácia e potencial de remissão prolongada.	Acne grave, cicatrizante, refratária ou com carga psicossocial importante.	Teratogenicidade; efeitos mucocutâneos; avaliação clínica/laboratorial e saúde mental individualizadas.	Resposta é progressiva ao longo do curso; duração depende de dose, tolerância e controle clínico.

Fonte: elaboração própria com base em Reynolds et al. (2024), NICE (2021), Santer et al. (2023), Hebert et al. (2020), Arowojolu et al. (2012), Bagatin et al. (2020) e Augustin et al. (2026).

Controvérsias, lacunas e tomada de decisão

A principal limitação da literatura sobre acne adulta é que muitos ensaios terapêuticos incluem adolescentes e adultos em conjunto. Isso oferece alta confiança de que mecanismos básicos respondem aos mesmos fármacos, mas reduz precisão para perguntas próprias da vida adulta, como duração ideal de manutenção, risco de recidiva após sucessivos ciclos, impacto de mudanças reprodutivas e melhor momento para isotretinoína quando a gravidade morfológica é moderada, mas a carga de cicatriz e sofrimento é alta. A comparação brasileira entre ácido azelaico e espironolactona mostra que ensaios diretamente focados em mulheres adultas existem, mas ainda são pequenos e não resolvem efetividade comparativa de longo prazo nem recidiva após interrupção (BOMFIM et al., 2024). O consenso de acne tardia de 2026 procura

preencher parte dessas lacunas, porém sua natureza consensual deve ser distinguida de evidência randomizada (AUGUSTIN et al., 2026).

A investigação hormonal é outro campo no qual recomendações não são perfeitamente alinhadas. O relatório especializado em excesso androgênico favorece testes amplos em mulheres com acne adulta, enquanto a diretriz internacional de SOP atribui baixa capacidade preditiva à acne isolada e concentra maior peso em hirsutismo e outros sinais clínicos (CARMINA et al., 2022; TEEDE et al., 2023). Singh et al. (2022), em contraditório dermatológico publicado, questionaram a dosagem universal e a vinculação da espironolactona apenas a hiperandrogenismo comprovado. Uma política de testar todas as mulheres pode identificar alterações assintomáticas, mas também aumenta achados limítrofes, custos e cascatas diagnósticas; uma política estritamente restritiva pode perder casos em que acne é manifestação inicial. A solução mais defensável é qualificar o risco antes do teste e manter limiar mais baixo diante de curso abrupto, refratariedade ou sinais endócrinos associados.

Também há tendência de chamar qualquer acne mandibular ou pré-menstrual de “acne hormonal”. O rótulo é intuitivo, porém pode estreitar o raciocínio e induzir prescrição automática de antiandrogênicos sem revisar comedões, inflamação, cosméticos, adesão tópica e riscos reprodutivos. Inversamente, evitar terapia hormonal apenas porque exames são normais ignora a ação local dos andrógenos. Uma terminologia mais precisa seria descrever o fenótipo e, separadamente, registrar se existe evidência de hiperandrogenismo sistêmico.

A relação entre dieta e acne exige a mesma contenção. A literatura recente sustenta plausibilidade e associações entre maior carga glicêmica, eixo insulina/IGF-1 e acne adulta feminina, mas heterogeneidade de exposição alimentar e desfechos limita recomendações rígidas (TELKKÄLÄ; SINIKUMPU; HUILAJA, 2025). Orientações nutricionais podem privilegiar padrões alimentares globalmente saudáveis e observar resposta individual, sem prometer controle da doença por exclusão de um alimento e sem substituir tratamento farmacológico. Evidência sobre leite e outros componentes específicos deve ser apresentada como probabilística, não como causalidade estabelecida para cada paciente.

As preferências do paciente modificam a relação benefício-risco. Uma mulher que deseja contracepção pode valorizar um contraceptivo combinado; outra, com contraindicação estrogênica, pode preferir espironolactona associada a método contraceptivo apropriado. Um homem com acne persistente pode considerar clascoterona tópica antes de antibiótico sistêmico,

se acesso permitir. Um paciente com cicatrização ativa pode aceitar isotretinoína precocemente mesmo diante de efeitos mucocutâneos previsíveis. A medicina baseada em evidências não termina no ranking de eficácia: ela integra estimativas de benefício, riscos, valores, adesão e factibilidade.

Essa lógica também redefine sucesso. Reduzir lesões é necessário, mas manutenção da resposta, prevenção de cicatrizes, controle de discromias, redução da exposição antimicrobiana e melhora do funcionamento social compõem desfechos mais completos. A consulta de seguimento deve revisar não apenas “quantas lesões restaram”, mas se novas cicatrizes surgiram, se o regime é tolerável, se há manipulação de lesões, se a doença interfere no cotidiano e se houve mudança no planejamento reprodutivo ou no perfil de risco. Ajustes pequenos e precoces costumam ser mais úteis que reiniciar todo o tratamento após nova recaída.

Por fim, a evidência disponível sustenta uma hierarquia clara de princípios, ainda que não um algoritmo único: usar combinações tópicas de mecanismos complementares, evitar antibióticos como solução crônica, reconhecer terapias hormonais como alternativas válidas em mulheres selecionadas, considerar bloqueio androgênico tópico em ambos os sexos, não retardar isotretinoína quando cicatriz ou sofrimento justificam escalonamento e investigar endocrinopatia quando a história e o exame aumentam sua probabilidade. A individualização ocorre dentro desses limites, e não pela substituição de evidência por tentativa aleatória.

CONCLUSÃO

A acne na vida adulta é melhor compreendida como condição inflamatória crônica de trajetórias heterogêneas, na qual sinalização androgênica, resposta local da unidade pilossebácea, risco de cicatriz e carga psicossocial interagem. O componente hormonal é biologicamente relevante mesmo em indivíduos com concentrações séricas normais; por isso, tratamento antiandrogênico pode ser efetivo sem comprovação laboratorial de hiperandrogenismo. Em sentido oposto, a presença isolada de acne não é evidência suficiente de doença endócrina. A investigação deve ganhar prioridade diante de hirsutismo, irregularidade menstrual, infertilidade, virilização, início abrupto, progressão rápida ou outros elementos que elevem a probabilidade pré-teste, reconhecendo que documentos especializados divergem quanto à conveniência de rastreamento laboratorial universal em mulheres adultas.

A avaliação de gravidade precisa ultrapassar a morfologia das lesões. Cicatrizes, hiperpigmentação persistente, recorrência e sofrimento emocional modificam a urgência e a intensidade do tratamento. O manejo contemporâneo deve combinar terapias tópicas adequadas à manutenção, limitar a exposição a antibióticos, empregar contraceptivos combinados ou espironolactona quando o perfil da mulher favorece essas opções, considerar clascoterona como bloqueio androgênico tópico e utilizar isotretinoína sem atraso indevido nos casos graves, cicatrizantes, refratários ou com carga psicossocial importante.

A melhor abordagem, portanto, não é rotular a acne adulta como “hormonal” nem aplicar o mesmo esquema a todos. É definir o fenótipo, reconhecer sinais de endocrinopatia, medir a experiência do paciente, escolher terapias com mecanismos complementares e planejar manutenção desde o início. Permanecem necessários ensaios especificamente desenhados para adultos e comparações diretas de maior escala e longo prazo entre estratégias hormonais, tópicas, antibióticas e escalonamento para isotretinoína, com desfechos de recidiva e persistência da resposta. Até que essas lacunas sejam preenchidas, decisão compartilhada e uso crítico das evidências disponíveis oferecem a base mais consistente para reduzir atividade da doença, cicatrizes, recidivas e impacto sobre a vida cotidiana.

REFERÊNCIAS

ALTUNAY, Ilknur K. et al. Psychosocial aspects of adult acne: data from 13 European countries. *Acta Dermato-Venereologica*, v. 100, n. 4, adv00051, 2020. DOI: 10.2340/00015555-3409. Disponível em: <https://doi.org/10.2340/00015555-3409>. Acesso em: 28 ago. 2026.

AROWOJOLU, Ayodele O. et al. Combined oral contraceptive pills for treatment of acne. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 7, CD004425, 2012. DOI: 10.1002/14651858.CD004425.pub6. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004425.pub6>. Acesso em: 28 ago. 2026.

AUGUSTIN, Matthias et al. Acne tarda: recommendations for classification, treatment and care as a result of an expert discussion. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, v. 24, n. 1, p. 11-22, 2026. DOI: 10.1111/ddg.15913. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ddg.15913>. Acesso em: 28 ago. 2026.

BAGATIN, Ediléia et al. Adult female acne: a guide to clinical practice. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 94, n. 1, p. 62-75, 2019. DOI: 10.1590/abd1806-4841.20198203. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20198203>. Acesso em: 28 ago. 2026.

BAGATIN, Ediléia et al. Consensus on the use of oral isotretinoin in dermatology - Brazilian Society of Dermatology. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 95, supl. 1, p. 19-38, 2020. DOI: 10.1016/j.abd.2020.09.001. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.abd.2020.09.001>. Acesso em: 28 ago. 2026.

BOMFIM, Diogo Pazzini; ROCHA, Marco Alexandre Dias da; SANUDO, Adriana; BAGATIN, Edileia. A prospective randomized trial comparing quality of life in adult female acne treated with azelaic acid 15% gel versus oral spironolactone. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, v. 17, p. 2335-2343, 2024. DOI: 10.2147/CCID.S463295. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/CCID.S463295>. Acesso em: 28 ago. 2026.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RE nº 4.352, de 31 de outubro de 2025. Defere petições relacionadas à Gerência-Geral de Medicamentos, incluindo o registro de Winlevi (clascoterona) 10 mg/g. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, n. 209, p. 106, 3 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 1.159, de 18 de novembro de 2015. Aprova o Protocolo de uso da isotretinoína no tratamento da acne grave. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 19 nov. 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2015/prt1159_18_11_2015.html. Acesso em: 28 ago. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2024*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/rename>. Acesso em: 28 ago. 2026.

CARMINA, Enrico et al. Female adult acne and androgen excess: a report from the multidisciplinary Androgen Excess and PCOS Committee. *Journal of the Endocrine Society*, v. 6, n. 3, bvaco03, 2022. DOI: 10.1210/jendso/bvaco03. Correção publicada em: *Journal of the Endocrine Society*, v. 7, n. 3, bvado06, 2023. DOI da correção: 10.1210/jendso/bvado06. Disponível em: <https://doi.org/10.1210/jendso/bvaco03>. Acesso em: 28 ago. 2026.

CUNHA, Marisa Gonzaga da; FONSECA, Fernando Luiz Affonso; MACHADO, Carlos D. Aparecida S. Androgenic hormone profile of adult women with acne. *Dermatology*, v. 226, n. 2, p. 167-171, 2013. DOI: 10.1159/000347196. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000347196>. Acesso em: 28 ago. 2026.

DEL ROSSO, James Q.; KIRCIK, Leon H. The cutaneous effects of androgens and androgen-mediated sebum production and their pathophysiologic and therapeutic importance in acne vulgaris. *Journal of Dermatological Treatment*, v. 35, n. 1, 2298878, 2024. DOI: 10.1080/09546634.2023.2298878. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09546634.2023.2298878>. Acesso em: 28 ago. 2026.

DENG, Jia et al. Global pattern, trend, and cross-country health inequality of adult acne aged 25+ years from 1990 to 2021, a comprehensive analysis for global burden of disease and global dietary database. *Journal of Health, Population and Nutrition*, v. 44, n. 1, art. 238, 2025. DOI:

10.1186/s41043-025-00847-w. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s41043-025-00847-w>. Acesso em: 28 ago. 2026.

DIAS DA ROCHA, Marco Alexandre et al. Unveiling the nuances of adult female acne: a comprehensive exploration of epidemiology, treatment modalities, dermocosmetics, and the menopausal influence. *International Journal of Women's Health*, v. 16, p. 663-678, 2024. DOI: 10.2147/IJWH.S431523. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S431523>. Acesso em: 28 ago. 2026.

HEBERT, Adelaide et al. Efficacy and safety of topical clascoterone cream, 1%, for treatment in patients with facial acne: two phase 3 randomized clinical trials. *JAMA Dermatology*, v. 156, n. 6, p. 621-630, 2020. DOI: 10.1001/jamadermatol.2020.0465. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2020.0465>. Acesso em: 28 ago. 2026.

HUANG, Chung-Yen et al. Comparative efficacy of pharmacological treatments for acne vulgaris: a network meta-analysis of 221 randomized controlled trials. *The Annals of Family Medicine*, v. 21, n. 4, p. 358-369, 2023. DOI: 10.1370/afm.2995. Disponível em: <https://doi.org/10.1370/afm.2995>. Acesso em: 28 ago. 2026.

KAMAMOTO, Cristhine de Souza Leão; HASSUN, Karime Marques; BAGATIN, Ediléia; TOMIMORI, Jane. Acne-specific quality of life questionnaire (Acne-QoL): translation, cultural adaptation and validation into Brazilian-Portuguese language. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 89, n. 1, p. 83-90, 2014. DOI: 10.1590/abd1806-4841.20142172. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20142172>. Acesso em: 28 ago. 2026.

LOPEZ-ESTEBARANZ, Jose L.; LOPEZ-PANDO, Marta; MITSUNAGA, Keila. Practical therapeutic strategies for acne-induced hyperpigmentation across all skin types. *American Journal of Clinical Dermatology*, v. 27, n. 4, p. 697-707, 2026. DOI: 10.1007/s40257-026-01044-z. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40257-026-01044-z>. Acesso em: 28 ago. 2026.

MIAS, Céline et al. Recent advances in understanding inflammatory acne: deciphering the relationship between *Cutibacterium acnes* and Th17 inflammatory pathway. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, v. 37, supl. 2, p. 3-11, 2023. DOI: 10.1111/jdv.18794. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jdv.18794>. Acesso em: 28 ago. 2026.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Acne vulgaris: management. NICE guideline NG198. London: NICE, 2021. Atualizado em: 30 abr. 2026. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng198>. Acesso em: 28 ago. 2026.

REYNOLDS, Rachel V. et al. Guidelines of care for the management of acne vulgaris. *Journal of the American Academy of Dermatology*, v. 90, n. 5, p. 1006.e1-1006.e30, 2024. DOI: 10.1016/j.jaad.2023.12.017. Correção publicada em 2026. DOI da correção: 10.1016/j.jaad.2026.04.009. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2023.12.017>. Acesso em: 28 ago. 2026.

SAMUELS, Danielle V. et al. Acne vulgaris and risk of depression and anxiety: a meta-analytic review. *Journal of the American Academy of Dermatology*, v. 83, n. 2, p. 532-541, 2020. DOI:

10.1016/j.jaad.2020.02.040. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.02.040>. Acesso em: 28 ago. 2026.

SANTER, Miriam et al. Effectiveness of spironolactone for women with acne vulgaris (SAFA) in England and Wales: pragmatic, multicentre, phase 3, double blind, randomised controlled trial. *BMJ*, v. 381, e074349, 2023. DOI: 10.1136/bmj-2022-074349. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-074349>. Acesso em: 28 ago. 2026.

SINGH, Pritika; BARBIERI, John S.; JAMES, William D.; THIBOUTOT, Diane. Letter to the Editor From Singh et al: "Female Adult Acne and Androgen Excess: A Report from the Multidisciplinary Androgen Excess and PCOS Committee". *Journal of the Endocrine Society*, v. 6, n. 12, bvac156, 2022. DOI: 10.1210/jendso/bvac156. Disponível em: <https://doi.org/10.1210/jendso/bvac156>. Acesso em: 28 ago. 2026.

SMITH, Courtney A. et al. Hormonal therapies for acne: a comprehensive update for dermatologists. *Dermatology and Therapy*, v. 15, n. 1, p. 45-59, 2025. DOI: 10.1007/s13555-024-01324-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s13555-024-01324-8>. Acesso em: 28 ago. 2026.

TAN, Jerry K. L.; BHATE, Khyati. A global perspective on the epidemiology of acne. *British Journal of Dermatology*, v. 172, supl. 1, p. 3-12, 2015. DOI: 10.1111/bjd.13462. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/bjd.13462>. Acesso em: 28 ago. 2026.

TAN, Nicole Kye Wen et al. Risk of suicide and psychiatric disorders among isotretinoin users: a meta-analysis. *JAMA Dermatology*, v. 160, n. 1, p. 54-62, 2024. DOI: 10.1001/jamadermatol.2023.4579. Correção das Figuras 3 e 4 publicada em: *JAMA Dermatology*, v. 160, n. 1, p. 118, 2024. DOI da correção: 10.1001/jamadermatol.2023.5582. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2023.4579>. Acesso em: 28 ago. 2026.

TEEDE, Helena J. et al. Recommendations from the 2023 International Evidence-based Guideline for the Assessment and Management of Polycystic Ovary Syndrome. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 108, n. 10, p. 2447-2469, 2023. DOI: 10.1210/clinem/dgad463. Disponível em: <https://doi.org/10.1210/clinem/dgad463>. Acesso em: 28 ago. 2026.

TELKKÄLÄ, Anni; SINIKUMPU, Suvi-Päivikki; HUILAJA, Laura. Etiology of adult female acne-systematic review. *Health Science Reports*, v. 8, n. 5, e70697, 2025. DOI: 10.1002/hsr2.70697. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/hsr2.70697>. Acesso em: 28 ago. 2026.