

ROSÁCEA: PUESTA AL DÍA

Valiente R, Celeste¹; Bolla de Lezcano, Lourdes².

¹Médica Dermatóloga.

²Médica Dermatóloga. Profesora Titular y Jefa de Cátedra

Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional.

Asunción-Paraguay.

La rosácea es una dermatosis inflamatoria crónica de la piel de causa desconocida, que afecta a ambos sexos. Aparece en el área centro facial del rostro, posee múltiples manifestaciones clínicas y se presenta con mayor frecuencia en los fototipos I y II de Fitzpatrick.^{1,2}

La tasa de incidencia de la rosácea se ha identificado como 1,65 por 1000 personas al año.³La prevalencia de la rosácea suele establecerse después de los 30 años.³

La etiología de la rosácea no está clara, pero existen factores predisponentes y precipitantes.⁴

Existe un fuerte componente genético, único polimorfismo nucleotídico, intergénico entre HLA-DR y BTNL2, y tres alelos HLA, todos los que codifican para el MHC clase II proteínas, se asociaron significativamente con rosácea.⁵

Además, se ha establecido una asociación entre la rosácea y varias enfermedades crónicas sistémicas, que incluye la enfermedad de reflujo gastroesofágico, hiperlipidemia, hipertensión, enfermedades metabólicas, enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedad celíaca, esclerosis múltiple, artritis reumatoide y glioma. Sin embargo, el vínculo fisiopatológico entre la rosácea y estas condiciones sigue por dilucidarse.⁵

En su fisiopatología involucra mecanismos vasoactivos y neurocutáneos, además de la inmunidad innata y adaptativa.⁵

Entre los factores precipitantes se pueden citar: cambios de temperatura, sol, calor, baños calientes, alimentos como picantes, salsa de soja, bebidas calientes, bebidas alcohólicas, ejercicio físico, estrés, ciertos cosméticos, ansiedad, menopausia, la presencia de *Demodex folliculorum* y *Pityrosporum ovale*.⁴

En cuanto a la clínica, es muy diversa, desde el “flushing” o enrojecimiento, que puede ser momentáneo

o permanente, espontáneo o causado por alguno de los “triggers”, así como pápulas, pústulas, telangiectasias, xerosis, etc. En general la afectación aparece en la región central del rostro, simétrica, aunque también puede afectar orejas, cuello, tronco, e incluso los ojos.¹⁻⁵ **Fig.1**



FIGURA 1

Pápulas y pústulas sobre eritema de base en mejillas, frente, mentón. Fuente: archivo fotográfico de la Cátedra de Dermatología. FCM-UNA.

La rosácea se clasifica en Formas Clásicas o Subtipos:^{6,7}

1. Subtipo I: Eritemato-telangiectásica: forma más frecuente, con eritema centro facial persistente, “flushing”, con telangiectasias o sin ellas. Podría haber edema, y presentar prurito o ardor, además de extenderse a otras áreas del cuerpo.
2. Subtipo II: Pápulo pustulosa: eritema centro facial permanente en diferentes grados de severidad, presencia de pápulas, pústulas o ambos, edema duro o blando, diferenciándose del acné por la ausencia de comedones.
3. Subtipo III: Fimatoso: mayor frecuencia en el sexo masculino, se inicia como engrosamiento de la

piel, edema, eritema y posteriormente proliferación del tejido fibroso y las glándulas sebáceas. Afecta sobre todo a la nariz, pero también podríamos observarla en mentón, frente, oreja y párpados. **Fig. 2**

- Subtipo IV: Ocular: espectro de hallazgos oculares con telangiectasias en el borde palpebral, sin afectación significativa del resto de la cara. Manifestaciones oculares: blefaritis, meibonitis, chalación, telangiectasias conjuntivales, conjuntivitis nodular, queratitis rosácea.⁸



FIGURA 2 Eritema difuso en rostro con telangiectasias. Rinofima. Fuente: archivo fotográfico de la Cátedra de Dermatología. FCM-UNA.

Existen dos formas especiales: La rosácea infantil y la rosácea extrafacial.^{6,7}

La variante granulomatosa: que se caracteriza por pápulas cutáneas duras, amarillas o rojas y nódulos de tamaño uniforme.^{6,7}

Además se clasifica según el grado de severidad en leve, moderada o severa, teniendo en cuenta el eritema, telangiectasias, pápulas/pústulas y placas.

Para el diagnóstico se tienen en cuenta los siguientes criterios, que resultaron de una encuesta electrónica del panel global de Rosácea Consensus (ROSCO):⁹

- Los cambios fimatosos es diagnóstico de rosácea.
- El eritema centro facial persistente asociado con la intensificación periódica por factores desencadenantes potenciales, es un rasgo diagnóstico mínimo de la rosácea.
- Hallazgos principales: 1 o más: “flushing” o eritema centro facial transitorio; pápulas y pústulas inflamatorias, telangiectasias y síntomas oculares: blefaritis, queratitis, conjuntivitis, escleroqueratitis.

- Hallazgos menores: sensación de ardor de la piel, picazón, edema y sequedad.

Entre los diagnósticos diferenciales se pueden citar: acné, dermatitis seborreica, demodicidosis, fotodermatitis, lupus eritematoso, pioderma facial, dermatitis por contacto, foliculitis, entre otros.^{6,7}

TRATAMIENTO

Para el tratamiento es necesario evaluar el grado de severidad y el subtipo de rosácea, pues dependiendo de las características se procederá a aplicarlo.

ROSÁCEA: Severidad según el Colegio Íbero Latino Americano de Dermatología (CILAD)²

SEVERIDAD	ERITEMA	TELANGIECTASIAS	PÁPULAS/PÚSTULAS	PLACAS
LEVE	Flushing	Ausentes	Aisladas	Ninguna
MODERADO	Episódico/ poco eritema persistente	Pocas, evidentes solo con magnificación	Algunas	Ninguna
SEVERO	Eritema persistente intenso	Evidentes a simple vista y abundantes	Abundantes	Presentes

Ciertos cuidados generales se deben tener en cualquier grado de severidad de la rosácea y en cualquiera de los subtipos, los cuales se enumeran a continuación:

- Evitar todas las sustancias que provoquen vasodilatación, tales como alimentos picantes, bebidas o comidas calientes, alcohol, cambios bruscos de temperatura, “peelings” químicos, la luz solar y algunos cosméticos.^{2,6}
- Educación del paciente acerca de su patología y de los cuidados diarios de su piel.^{2,6,10}
- Uso de limpiadores suaves “syndet” o agentes “oil-free”, emolientes nocturnos y protección solar estricta.^{2,10}
- El uso de compresas frías con té de manzanilla o el uso de aguas termales, para aliviar la sensación de ardor y calor que refieren los pacientes.²

5. El uso de maquillaje corrector, para cubrir la rojez, así como drenaje linfático para disminuir el edema.²

De esta manera, el cuidado general de la piel es la principal estrategia de manejo de las características secundarias de la rosácea, que incluye la apariencia seca, sensación de sequedad y sensación de ardor.¹¹

Existen tratamientos tópicos y sistémicos, que serán utilizados dependiendo de las características de las lesiones de la rosácea, aparte de las medidas generales ya expuestas. En muchas ocasiones, dependiendo de la irritación presente, nuestros pacientes no tolerarán ningún tratamiento tópico, por lo que un tratamiento sistémico deberá ser instaurado primeramente, luego en una fase menos inflamada, se podrá combinar, y finalmente, el mantenimiento sería sólo tratamiento tópico.

Es importante que el paciente recuerde que el cuidado de su piel debe ser constante, y no solamente en el momento agudo.

Hablemos de las diferentes opciones tópicas a considerar:

1. Brimonidina: es un agonista de receptor alfa-2 adrenérgico, de uso tópico, en forma de gel al 0,33%. Se utiliza para el tratamiento del eritema transitorio y persistente. Produce vasoconstricción, la duración del efecto es de hasta 12 horas. Entre sus efectos colaterales: podría producir prurito, dermatitis de contacto, empeoramiento de la rosácea y del eritema, podría disminuir la presión arterial, por lo que se recomienda uso con precaución en pacientes con enfermedades cardíacas.^{2,7,6,11}
2. Ácido Azelaico: en gel, crema o espuma, del 15 al 20%. Útil en la rosácea papulo-pustulosa, una o dos veces al día.^{2,11,14} Podría presentar irritación, sequedad y prurito leve.⁶
3. Ivermectina 1% en crema: parece ser más efectiva que el metronidazol para la rosácea papulo-pustulosa.⁶ Eficaz cuando se la usa una vez al día por 3 meses, podría estar asociada la efectividad por su actividad anti demódex y antiinflamatoria.^{7,10} Se debe continuar 2 veces por semana después del aclaramiento del Demodex.
4. Metronidazol: en gel, crema o loción de 0,75% o 1%. tiene moderada eficacia en rosácea pápulo pustulosa, más que el placebo.⁶ La mejoría aparece tras 3 a 6 semanas de uso. Algunos pacientes refirieron prurito leve, irritación y sequedad de la piel.⁶ Se vio eficacia similar al tratamiento

con tetraciclinas orales, también se utiliza como mantenimiento posterior al uso de dichos antibióticos.⁷ Se utiliza una a dos veces al día.

5. Sulfacetamida sódica 10% más azufre 5%: estudios hablan que es mejor que el metronidazol 0,75% en la mejoría y disminución de las pápulas – pústulas y de las lesiones en general, pero no actúa sobre las telangiectasias.^{6,7} Posee propiedades antibacterianas, antifúngicas, anti demódex y queratolítico.⁷
6. Oximetazolina: se utiliza en loción o crema al 0,05% una vez al día por 7 a 18 meses, estimulador de los receptores alfa 1, vasoconstrictor menos potente que la brimonidina de los vasos subcutáneos. Mejora el eritema.^{7,10}
7. Peróxido de benzoílo más clindamicina: podría utilizarse, se utiliza una vez al día.⁷ Se recomienda discontinuar su uso en otros artículos.¹⁰
8. Otros: se suele citar el uso de tacrolimus 0,1% 2 veces al día, el cual reduce el eritema; pimecrolimus en la rosácea inducida por esteroides, permectrina sobre la cual aún faltan estudios que avalen su uso⁶ y retinoides como tretinoína por el efecto en la remodelación del tejido conectivo y antiinflamatorio⁷.

Opciones sistémicas:

1. Beta bloqueantes orales: carvedilol oral, que algunas guías la citan o propranolol 10mg 3 veces al día, pero hay que tener en cuenta el riesgo de bradicardia e hipotensión.^{7,11}
2. Antibióticos: tales como tetraciclina, dosis bajas de doxiciclina 100 o 40 mg/día o minociclina 50 o 100 mg/día reducen el número de pápulas y pústulas. También podría darse azitromicina.⁶ Actualmente utilizamos más las segundas generaciones de tetraciclinas porque poseen menos efectos secundarios. Limeciclina 150 o 300 mg/día. Utilizamos dosis sub antimicrobianas de doxiciclina, para el tratamiento de la rosácea pápulo pustulosa, haciendo uso de su acción antiinflamatoria; se reduce así la alteración de la flora endógena y la resistencia bacteriana. En cuanto a la dosis, se vio que la de 40mg tiene menos efectos gastrointestinales que la de 100mg.^{6,7} También se utiliza en el tratamiento de las fimatosis con inflamación. En general el tratamiento con antimicrobianos se recomienda hasta un máximo de 12 semanas. Una vez que alcanzamos la mejoría clínica y además el pa-

ciente ya tiene tolerancia, iniciamos tratamiento tópico.^{6,7,11} El uso de antibióticos como azitromicina, claritromicina y metronidazol, estarían indicados en pacientes con intolerancia, contraindicación, menores de 12 años.⁷

3. Isotretinoína: a dosis bajas (0,3mg/kp) por 3 meses es un poco más efectiva que doxiciclina, pero deben tomarse precauciones por sus efectos teratogénicos.⁶ Otras guías recomiendan dosis alternativas menores, como 10mg/día o micro dosis de 0,04 a 0,11 mg/kp/día hasta 33 semanas.⁷ Se utiliza en casos refractarios a las ciclinas.⁷ También está indicada en el tratamiento de las fimas inflamatorias.

Otros tratamientos:

1. Láseres vasculares y luz pulsada son útiles para el tratamiento de las telangiectasias^{6,7,10}
2. Láser CO2 fraccionado: para el uso en fimatosis con componente fibrótico.^{2,7,10,11}
3. Cirugía o micro dermo abrasión: para el tratamiento del rinoftima.^{2,7}

BIBLIOGRAFÍA

1. Steinhoff M, Schmelz M, Schaubert J. Facial erythema of Rosacea- Aetiology, different pathophysiologies and treatment options. *Acta DermVenereol.* 2016; 96: 579–586.
2. Grupo Ibero-Latinoamericano de Estudio de la Rosácea (GILER) – CLAD. Informe del Consenso Ibero-Latinoamericano 2016 sobre la clasificación clínica y terapéutica de la rosácea. *Med Cutan IberLat Am.* 2016; 44(1): 6-10.
3. Woo YR, Hong Lim J, Cho DH, Park HJ. Rosácea: molecular mechanisms and management of a chronic cutaneous inflammatory condition. *Int. J. Mol. Sci.* 2016; 17(9): 1562. doi:10.3390/ijms17091562
4. Gil Díaz MJ, Boixeda de Miguel JP, Truchuelo Díez M, Morais-Cardoso P. Rosácea: revisión y nuevas alternativas terapéuticas. *Semergen.* 2011;37(2):83–86.
5. Picardo M, Eichenfield LF, Tan J. Acné and Rosácea. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2017; 7(1): 43-52.
6. Van Zuuren EJ, Fedorowicz Z, Carter B, van der Linden MMD, Charland L. Interventions for rosácea. *Cochrane Data base Syst Rev.* 2015 Apr 28;(4):CD003262. doi: 10.1002/14651858.CD003262.pub5.
7. Troielli P, González Otero FM, Ríos Yuil JM, Vázquez Vázquez Martínez OT, Pabón Montoya JG, Ibarra M et al. Actualización y recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la rosácea en Latino América. *Med Cutan IberLat Am* 2016; 44 (S1): S7-S26.
8. Fernández Jacob C, Boto de los Bueis A, Sánchez-Carnerero Casas F. La rosácea ocular en la frontera de la dermatología y la oftalmología. *Más Dermatol.* 2016; 24: 14-18. DOI: 10.5538/1887-5181.2016.24.14.
9. Jan T, Almeida LMC, Bewlwy A, Cribier B, Dlova NC, Gallo R et al. Update on the diagnosis, classification and assessment of rosácea: recommendations from the global Rosacea Consensus (ROSCO) panel. *British Journal of Dermatology (2017)* 176, pp431–438. DOI 10.1111/bjd.15122.
10. Rosamilia LL. Rosacea treatments chema: an update. *Cutis.* 2017; 100(1): 11-13.
11. Schaller M, Almeida LMC, Bewley A, Cribier B, Dlova NC, Kautz G et al. Rosacea treatment update: recommendations from the global Rosacea Consensus (ROSCO) panel. *British Journal of Dermatology (2017)* 176: 465–471. Disponible en: DOI 10.1111/bjd.15173.
12. Keri J. What's new in acné and rosácea? *Semin Cutan MedSurg.* 2016; 36: 103-106. DOI: 10.12788/j.sder.2016.030.
13. Bowers J. Unlocking the mysteries of rosácea. *Dermatology World.* 2013; 23(8): 19-22.
14. Sauer Mikkelsen C, Bjerring P, Lirvall M, Svensson M, Ringe Holmgren H, Salava A et al. Rosácea: time for a new approach. *Forum for Nord Derm Ven.* 2017; 22(1): 3-12.