

Rosácea extra-facial: desafio diagnóstico

Extra-facial rosacea: a diagnostic challenge

T. Scalfoni Fracaroli, P. Vale Machado, S. Facó Queen, JC Macedo Fonseca, R. Souto da Silva
Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE-UERJ). Rio de Janeiro, RJ. Brasil.

Correspondencia:
Tainá Scalfoni Fracaroli
e-mail: tsfracaroli@yahoo.com.br

Recibido: 27/9/2011
Aceptado: 11/12/2012

Resumo

A rosácea é uma dermatose comum, com variedade de manifestações clínicas, porém muitas vezes subdiagnosticada, principalmente nas suas formas atípicas. Sua patogênese não é bem definida e envolve inflamação e hiperatividade vascular. Seu diagnóstico é essencialmente clínico, sendo o exame histopatológico útil para excluir outras dermatoses. Relatamos um caso incomum de rosácea, acometendo apenas as orelhas, com excelente resposta à tetraciclina.

Palavras-chave: eritema, orelha, rosácea, tetraciclina.

(T. Scalfoni Fracaroli, P. Vale Machado, S. Facó Queen, JC Machado Fonseca, R. Souto da Silva. Rosácea extra-facial: desafio diagnóstico. *Med Cutan Iber Lat Am* 2013;41(3):126-128)

Summary

Rosacea is a common skin disease with a variety of clinical manifestations, but often underdiagnosed, especially in atypical forms. Its pathogenesis is not fully understood, but is clearly related to vascular hyperactivity and inflammation. Its diagnosis is essentially clinical and a histopathological examination is useful to exclude other types of dermatosis. We report an unusual case of rosacea, affecting only the ears, with an excellent response to tetracycline.

Key words: erythema, ear, rosacea, tetracycline.

A rosácea é uma dermatose comum, crônica, com maior prevalência em adultos de pele clara, entre 30 a 50 anos. Pode se apresentar com eritema e telangiectasias, pápulas e pústulas, fimas e alteração ocular, de acordo com o tempo de evolução. Acomete mais as bochechas, nariz e mento, porém pode ocorrer nas orelhas, couro cabeludo, pescoço e colo.

A patogênese é multifatorial e ainda não foi totalmente esclarecida. Há hiperreatividade vascular, envolve neuropeptídeos e mediadores inflamatórios, como óxido nítrico e espécies reativas de oxigênio. Os episódios de ruborização podem ser exarcebados por ingestão de bebidas quentes ou alcoólicas, alguns alimentos, estresse, menstruação, calor ou exposição à radiação ultravioleta. A associação com *Demodex folliculorum*, ainda não é bem estabelecida, apesar de ser encontrado com frequência nos folículos pilosebáceos.

Relato do caso

Paciente masculino, 69 anos, com início de eritema e calor nas orelhas há 8 anos, com períodos de melhora. Os episódios se tornaram mais frequentes e há 1 ano mantém eritema persistente e algumas pústulas nos pavilhões auriculares (Figura 1). Alega dor ao toque. Negava relação com alterações de temperatura, alimentos, esforço físico e cefaleia. Refere sensação de queimação nas bochechas com exposição solar. Na história patológica pregressa apresentava hipotireoidismo, em uso de levotiroxina. Hemograma e radiografia das orelhas: sem alterações. Exame histopatológico da orelha evidenciava áreas de retificação do epitélio, derme com área extensa de formação de abscesso, junto a glândulas sebáceas. Pesquisa de *Demodex folliculorum*, através de exame direto, foi negativo. Diante da hipótese de rosácea auricular foi iniciado tetraciclina, via oral 500 mg, 3 vezes ao dia, por 1 mês, com melhora



Figura 1. Eritema, edema e pustulas no pavilhão auricular esquerdo.



Figura 2. 1 mês após o tratamento com tetraciclina, evidenciando diminuição das pustulas e do edema.

importante do quadro (Figura 2), e redução gradual da dose até retirada completa. No momento, apenas com metronidazol 0,75% gel, há 1 mês com bom controle da doença (Figura 3).

Discussão

A rosácea pode ser classificada em estágios, com rubor e eritema transitório, que se tornam mais frequentes e, eventualmente, persistentes com telangiectasias. Pode evoluir para um estágio de edema, resultado de vasodilatação recorrente. Há uma fase inflamatória com pápulas e pústulas e um estágio final, os fimas, devido ao edema crônico e inflamação que levam a hipertrofia do tecido conjuntivo e hiperplasia das glândulas sebáceas. Rinofima (nariz) é o mais comum, mas pode raramente afetar o mento (gnatofima), orelhas (otofima), fronte (metofima) e as pálpebras (blefarofima). Em estágios severos, pode lembrar elefantíase devido ao linfedema crônico. No caso descrito, o paciente apresentava a fase inflamatória com pápulas e pústulas, já evoluindo para fase edematosas.

O diagnóstico é essencialmente clínico, porém pode ser necessário exame histopatológico e investigação clínica para excluir outras doenças, como a policondrite recidivante, pericondrite, eritromelalgia, síndrome da orelha vermelha, ruborização secundária à síndrome carcinoide, feocromocitoma e drogas. A ruborização relacionada à rosácea é acompanhada de sensação de queimação ou dor, mas sem sudorese, lipotí-

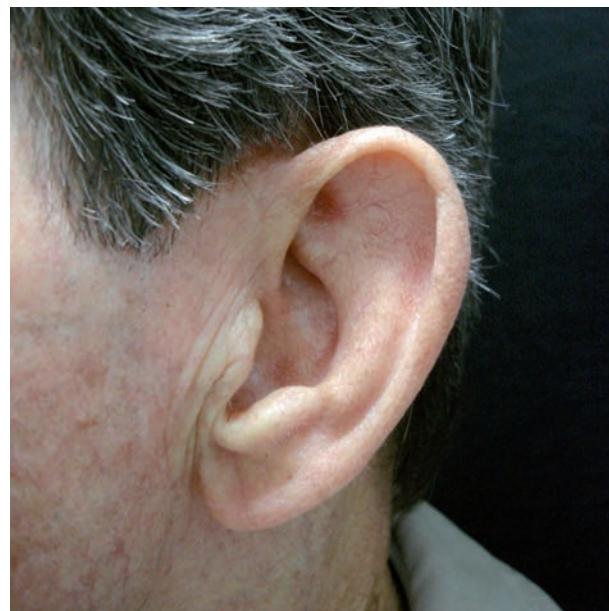


Figura 3. Pavilhão auricular esquerdo sem lesões, após retirada gradual da tetraciclina e em uso de metronidazol 0,75% gel.

mia ou palpitação. A forma eritemato-telangiectásica pode ser de difícil distinção entre rubor cutâneo benigno ou fotodano da pele.

Dentre os tratamentos farmacológicos, faz-se necessário terapia sistêmica, pelo menos temporariamente, nos estágios inflamatórios ou avançados, sendo as tetraciclinas os de

escolha, devido ao seu potencial antiinflamatório e pela redução de formação de granulomas. Em caso de intolerância ou contra-indicação, os macrolídeos são uma alternativa. O tratamento tópico deve ser usado como adjuvante ou em monoterapia para casos leves, com metronidazol gel ou creme em concentrações de 0,7% a 2%, sendo considerado a droga de primeira escolha para uso tópico.

Conclusão

Apesar de ser uma doença crônica e comum, pode gerar dúvidas diagnósticas, tanto na topografia clássica (região centrofacial), quanto nos locais atípicos, como no presente caso. O reconhecimento e tratamento precoce são importantes para evitar evolução para formas avançadas, as quais podem gerar distorções anatômicas e alterações funcionais dos órgãos afetados.

Referências bibliográficas

1. Aroni K, Tsagroni E, Kavantzias N, Patsouris E, Ioannidis E. A study of the pathogenesis of rosacea: how angiogenesis and mast cells may participate in a complex multifactorial process. *Arch Dermatol Res* 2008; 300: 125-31.
2. Crawford GH, Pelle MT, James WD. Rosacea. I. Etiology, pathogenesis, and subtype classification. *J Am Acad Dermatol* 2004; 51: 327-41.
3. Carlson JA, Mazza J, Kircher K, Tran TA. Otophyma: A Case Report and Review of the Literature of Lymphedema (Elephantiasis) of the Ear. *Am J Dermatopathol* 2008; 30: 67-72.
4. Gupta M, Gupta M, Narang T. Otophyma: a rare and frequently misdiagnosed entity. *Am J Otolaryngol* 2010; 31: 199-201.