

Rosácea ocular: presentación de un caso

Dra. Ma. de Lourdes Alonzo R,* Dr. Arturo Guarneros,** Dra. Rita Lucia Valdés Webster***

RESUMEN

La rosácea es una de las enfermedades más vistas en la consulta dermatológica. Su forma clásica se identifica con facilidad pero deben tenerse presentes sus diferentes tipos para hacer una detección oportuna, en especial el tipo ocular, ya que puede causar verdaderas incapacidades visuales. Presentamos el caso de una mujer que inicia con cuadro de rosácea ocular y no es detectada y tratada hasta que presentó lesiones dermatológicas.

Palabras clave: Rosácea.

ABSTRACT

Rosacea is one of the most common diagnoses seen in the dermatological practice. The classic presentation of rosacea is easily identified, but we should consider the different types so as to make an opportune diagnoses, specially the ocular type, because it can cause true visual incapacities. We present a woman that starts with ocular rosacea and is not detected and treated until she presents cutaneous lesions.

Key words: Rosacea.

INTRODUCCIÓN

La rosácea es una enfermedad común de la piel. Se define por eritema persistente de la porción central de la cara, por más de 3 meses, además de criterios de rubicundez, pápulas, pústulas y telangiectasias de las áreas convexas. Existen sensación de ardor, prurito, edema, placas, apariencia xerótica, manifestaciones oculares y cambios fímatosos. Las localizaciones extrafaciales son raras pero cuando se presentan, lo hacen en cuello y pecho.¹

En abril de 2002 la Sociedad Nacional de Rosácea, definió y clasificó a la rosácea en 4 subtipos, basado en signos y síntomas específicos, lo que representa un paso importante para el tratamiento de la rosácea. Actual-

mente, el tratamiento de la rosácea es empírico y se enfoca a los hallazgos clínicos.

TIPO ERITEMATOTELANGIECTÁSICO

El signo predominante es el eritema facial central, que comúnmente se acompaña de prurito y ardor. Usualmente está respetada la región periorcular, la piel es de textura fina, sin calidad sebácea y las áreas eritematosas en ocasiones tienen escama. Los factores exacerbantes incluyen bebidas calientes, alcohol, comida muy condimentada, ejercicio, baños con agua fría o caliente y estrés emocional. El ardor o prurito se exacerba con diversos agentes tópicos.

ROSÁCEA PAPULOPUSTULAR

Es la presentación clásica de la rosácea. Los pacientes en general son mujeres de edad media que presentan predominantemente eritema facial central con pápulas y pústulas puntiformes. Puede haber historia de eritema fácil. Las telangiectasias comúnmente están presentes pero son difíciles de distinguir.²

* Jefa del Departamento de Dermatosis Reaccionales Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Oftalmólogo del CDP.

*** Residente de 4º año del CDP.

ROSÁCEA FIMATOSA

Se define como engrosamiento de la piel y nódulos de superficie irregular de la nariz, mentón, frente, una o ambas orejas y/o párpados. En ocasiones se presenta sola sin eritema y puede causar verdaderas desfiguraciones. Se distinguen 4 variantes histológicas del rinofima que incluyen la glandular, fibrosa, fibroangiomatosa y actínica. El tratamiento principal es la isotretinoína tópica y corrección quirúrgica.³

ROSÁCEA OCULAR

En este tipo de rosácea las manifestaciones oculares pueden preceder los signos cutáneos por muchos años, pero lo más común es que se desarrollen conjuntamente con las manifestaciones dermatológicas, sin embargo, las lesiones cutáneas no son necesarias para establecer el diagnóstico de rosácea ocular. Hasta 58% de los pacientes con rosácea pueden experimentar alteraciones oculares que van desde blefaritis hasta lesiones corneales que ponen en peligro la agudeza visual. Las manifestaciones oculares incluyen blefaritis, conjuntivitis, inflamación de los párpados y de las glándulas de Meibomio, irregularidad del borde palpebral hiperemia conjuntival interpalpebral, telangiectasias conjuntivales y chalazión. Los pacientes refieren ardor o prurito ocular, resequedad, fotofobia o sensación de cuerpo extraño. Se reconocen como complicaciones serias la queratitis rosácea, queratoconjuntivitis seca, escleritis, epiescleritis, iritis, iridociclitis, hipopionitis, queratitis superficial punctata, adelgazamiento corneal, úlcera corneal y perforación; se puede llegar hasta la neovascularización corneal, cicatrización y ceguera. Al igual que la rosácea fimatosa, la rosácea ocular tiene un tratamiento específico, por lo que es deber del dermatólogo interrogar intencionadamente y hacer una exploración ocular en todos los pacientes.⁴

Una variante rara es la rosácea granulomatosa (*acne agminata/lupus miliaris disseminatus faciei*) manifestada con pápulas o nódulos pequeños distribuidos simétricamente en la porción superior de la cara, particularmente periocular y nasal. Generalmente no hay eritema, puede asociarse a cicatrices y es resistente al tratamiento convencional. Algunos autores no la incluyen como un tipo de rosácea. Tanto la dermatitis seborreica como la blefaritis seborreica se han observado en los pacientes con rosácea. La rosácea fulminans (*pyoderma faciale*) es una complicación rara que se caracteriza por nódulos y abscesos con formación de trayectos sinuosos, acompañados por manifestaciones sistémicas.⁵

FISIOPATOLOGÍA

La etiología de la rosácea se desconoce. Sin embargo, varios factores juegan un papel importante en su desarrollo, como son: vasculatura, exposiciones climáticas, degeneración de la matriz dérmica, químicos y agentes ingeridos, anormalidades de la unidad pilosebácea y microorganismos. Por otra parte, los diferentes tipos de rosácea son determinados por la sensibilidad única de cada paciente a cada uno de estos factores. Vasculatura: Un aumento del flujo sanguíneo de los vasos de la cara y un incremento en el número de vasos que están más cerca de la superficie, se consideran como responsables del eritema, se cree que la vasodilatación es más pronunciada o exagerada en estos pacientes. Exposiciones climáticas: Hay evidencia que las condiciones climáticas adversas dañan los vasos sanguíneos cutáneos y el tejido conectivo dérmico. La radiación solar explica la afección de las convexidades de la cara y que tiene tendencia de exacerbase en la primavera. Degeneración de la matriz dérmica: Hay daño del endotelio y degeneración de la matriz dérmica, pero no se sabe si el daño inicial provoca pobre soporte del tejido de los vasos cutáneos y acumulación de suero, mediadores de la inflamación y desechos metabólicos o si la anormalidad inicial existe en la vasculatura y esto conduce a fuga sanguínea y retraso en la absorción de las proteínas del suero, mediadores de la inflamación y desechos metabólicos; causando degeneración de la matriz dérmica. Químicos y agentes ingeridos: La mayoría de la evidencia no apoya que la dieta exacerbe la rosácea. Sin embargo, se han asociado como factores exacerbatantes a: comida condimentada, alcohol y bebidas calientes, y medicamentos como la amiodarona, esteroides tópicos, esteroides nasales, dosis altas de vitaminas B-6 y B-12. Anormalidades de la unidad pilosebácea: Pueden haber infiltrados inflamatorios perivasculares y/o perifoliculares.^{6,7} Microorganismos: Las especies de *Demodex* pueden jugar un papel en la patogénesis. La respuesta inflamatoria inmune de linfocitos T helper y linfocitos T inductores se ve en contra de antígenos de *Demodex* en los pacientes con rosácea; aunque el *Demodex* no siempre induce una respuesta inflamatoria. También, se ha asociado al *Helicobacter pylori* como un posible inductor, pero necesitan hacerse más estudios para determinar la importancia de dicho microorganismo en la patogénesis de la rosácea.⁸

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dermatitis perioral, tuberculides, sarcoidosis, dermatitis seborreica, acné juvenil, dermatitis acneiforme, foto-

dermatosis, lupus eritematoso, foliculitis pustular e inclusive síndrome carcinóide e insuficiencia de la válvula mitral que causan eritema y telangiectasias.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es puramente clínico, deben hacerse interconsultas rutinarias con el Servicio de Oftalmología. En ocasiones es necesario hacer un estudio histopatológico con el fin de descartar otra patología.⁹

TRATAMIENTO

Primeramente se deben de identificar los factores que exacerban el cuadro y evitarlos de ser posible. Algunos pacientes refieren mejoría clínica con masajes faciales para disminuir el edema. El uso diario de protector solar de amplio espectro es recomendable en todos los pacientes con rosácea, los bloqueadores físicos como son los de dióxido de titanio y óxido de zinc son bien tolerados. Además, los filtros solares deben de contener silicones protectores como dimeticona o ciclometicona. Los filtros solares con tintura verde se usan para cubrir el eritema. Se deben de evitar los astringentes, tonificadores, mentol, cosméticos a prueba de agua que requieren solventes para remover, o productos que contengan lau-

ril sulfato de sodio.¹⁰ El tratamiento de la rosácea ocular requiere de medicamento tanto oral como tópico, incluyendo higiene ocular, lubricación, y ocasionalmente, esteroides tópicos a corto plazo.¹¹ **Medicamentos:** Se ha utilizado tópicamente con resultados aceptables: metronidazol, peróxido de benzoilo al 2.5, 5 y 10%, ácido azealaico al 15 y 20%, tacrolimus al 0.03 y 0.1%, eritromicina, clindamicina, ácido fusídico. Por vía oral se ha utilizado: tetraciclina, minociclina, doxiciclina, metronidazol, eritromicina, clindamicina, claritromicina e isotretinoína oral al 0.2 – 0.5 mg/kg/día. Como uso anecdótico se ha usado: espironolactona, beta-bloqueadores, clonidina, naloxone, ondansetron, inhibidores selectivos de la serotonina y anticonceptivos orales.¹² **Cirugía:** La electrocirugía está indicada en las telangiectasias permanentes. Los fímas y en especial los rínofimas mejoran cosméticamente con la dermoabrasión, rasurados o peelings. **Láser:** Los no ablativos son efectivos ya que remodelan el tejido conectivo dérmico y mejoran la barrera epidérmica. Los vasculares son los de mayor utilidad en el tratamiento de la



Figura 1. Paciente clínicamente con signos evidentes de rosácea y fotofobia rosácea.



Figura 2. Blefaritis crónica con orzuelos y chalazones.



Figura 3. Queratoconjuntivitis crónica con leucomas secundarios y blefaritis resuelta.

rosácea, actúan absorbiendo selectivamente la oxihemoglobina, lo que da reducción en los vasos sanguíneos. También la luz pulsada intensa ha demostrado ser útil.¹³

CASO CLÍNICO

Se presenta una paciente de sexo femenino de 48 años de edad, viuda, dedicada al hogar, originaria y residente de Chimalhuacán, estado de México, con dermatosis localizada a cabeza, de la que afecta cara y de ésta frente, dorso de nariz, párpados y mentón; es bilateral y simétrica (*Figura 1*). La dermatosis es de aspecto monomorfo constituida por eritema, telangiectasias, edema, pápulas y escasas costras hemáticas; de evolución crónica y asintomática. Resto de piel y anexos sin datos patológicos. Al interrogatorio refiere que hace 10 años presenta “sensación de cuerpo extraño” en ojos por lo que acude a un centro especializado en oftalmología por su afección ocular, donde le indican que debe acudir a tratamiento dermatológico. Las lesiones cutáneas inician hace 6 años, con “granitos” en cara y para lo cual aplicó crema de betametasona/clotrimazol/gentamicina, de manera intermitente, durante este tiempo. No hay antecedentes heredofamiliares y personales patológicos de importancia para el padecimiento actual. Al acudir con nosotros a consulta se da un diagnóstico inicial de corticodano y rosácea, por lo que se maneja con preparado de glicerolado neutro de almidón + dióxido de titanio + calamina, desonida crema y eritromicina 500 mg cada 6 horas por 10 días, con mejoría clínica. Además es valorada por el Servicio de Oftalmología quien diagnostica queratitis crónica secundaria a rosácea e inicia manejo (*Figuras 2 y 3*).

Presenta deterioro progresivo de la agudeza visual, que clínicamente es referida como ceguera legal. Continúa hasta la fecha con pomada preparada y metronidazol tópico, además de vigilancia estrecha, tanto por dermatología como por oftalmología.

COMENTARIO

La prevalencia exacta de la afección ocular en los pacientes con rosácea, es muy difícil de determinar, hay literatura que la reporta con una variación tan grande como del 3% hasta 58%. La enfermedad puede iniciar con afección sólo de los ojos y mantenerse así por muchos años, por lo que recibirá tratamientos inapropiados. Las manifestaciones oftalmológicas preceden a las

dermatológicas hasta en un 20% de los casos. Las alteraciones oculares son independientes de la severidad de la rosácea cutánea, sin embargo, hay una fuerte relación entre las manifestaciones oculares y el eritema. La queratitis rosácea tiene un pronóstico desfavorable y en casos extremos puede llegar a la ceguera por la opacidad corneal. El dato clínico ocular más frecuente es la inflamación crónica de los bordes palpebrales con escamas y costras. Siempre deben de ser manejados conjuntamente con dermatología y oftalmología.¹⁴ La importancia de presentar este caso es la afección visual tan severa de nuestra paciente, ya que de haber sido detectada y tratada oportunamente, se hubiera evitado la incapacidad funcional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wilkin J, Dahl M, Dermar M et al. Standard classification of rosacea: report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea. *J Am A Dermatol* 2002; 46: 586-587.
2. Diamantis S, Waldorf HA. Rosacea: Clinical presentation and pathophysiology. *J Drugs Dermatol* 2006; 5(1): 8-12.
3. Aloia F, Tomasini C, Soro E, Pippone M. The clinicopathologic spectrum of rhinophyma. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42(3): 468-72.
4. Crawford GH, Pelle MT, James WD. Rosacea: 1. Etiology, pathogenesis, and subtype classification. *J Am A Dermatol* 2004; 51: 327-341.
5. Bamford JT, Gessert CE, Renier CM. Measurement of the severity of rosacea. *J Am Acad Dermatol* 2004; 51(5): 697-703.
6. Higgins E, du Vivier A. Alcohol intake and other skin disorders. *Clin Dermatol* 1999; 17(4): 437-41.
7. Neumann E, Frithz A. Capillaropathy and capillaroneogenesis in the pathogenesis of rosacea. *Int J Dermatol* 1998; 37(4): 263-6.
8. Bonnar E, Eustace P, Powell FC. The Demodex mite population in rosacea. *J Am Acad Dermatol* 1993; 28(3): 443-8.
9. Dahl MV. Rosacea subtypes: a treatment algorithm. *Cutis* 2004; 74(3 Suppl): 21-7, 32-4.
10. Ceiley RI. Advances in the topical treatment of acne and rosacea. *J Drugs Dermatol* 2004; 3(5 Suppl): S12-22.
11. Nally JB, Berson DS. Topical therapies for rosacea. *J Drugs Dermatol* 2006; 5(1): 23-26.
12. Baldwin HE. Oral therapy for rosacea. *J Drugs Dermatol* 2006; 5(1): 16-21.
13. Lonne-Rahm S, Nordlind K, Edström DW, et al. Laser treatment of rosacea: a pathoetiological study. *Arch Dermatol* 2004; 140(11): 1345-9.
14. Buccinelli SA. Rosacea: an update. *Dermatology* 2005; 210: 100-108.