

Rosácea

Rivera-Silva Gerardo^{1,2}, Morín-Juárez Aarón^{1,2}, Garza-Martínez Raymundo²



Descripción de la imagen

Se trata de masculino de 19 años de edad, quien se presentó por eritema persistente asociado con pústulas y pápulas, de un 1 año de evolución. Fue tratado previamente con tretinoína y clindamicina con peróxido de benzoilo tópicos por un lapso de 3 semanas, sin mejoría. En el examen físico mostró eritema facial central con pequeñas pústulas y telangiectasias. Figura 1A.

El análisis microscópico de la secreción pustular reveló la presencia de *Demodex folliculorum*, este parásito ha sido involucrado con la fisiopatogenia de la enfermedad, y que los pacientes no respondan al tratamiento convencional. Figura 1B. El diagnóstico clínico fue rosácea papulopostular asociada con el subtipo I (rosácea eritematotelangiectásica). El paciente fue tratado con ivermectina crema al 1%, una vez al día por un periodo de cuatro meses y doxiciclina por seis meses, con buena respuesta.

El caso presentado muestra un caso atípico de rosácea, que se caracteriza clínicamente por una localización facial central de eritema, telangiectasias, pápulas y pústulas. Asimismo, de manera secundaria presenta escozor, ardor, piel seca, edema y cambios

fimatosos. En algunos casos puede aparecer una afectación ocular caracterizada por resequeidad, sensación de cuerpo extraño, ardor, fotofobia, lagrimeo y visión borrosa. Existen cuatro subtipos de rosácea: (I) eritematosa-telangiectásica, (II) papulopostulosa, (III) fimatosa y (IV) ocular; es importante mencionar que la rosácea generalmente puede presentarse en forma asociativa de varios subtipos, siendo la asociación más frecuente la del subtipo I y II, como en este caso.

El diagnóstico diferencial debe de realizarse con el acné vulgar, uso tópico de esteroides, dermatomiositis, lupus eritematoso sistémico, dermatitis seborreica y carcinoma. La fisiopatología de la rosácea permanece incierta, hay una gran variedad de factores asociados tanto genéticos, cambios en el sistema inmune interno y adaptativo, disfunción neuronal y/o vascular e incluso microorganismos como el *D. folliculorum* parecen estar implicados.

Lecturas recomendadas

1. Van Zuuren EJ. Rosacea. *N Engl J Med*. 2017; 377:1754-1764.
2. Maor D, Chong AH. Rosacea. *Aust Fam Physician*. 2017;46:277-281.
3. Holmes AD, Spoenlin J, Chien AL, Baldwin H, Chang ALS. Evidence - based update on rosacea comorbidities and their common physiologic pathways. *J Am Acad Dermatol*. 2018;78:156-166. Elsevier, 2017. p. 8559-8571.

1. Laboratorio de Ingeniería Tisular y Medicina Regenerativa. Escuela de Medicina. Universidad de Monterrey, San Pedro Garza García, México.
2. Departamento de Ciencias Básicas. Escuela de Medicina. Universidad de Monterrey, San Pedro Garza García.

Autor para correspondencia
Gerardo Rivera-Silva.
Departamento de Ciencias Básicas. Escuela de Medicina. Universidad de Monterrey, San Pedro Garza García.
Correo de contacto:
gerardo.rivera@udem.edu.