

Rosácea

– Clasificación y tratamiento –

Dra. Cyntia de los Santos Eredes

Médica Dermatóloga

Ex-Asistente de la Cátedra de Dermatología.

Facultad de Medicina. Universidad de la República.

Delegada Adjunta del Colegio Ibero Latinoamericano de Dermatología (CILAD).

Directora de Montevideo Skin Centro de Tratamiento Dermatológico. Montevideo, Uruguay.



Resumen: La rosácea es una afección inflamatoria crónica de la piel, de alta incidencia, de causa desconocida y de alto impacto psicosocial.

Afecta principalmente la zona centroracial. Se manifiesta por enrojecimiento facial transitorio o persistente, telangiectasias, pápulas y pústulas inflamatorias. Puede presentar compromiso ocular.

La terapéutica se adapta a las distintas formas clínicas. Se puede realizar tratamiento en cremas, antibióticos y/o antiinflamatorios orales o distintos tipos de láser.

Abstract: Rosacea is a chronic inflammatory condition of the skin, of high incidence, unknown cause and high psychosocial impact.

It mainly affects the central zone. It is manifested by transient or persistent facial redness, telangiectasias, papules and inflammatory pustules. You may have eye involvement.

Therapy adapts to the different clinical forms. Treatment can be performed on creams, antibiotics and/or oral anti-inflammatories or different types of lasers.

Palabras clave: rosácea, impacto psicosocial, fimas, tratamiento farmacológico y láser.

Key words: rosacea, psychosocial impact, pharmacologic and laser therapy.

Introducción

La rosácea es una afección inflamatoria crónica de la piel, de causa desconocida, que afecta principalmente la zona centroracial.

Es una enfermedad de alta frecuencia, alrededor del 10% de la población la padece. Es más frecuente en mujeres, pero más severa en los hombres.

Tiene un pico de incidencia entre los 30 y 50 años, pero puede verse a partir de la infancia. Es una enfermedad de alto impacto psicosocial.

Clínica

Puede manifestarse por **enrojecimiento transitorio o persistente, telangiectasias, pápulas y pústulas inflamatorias**. Otras características clínicas son descamación, sequedad, edema, placas y fimas que son causadas por la hipertrofia glandular.

Puede manifestar también alteraciones oculares.

Se describen más raramente casos extrafaciales en cuello, tórax y cuero cabelludo.

Es más frecuente en personas de fototipo bajo, rubios de ojos claros.

Etiopatogenia

La etiopatogenia es multifactorial. Hay una labilidad en los mecanismos de regulación de los vasos sanguíneos lo cual conduce a una hiperreactividad vascular que lleva al "flushing", este se caracteriza por un eritema y edema repentino que produce la liberación de mediadores vasoactivos, extravasación de plasma e inducción de la respuesta inflamatoria.

Se han implicado gérmenes como el *Demodex folliculorum* y se discute también el papel del *Helicobacter pylori*.

Como factores desencadenantes o agravantes se encuentran:

- alimentos (picantes),
- cambios de temperatura ambiente (sauna, calefacción),

E-mail: cyntiadelossantos@hotmail.com



Telangiectasias

- bebidas (alcohol, vino tinto, bebidas calientes),
- clima (sol, calor, frío, humedad y viento),
- emociones (ira, ansiedad, estrés, vergüenza),
- fármacos (vasodilatadores),
- causas físicas (ejercicio, esfuerzo),
- menopausia, tos crónica, enfermedades neurológicas, endocrinopatías,
- radiación ultravioleta produce TNF y VEGF (factor de crecimiento vascular endotelial).

La inflamación crónica lleva a cambios degenerativos en el colágeno vascular, perivascular y en el tejido elástico, lo que resulta en la dilatación de los vasos sanguíneos, resultando en eritema, flushing y telangiectasias.

Clasificación

Según la estadificación y clasificación de la Sociedad Nacional de Rosácea de US, la enfermedad se divide en cuatro estadios:

1. **Estadio I** o eritemato-telangiectásico (Ver Figura 1).
2. **Estadio II** o pápulo-pustuloso (Ver Figura 2).
3. **Estadio III** en el que se asocian nódulos y fimas (hiperproliferación del tejido conectivo e hiperplasia de glándulas sebáceas) (Ver Figura 3).
4. **Estadio IV** ocular.

Cada uno de estas formas clínicas puede a la vez subdividirse según su severidad en:

- leve,
- moderada,
- severa.



Rosácea pápulo-pustulosa

Se describen dos estadios evolutivos:

1. Primario. El cual se manifiesta por:

- flushing,
- eritema,
- pápulas y pústulas,
- telangiectasias.

2. Secundario. Se manifiesta por:

- placas,
- sensación urente,
- xerosis centrorfacial,
- edema, induración,
- fimas (hiperplasia sebácea crónica),
- manifestaciones oculares.

Se describen algunas variables clínicas poco frecuentes como ser:

- edema persistente,
- rosácea granulomatosa o lupoides,
- rosácea conglobata,
- rosácea fulminans o pioderma facial,



Rosácea fimas

- rosácea agravada por halógenos (yodo y bromo),
- rosácea inducida por corticoides.

Tratamiento

Las opciones terapéuticas van a depender del estadio y severidad de la rosácea.

Se deben evitar los factores agravantes o desencadenantes (alcohol, alimentos picantes y calientes, calor e irritantes).

Se puede indicar camuflaje con tonos verdes o protectores solares con color.

Cuidados tópicos

Fotoprotección, empleo de sombrero y evitar el sol directo. Se indica el uso de protector solar, que debe reunir las siguientes características:

- ser de amplio espectro con protección contra la UVA y UVB,
- no ser oclusivo,
- ser hipoalérgico y
- no irritante.

Cuidados diarios: evitar alcohol, astringente, jabones o sustancias abrasivas.

Se recomienda el uso de jabones Syndet. El ácido láctico restaura la acidez natural de la piel favoreciendo

la flora normal y evitando las bacterias patógenas, ya que el sobrecrecimiento bacteriano patógeno lleva a inflamación eritema y descamación.

Se puede utilizar agua termal y/o compresas descongestivas para mejorar la sensación de calor y el eritema facial, así como emolientes y lociones descongestivas compuestas por extractos vegetales y sales minerales (acción antiinflamatoria y astringente).

Tratamiento farmacológico tópico

Metronidazol

Al1%, 0,75% en gel o crema, produce un efecto antiinflamatorio y antioxidante que se inicia lentamente; por lo tanto disminuye la inflamación y el eritema. También se continúa utilizando luego de mejorado el empuje como tratamiento de mantenimiento. Raramente puede presentar alguna reacción adversa como lagrimeo, sabor metálico, parestesias e hipoestésias en zona de aplicación⁽¹⁾.

Acido azelaico

Al15 a 20% en crema, es antibacteriano (bacteriostático, bactericida), queratolítico y comedolítico (normaliza la proliferación celular), antiinflamatorio y reductor de la pigmentación. Es atóxico y generalmente bien tolerado. Mejora las pápulas, pústulas y el eritema. Las reacciones adversas son raras y se manifiestan como irritación, eritema, prurito^(2,3).

Formulaciones vasoconstrictoras

Se utilizan para tratamiento del flushing, en particular Brimonidina. Tienen un efecto temporal.^(4,5)

Otros medicamentos tópicos utilizados

- Eritromicina al 2 o 4% también es antiinflamatoria.
- Clindamicina tópica al 0,5 a 2% es bacteriostática o bactericida según microorganismo y concentración.
- Retinaldehído 0,05% aumenta el espesor de la epidermis e inhibe VEGF.
- Vitamina C tópica, reduce el eritema.
- Antiparasitarios para *Demodex folliculorum*, se utiliza la ivermectina tópica o sistémica. También el metronidazol tiene un efecto sobre este ácaro.

Tratamiento sistémico

- Doxiciclina a dosis de 100 mg día. Se pueden utilizar microdosis de 20 mg dos veces al día.
- Limeciclina 150 a 300 mg día.
- Macrólidos: eritromicina, claritromicina, azitromicina.
- Metronidazol vía oral 500 mg día (20 a 60 días).



Figura 4

Trabajando con el láser vascular

- Se utiliza la isotretinoína en casos de inflamación severa o refractaria a otros tratamientos. También es de utilidad en estadios iniciales de fimas. Dosis habitual o minidosis de 2,5 a 5 mg día.

En la rosácea fulminans se utilizan o asocian los corticoides orales.

Tratamiento de telangiectasias y fimas

- Camuflaje cosmético,
- luz Pulsada Intensa (IPL),
- láser vascular para las telangiectasias y el eritema persistente y
- láser ablativo fraccionado para las fimas

Son tratamientos que llevan una larga curva de aprendizaje, por lo cual deben ser realizados por médicos dermatólogos avezados en la técnica.

En el tratamiento de las telangiectasias deben seleccionarse muy bien los parámetros a utilizar, ya que poca energía no logra ocluir los vasos, y mucha energía puede llevar a formación de ampollas, cambios dispigmentarios y posible formación de cicatrices cuando no son utilizados de forma correcta.

Varios tipos de láseres e IPLs han sido reportados como efectivos en el tratamiento de telangiectasias y el eritema. Los más utilizados son el Flashlamp-pumped pulsed dye lasers⁽⁶⁾ y el Láser Nd:YAG 1064 nm, este último ha sido descrito para el tratamiento de telangiectasias anchas y venas azules localizadas más profundamente en la piel (Ver Figura 4).

Tratamiento de Fimas

Son de gran utilidad los láseres ablativos como el Er: YAG y el de CO2 fraccionado o no fraccionado. Estos generan una destrucción del tejido fimatoso llevando a un afinamiento de la piel y mejor aspecto estético. Debe contemplarse el gran compromiso psicosocial que puede producir esta patología.

Conclusiones

La rosácea es una enfermedad crónica de la piel, de alta incidencia y por afectar la zona centroracial tiene gran impacto en la calidad de vida de los pacientes. Se realizó una actualización terapéutica destacando las medidas preventivas como la protección solar, el tratamiento farmacológico tópico y sistémico y el tratamiento efectivo en manos expertas con luz pulsada intensa, láser vascular y ablativo.

Recibido: 23/04/2107
Aprobado: 25/05/2017

Bibliografía

1. A comparison of topical azelaic acid 20% cream and topical metronidazole 0.75% cream in the treatment of patients with papulopustular rosacea. Maddin S. J Am Acad Dermatol 1999;40:961-5. Arch Dermatol 2003;139:1444-5.
2. Topical azelaic acid in the treatment of rosacea. J Derm Treat . 1993;4(suppl1):19-22.
3. Double blind comparison of azelaic acid 20% cream in treatment of papulo pustular rosacea. Acta Derm Venereol 1999;79:456-9.
4. Cosmeceuticals for rosacea. Clin Dermatol. 2017 Mar - Apr;35(2):213-21.
5. The role of brimonidine tartrate gel in the treatment of rosacea. Jackson JM1, Knuckles M2, Minni JP3, Johnson SM4, Belasco KT. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2015 Oct 23;8:529-38.
6. Ruiz-Esparza J, Goldman MP, Fitzpatrick RE et al. Flash lamp-pulsed dye laser treatment of telangiectasia. J Dermatol Surg Oncol 1993; 19: 1000-3.