

# Rosácea

## Aspectos generales de una condición dermatológica crónica



**Luis Enrique IV Santaliz-Ruiz, MD**



**Néstor Sánchez, MD, FAAD**

Profesor de Dermatología y Patología  
Escuela de Medicina, Universidad de Puerto Rico  
Consultor, Hospital Menonita, Aibonito

### Manifestaciones clínicas

La rosácea es una enfermedad inflamatoria y crónica de la piel. Clínicamente puede presentar sonrojo transitorio recurrente, eritema facial persistente, telangiectasias, pápulas y pústulas en mejillas, nariz, frente, mentón y/o pecho con episodios de remisión y exacerbación.<sup>1,2</sup> A veces exhibe cambios fimatosos de hipertrofia de las glándulas sebáceas y fibrosis en la frente, mejillas o nariz (rinofima).<sup>1,3</sup> En el 75% de los pacientes con rosácea, hay compromiso ocular con fotofobia, eritema o sensaciones de cuerpo extraño, resequedad, ardor, purito y lagrimeo ocular.<sup>1,3</sup>

### Clasificación

La *National Rosacea Society* clasifica la rosácea en 4 subtipos según sus características predominantes:

- 1) Eritematotelangiectásica (RET);
- 2) Pápulo-pustular (RPP);
- 3) Fimatosa (RF); y
- 4) Ocular (RO).<sup>1,4</sup>

Puede haber concomitantemente más de un subtipo de rosácea y se puede pasar de un subtipo a otro.<sup>1,3</sup>

### Epidemiología

La rosácea es más común en pacientes de ascendencia celta con tez blanca fototipo I y II.<sup>1,3</sup> Cerca de 16 millones de estadounidenses padecen de rosácea.<sup>2</sup> Suele iniciarse entre los 30 y 50 años edad, siendo las mujeres las más afectadas.<sup>1</sup>

### Etiología

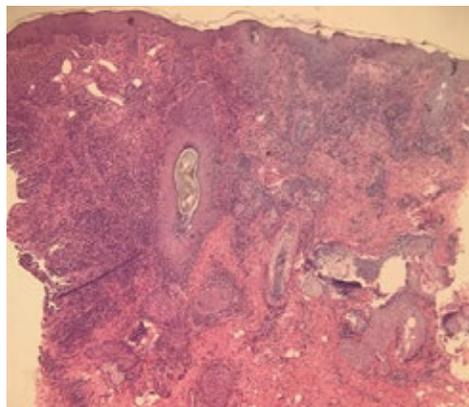
Hay múltiples factores en su patofisiología, desde predisposición genética, disfunción neuronal e hiperreactividad

vascular, cambios inmunológicos hasta microorganismos como *Demodex folliculorum* (un ácaro microscópico).<sup>1,3,5</sup> Algunos estudios postulan que una bacteria de este ácaro produce la reacción inmunológica que lleva a las lesiones de rosácea. También, en lesiones de rosácea se halló la bacteria *Staphylococcus epidermidis* que segrega factores virulentos.<sup>7</sup> La luz ultravioleta, el calor, el estrés, las comidas picantes, bebidas calientes, el alcohol y el fumar pueden exacerbar manifestaciones de rosácea. De hecho, en la rosácea se pierde cierta funcionalidad del integumento como barrera, lo que resulta en excesiva pérdida transdermal de agua, convirtiendo la piel reseca, sensible y ciertas veces propensa a descamarse.<sup>1</sup>

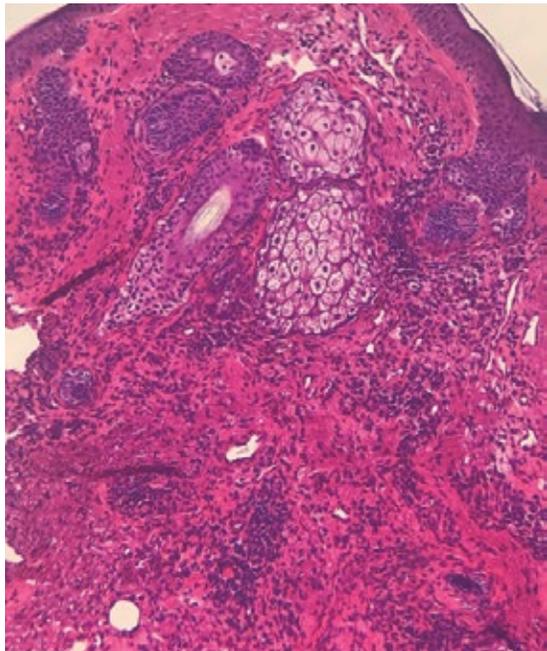
### Diagnóstico e histopatología

La rosácea se suele diagnosticar clínicamente por sus manifestaciones y síntomas, por el historial personal y familiar.<sup>1</sup> El examen del espécimen tisular suele ser inespecífico.<sup>8</sup> Una biopsia es útil solo en casos de clínica incierta o si se confunde con posibilidades del diagnóstico diferencial como lupus eritematoso, daño actínico crónico, dermatitis seborreica, entre otros.<sup>1</sup>

Histopatología de acné rosácea



La histopatología de RET muestra dilatación de vasos sanguíneos superficiales y un infiltrado perivascular linfocítico de bajo grado, a veces con células plasmáticas. En RPP, las pápulas tienen un infiltrado inflamatorio perivascular y perifolicular. Las lesiones pustulares muestran acúmulo de neutrófilos. En RF hay hiperplasia de glándulas sebáceas, taponamiento folicular, telangiectasias, engrosamiento y fibrosis dermal, y depósitos de mucina en la dermis.<sup>8</sup>



Histopatología de acné rosácea exhibe infiltrado compuesto de neutrófilos, linfocitos, y formación granulomatosa asociado a hipertrofia de glándulas sebáceas.

### Tratamiento

En la rosácea, es importante el cuidado de la piel:

1. Evitar estímulos o factores que la exacerben (calor, luz UV, alcohol, alimentos picantes, estrés);<sup>1</sup>
2. Utilizar diariamente protección contra la luz UV A (UVA) y B (UVB).<sup>1,3</sup> Componentes de algunos filtros solares –como dimeticona o ciclometicona– alivian la irritación facial.<sup>1</sup> El extracto de ruscus mejora la microcirculación y el edema.<sup>9</sup> La hesperidina disminuye la apariencia de la telangiectasia. El sulfato de dextrano reduce la inflamación y retiene agua en la piel;
3. Utilizar limpiadores de piel sin jabón irritante; usar humectantes no comedogénicos y no grasos,<sup>1,3</sup> o con pigmentos verdes que neutralizan el eritema;<sup>1,3</sup> y

4. Evitar bases (*make-up*) de maquillaje, cosméticos con lauril sulfato sódico, camfor, mentol o hamamelis (*witch hazel*), astringentes, tónicos de piel, cremas exfoliantes o con ácido glicólico.<sup>1,3</sup>

### Tratamiento del eritema y telangiectasia

La FDA ha aprobado 2 formulaciones tópicas para tratar la RET: brimonidina y oximetazolina.<sup>1</sup> La brimonidina tópica con su actividad de agonista selectivo de los receptores adrenérgicos  $\alpha_2$  produce vasoconstricción local que reduce el eritema de la rosácea en cerca del 41% de los pacientes.<sup>1,10</sup> Los efectos se pueden ver a los 30 minutos de su uso y alcanzan un pico de acción entre las 3 a 6 horas de aplicarlos. Los efectos secundarios son ardor, prurito, dermatitis de contacto y, a veces, rebote del eritema.<sup>1</sup> El hidrocloreto de oximetazolina puede disminuir el eritema de rosácea en cerca del 14% de los casos debido a su actividad vasoconstrictora al ser un agonista de receptores  $\alpha_1$  y  $\alpha_2$ .<sup>1</sup> Algunos efectos secundarios son dermatitis de contacto, prurito, eritema, pudiendo exacerbar la rosácea.

Las terapias de láser han mostrado eficacia contra el eritema y la telangiectasia. Los estudios sobre esto son, en su mayoría, de muestras pequeñas; puede haber efectos secundarios como eritema transitorio, edema temporero, hipo o hiperpigmentación y, rara vez, cicatrices.<sup>10-13</sup>

### Tratamiento para las pápulas y las pústulas inflamatorias

Las soluciones de medicamentos tópicos como ivermectina, metronidazol y el ácido azelaico son opciones de primera línea aprobadas por la FDA para las lesiones inflamatorias de la rosácea.<sup>1</sup>

El ácido azelaico tópico muestra una reducción del 62% en pápulas y pústulas de rosácea en ensayos clínicos aleatorios, mientras que el metronidazol disminuye estas lesiones entre el 58% y el 78%.<sup>1,14</sup> Por otro lado, la ivermectina por 12 semanas redujo el 76% de las pápulas y pústulas inflamatorias en pacientes de ensayos clínicos aleatorios recientes.<sup>1,15</sup>

En los estudios comparativos de ivermectina y metronidazol por 16 semanas, se vio reducción de lesiones inflamatorias en un 84,9% versus un 75,4%,

respectivamente. Además, una tercera parte de los pacientes en ivermectina estaban libres de eritema y lesiones inflamatorias.<sup>16,17</sup> Al discontinuar el tratamiento, se vio una ligera mayor tasa de recaída con metronidazol (68,4% versus 62,7%) y más rápida (85 días versus 115 días).<sup>1,18</sup> La comparación por 40 semanas de ivermectina resultó superior al ácido azelaico (76,0% contra 59,4% de los pacientes estaban libres de lesiones inflamatorias o casi sin lesiones).<sup>16,19</sup>

Hay otras modalidades de tratamiento tópico para la RPP, como la sulfacetamida de sodio con azufre en crema o solución e incluso los retinoides. Sin embargo, la evidencia sobre estos fármacos en ensayos clínicos es aún limitada.<sup>1</sup>

En casos de RPP severa y en que la terapia de primera línea no sea suficiente, se pueden usar medicamentos tópicos con antibióticos orales.<sup>1</sup> El único fármaco oral aprobado por la FDA para rosácea es la doxiciclina de liberación modificada 40 mg una vez al día por 8 a 12 semanas,<sup>1</sup> cuyo efecto antiinflamatorio puede reducir las pápulas y pústulas inflamatorias con similar eficacia a la dosis de 100mg al día, pero con menos efectos adversos gastrointestinales.<sup>1,20,21</sup> Cuando la doxiciclina está contraindicada, se pueden considerar macrólidos orales como eritromicina, azitromicina o claritromicina.<sup>1,22,23</sup>

En casos muy severos de rosácea con lesiones inflamatorias que no responden a terapia oral o que recurren al discontinuarla, la isotretinoína oral ha demostrado reducir eficazmente hasta en un 90% el número de pápulas y pústulas.<sup>1,24</sup> Las mujeres embarazadas o que potencialmente pudieran estarlo no pueden utilizarla por su teratogenicidad. Por ello, mujeres en edad reproductiva que usen este fármaco deben ser monitoreadas con pruebas de embarazo, además de utilizar métodos efectivos para prevenir la concepción.<sup>1,10</sup>

### Tratamiento para la rosácea fimatosa

Los retinoides tópicos, doxiciclina o isotretinoína oral se recomiendan en pacientes con RF inflamada, de acuerdo a su severidad. Varios estudios demuestran que el tratamiento con láser ablativo o técnicas quirúrgicas mejoran la apariencia de la rinofima en casos donde no hay inflamación activa.<sup>1,22,23,25</sup>

### Tratamiento para la rosácea ocular

En la rosácea ocular se recomienda una buena higiene de los párpados y uso de lágrimas artificiales. Estos pacientes deben ser evaluados por un oftalmólogo para determinar el tratamiento más apropiado (gotas de ciclosporina, gel de metronidazol o ácido fusídico para aplicar en los párpados o doxiciclina oral<sup>1,10</sup>).

### Tratamiento de mantenimiento

La rosácea es una condición crónica con remisiones y exacerbaciones. Las recaídas son comunes y pueden variar de acuerdo con el fármaco empleado.<sup>1,10,18</sup> Por ello, se recomienda una terapia de mantenimiento, preferiblemente con agentes tópicos.<sup>1</sup>

### Comentario

La rosácea es una condición crónica y recidivante de la piel que requiere de una evaluación minuciosa y de las recomendaciones terapéutica especializadas del dermatólogo. 

### Referencias

- van Zuuren EJ. Rosacea. *N Engl J Med*. 2017; 377(18): 1754-1764.
- Stein Gold L. *J Drugs Dermatol*. 2015;14(6):546-547.
- Bolognia JL, Schaffer JV, Duncan KO, Ko, C. *Dermat Essentials* (261-267). China: Elsevier Saunders.
- Wilkin J, Dahl M, et al. *J Am Acad Dermatol*. 2002;46:584-587.
- National Rosacea Society. (2018). [www.rosacea.org](http://www.rosacea.org).
- Lacey N, Delaney S, et al. *British J Dermatology*.2007;157:474-481.
- Dahl MV, Ross AJ, et al. *J Am Acad Dermatol*. 2004;50:266-272.
- Two AM, Wu W, et al. *J Am Acad Derm*. 2015;72(5):749-758.
- Allaert FA. *Int Angiol*. 2016;35(2):111-116.
- van Zuuren EJ, et al. *Cochrane Database Syst Rev*.2015; 4:3262.
- Liu J, Liu J, Ren Y, et al. *J Cosmet Laser Ther*. 2014 Dec;16(6):324-7.
- Say EM, Okan G, Gökdemir G. *J Clin Aesthet Derm*. 2015;8(9):16-20.
- Papageorgiou P, Clayton W, et al. *Br J Derml*.2008;159:628-632.
- Draelos ZD, Elewski B, Staedtler G, et al. *Cutis*.2013; 92: 306-317.
- Stein L, Kircik L, Fowler J, et al. *J Drugs Dermatol* 2014; 13:316-323.
- Deeks D. *Am J Clin Dermatol*. 2015;16(5):447-452.
- Taieb A, Ortonne JP, Ruzicka T, Roszkiewicz J, Berth-Jones J, et al. *Br J Dermat*. 2015;172(4):1103-1110.
- Taieb A, Khemis A, Ruzicka T, Bara ska-Rybak W, Berth-Jones J, et al. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016;30(5):829-836.
- Stein Gold L, Kircik L, et al. *J Drugs Derm*. 2014;13(11):1380-1386.
- Del Rosso JQ, Webster GF, et al. *J Am Acad Derm*.2007;56:791-802.
- Del Rosso JQ, Schlessinger J, et al. *J Drugs Dermatol*. 2008;7:573-6.
- Powell FC. Rosacea. *N Engl J Med*.2005; 352:793-803.
- Reinholz M, Tietze JK, et al. *J Dtsch Dermat Ges*. 2013;11:768-780.
- Sbidian E, Vicaute É, et al. *J Invest Dermatol*. 2016; 136: 1124-1129.
- Schaller M, Almeida LM, et al. *Br J Dermatol*. 2017;176: 465-471.