

# Rosácea dérmica y ocular desde un punto de vista clínico y descriptivo

Andrea Muñoz Álvarez\*, Axel García-Burgos\*\*, José Eduardo Campos-Arceo\*\*\*

DOI: <https://doi.org/10.29105/cienciauanl26.119-6>

## RESUMEN

La enfermedad rosácea dérmica y ocular se encuentra dentro de la clasificación de padecimientos dermatológicos y oftálmicos, estableciendo una patología dentro de dos especialidades clínicas. Es multifactorial, el cuadro clínico puede presentarse de distintas maneras, la representativa es una fragilidad capilar y dérmica, dependiendo de la actividad ambiental y climática. Se presenta como un eritema facial ubicado en la zona de las mejillas y nariz, puede observarse un patrón mayor en el sexo femenino. Sin embargo, existen lesiones como hiperplasia de tejidos, de mayor predominancia en el sexo masculino.

**Palabras clave:** rosácea, ocular, multifactorial, eritema, hiperplasia.

La rosácea es un padecimiento común que abarca la piel y el tejido ocular. Se presenta en la porción central del rostro durante aproximadamente tres meses o un poco más. Se trata de un “trastorno inflamatorio crónico que se caracteriza por rubor facial, telangiectasias, eritema, pápulas, pústulas y, en casos graves, rinofima” (Keri, 2018).

Estas lesiones se presentan con mayor frecuencia en pacientes de fototipo de piel tipo I y II (claro). Como se mencionó anteriormente, está asociada con la apa-

## ABSTRACT

*The dermal and ocular rosacea disease is within the classification of dermatological and ophthalmic conditions, establishing a pathology within two clinical specialties. It is multifactorial, the clinical picture can present itself in different ways, the representative one is capillary and dermal fragility, depending on environmental and climatic activity. It presents as a facial erythema located in the area of the cheeks and nose; a greater pattern can be observed in the female sex. However, there are lesions such as tissue hyperplasia, with a greater predominance in males.*

**Keywords:** rosacea, ocular, multifactorial, erythema, hyperplasia.

rición del ácaro *Demodex folliculorum*, cuyo ciclo de vida es de aproximadamente seis meses, con una afectación importante en pestañas, ocasionando “prurito moderado y formación de tejido fibroso alrededor del parásito, con eritema, descamación folicular y ardor” (Trejo-Mucha *et al.*, 2007). El objetivo del tratamiento clínico se basa en la justificación, debido a que puede ocasionar lesiones crónicas, así como ojo seco, alteraciones anatómicas debido al proceso de inflamación y fibrosis; en los casos más graves puede occasionar ceguera.

\* Universidad Marista, Mérida, México.

\*\* Universidad Anáhuac Mayab, Mérida, México.

\*\*\* Universidad Autónoma de Guadalajara, Guadalajara, México.

Contacto: [axelgb1@hotmail.com](mailto:axelgb1@hotmail.com)

## ETIOLOGÍA DE LA ROSÁCEA

Como se expuso anteriormente, la fisiopatología de esta enfermedad es multifactorial, como alteraciones en el “control vasomotor anormal, obstrucción del drenaje venoso facial, aumento de los ácaros del folículo (*Demodex folliculorum*) y aumento de la angiogénesis, expresión de ferritina y especies reactivas del oxígeno” (Keri, 2018). Está asociada a trastornos a nivel psicológico, en los que existe prurito, producto de un síndrome conversivo, así como alteraciones correspondientes a la hiperreactividad a nivel vascular, afectando la zona facial; “la tensión y otros factores psicológicos como una propensión para la vergüenza se consideran causas potenciales de la condición” (Mandal, 2019).

Se debe enfatizar la presencia de *Demodex folliculorum*, que altera la flora saprófita, aumenta la secreción sebácea, ocasiona mayores lesiones en la zona afectada y causa una cascada inflamatoria e inmunológica importante proveniente de los linfocitos Helper e inductores T. “La respuesta inflamatoria inmune de linfocitos T Helper y T inductores se ve contra antígenos de *Demodex* en pacientes con rosácea” (Alonso, Guarneros y Valdés-Webster, 2006), que aumentan la incidencia de la inflamación y por tanto de daño agudo y crónico.



Figura 1. Las lesiones se presentan como pápulas y pústulas en la zona del rostro con patrón inflamatorio (Manual MSD Versión para público general, 2018).

## EPIDEMIOLOGÍA

Se observó una incidencia en la que se estima que “1% de las consultas dermatológicas presentan rosácea. Es más frecuente en mujeres y en personas con fototipos de Fitzpatrick I y II, aunque incide en todas las razas. En varones tiende a ser más grave, con mayor incidencia de complicaciones y una prevalencia más alta de la variante fimatosa” (Barco y Alomar, 2008); se presenta más en mujeres de tez clara, aunque las de piel oscura también pueden padecerla en menor proporción. A la vez, del tipo de fototipo I y II (muy claro y claro), la exposición a los rayos ultravioleta provenientes del Sol, y también puede representar un riesgo para la aparición de lesiones precancerosas en la piel.

## MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Al momento de realizar el abordaje clínico y terapéutico, el especialista puede realizar el diagnóstico por vía visual o clínica, por medio de herramientas básicas. Para cuestiones de diagnóstico diferencial, puede hacer uso de estudios histopatológicos para determinar la etiología, ya sea de origen infeccioso (viral o bacteriano) o alérgico. En la diferenciación del diagnóstico destacan las “enfermedades sistémicas como policitemia vera; del tejido conectivo, síndrome carcinoide, mastocitosis y causas neurológicas de flushing” (Barco y Alomar, 2008).

## CUADRO CLÍNICO DE LA ROSÁCEA

En numerosos artículos y guías consultadas se tiene estipulada la presencia de lesiones a nivel dérmico y oftálmico. Se presentan en la consulta, refiriendo lesiones como descamaciones a nivel de pestañas e inflamación en la base de la zona palpebral.

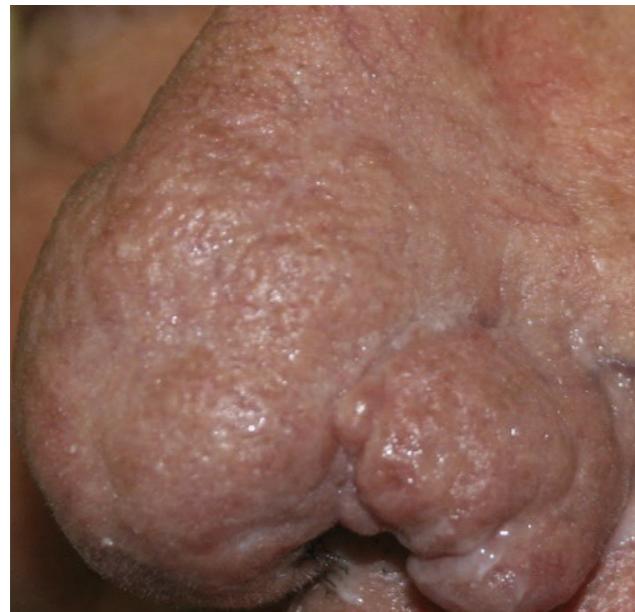


Figura 2. Las lesiones que evolucionan de un cuadro inflamatorio agudo a crónico presentan una secuela en la zona nasal llamada rinofima (SkinNews, 2018).

## MANIFESTACIONES CUTÁNEAS

Las lesiones son propiamente abordadas desde un punto de vista dérmico, el proceso inicia con “la hiperremia, que puede ser episódica, pero luego de varios meses o años pasa a ser crónica con el desarrollo de telangiectasias. Durante los episodios de inflamación aparecen pápulas, pústulas y edema” (Rodríguez-Rivello, 2010), para lo cual conviene realizar un diagnóstico diferencial con padecimientos de la piel relacionados con la producción de las glándulas sebáceas, por ejemplo, dermatitis atópica, acné con patrón vulgar y juvenil.

La rosácea, que afecta principalmente la zona central del rostro, es entendida como un trastorno



Figura 3. Las lesiones en la zona facial presentan un patrón vascular, debido al aumento capilar llamado telangiectasias (Dermatología.cat, 2020).

inflamatorio, que se caracteriza por rubor facial, telangiectasias, eritema, pápulas, pústulas y, en casos graves, rinofima. Esto puede ocasionar lesiones crónicas, engrosamiento de la dermis y alteración de la estructura cutánea. El diagnóstico, como en muchas patologías dérmicas, engloba la historia clínica realizada al paciente, interrogatorio, antecedentes y la revisión clínica.

La etiología de la rosácea engloba una parte oftálmica: aumento de la permeabilidad vascular, formación de vasos, los cuales presentan fragilidad capilar y presencia de *D. Folliculorum*.

La evolución clínica presenta cuatro fases: prerrosácea, vascular, inflamatoria y tardía.

## MANIFESTACIONES OCULARES

Durante el proceso de la evolución de la enfermedad se presentan distintos tipos de lesiones, englobando tanto la parte correspondiente a los párpados y pestañas. Entre éstos se encuentran: blefaritis anterior, que presenta escamas y escoriaciones alrededor de pestañas, eritema y rubor en la zona anterior del párpado. “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” (Alonso, Guarneros y Valdés-Webster, 2006). Dentro de este mismo cuadro, pueden presentarse dos variantes etiológicas distintas: de origen estafilocócico y seborreica.



Figura 4. La rosácea ocular suele afectar a personas en edad adulta, de entre 30 y 50 años de edad. El trastorno se puede controlar con medicamentos, pero suele volver a surgir porque no remite totalmente (OkDiario, 2020).

Por otra parte, en la situación anatómica posterior se presenta inflamación de las glándulas de Meibomio (meibomitis); la tipografía de las lesiones es descrita como eritema, inflamación y secreciones de las glándulas. A su vez, viene acompañada de lagrimo, irritabilidad, presencia de sequedad y fotofobia. El paciente refiere “aparición de chalazones a repetición y blefaroconjuntivitis crónica (30%)” (Yáñez y Morante, 2006). La enfermedad puede presentar un patrón propiamente en la conjuntiva. Las lesiones se consideran como elevaciones o pequeños bultos tortuosos, con un patrón muy vascularizado y de color violáceo.

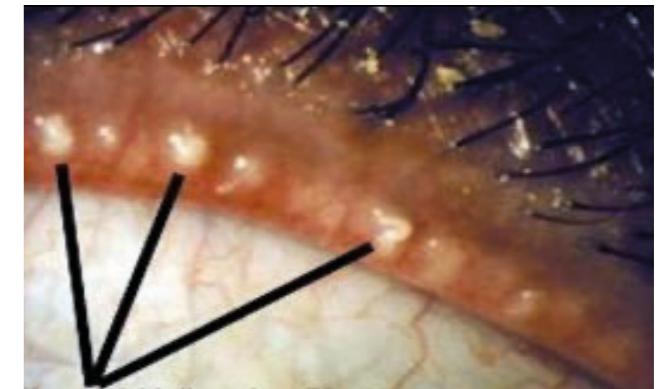


Figura 5. Meibomitis, inflamación de las glándulas de Meibomio, éstas se encuentran a lo largo de borde palpebral secretando líquido fundamentalmente, lo que ayuda a la formación de la lágrima (EcuRed, 2009).

## TRATAMIENTO EN LA ROSÁCEA DÉRMICA Y OCULAR

El tratamiento de este padecimiento, tanto de presentación cutánea como ocular, suele ser con efecto antibiótico y antiinflamatorio, para disminuir el proceso de daño tisular agudo y crónico. Esto se determina al realizar la valoración, bajo los parámetros del número y gravedad de lesiones, el tiempo que ha transcurrido y los efectos potenciales a futuro. Además se deben comunicar al paciente los efectos de los factores externos, como el clima, y el apego que debe tener al tratamiento sistémico o tópico.

De igual forma se deben evitar los factores desencadenantes, como calor, frío, así como ejercicios físicos que impliquen un aumento en la permeabilidad capilar y vascular. También es importante la administración de fármacos como inhibidores de calcineurina y corticosteroides.

Los antiinflamatorios tienen un rol importante en el mantenimiento y la mejoría del cuadro, pues actúan a nivel local contrastando con los inhibidores de la calcineurina.

Uno de los pilares del tratamiento tópico es el “ácido azelaico, que ha demostrado ser un tratamien-

to seguro y eficaz, aprobado por la FDA (Food Drug Administration), pues actúa principalmente en lesiones papulopustulosas y escoriaciones. Tiene presentaciones en gel a 5% y crema a 20%. Su mecanismo se basa en la inhibición de calicreína 5 y catelicidina (estos componentes se basan en la patogénesis de la cascada inflamatoria) de la rosácea” (Troielli *et al.* 2016).

En lo que se refiere al tratamiento antibiótico, se hace hincapié en la revisión clínica. Los dos medicamentos de elección son “las tetraciclinas en su presentación 100 mg y doxicilinas 100 y 40 mg (aprobadas también por la FDA), ambas de liberación prolongada. Se recomienda el tratamiento sistémico por 12 semanas y, posterior a la mejoría del cuadro clínico, mantener tratamiento tópico de mantenimiento” (Troielli *et al.* 2016).

Para tratar la rosácea ocular, primero se deben identificar los factores que exacerbán 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, los bloqueadores físicos, como los de dióxido de titanio y óxido de zinc, son bien tolerados. Los fijas, en especial los rinofijas, mejoran cosméticamente con la dermoabrasión, rasurados o *peelings*. El tratamiento ocular requiere de medicamento tanto oral como tópico, incluyendo higiene ocular, lubricación y, ocasionalmente, esteroides tópicos a corto plazo.

## **CONCLUSIÓN**

Las patologías ocular y dermatológica están relacionadas, debido a que en casos como la rosácea son alteraciones de las glándulas sebáceas, las cuales ocasionan inflamación en el tejido, afectando las zonas facial, nasal y ocular. El tratamiento se basa principalmente en el uso de antibióticos para disminuir el proceso inflamatorio y la cantidad de microorganismos como *Demodex*, que también estimulan el proceso de inflamación y daño tisular. Por todo lo anterior, el especialista debe tener especial cuidado para lograr una mejoría en el paciente e identificar las principales lesiones que engloba dicha patología.

# REFERENCIAS

- Alonso, M., Guarneros, A., y Valdés-Webster, R. (2006). *Rosácea ocular: presentación de un caso*. Medigraphic.com. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/derma/cd-2006/cd063h.pdf>

Barco, D., y Alomar, A. (2008). *Rosácea*. Actas Dermo-Sifiliográficas. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es/rosacea-articulo-S0001731008746726>

Keri, J. (2018). *Rosácea-trastornos dermatológicos-manual MSD versión para profesionales*. Manual MSD versión para profesionales. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/acn-%C3%A9-y-trastornos-relacionados/ros%C3%A1cea>

Mandal, A. (2019). *Autoestima y depresión de rosacea*. News-Medical.net. Disponible en: [https://www.news-medical.net/health/Rosacea-Self-Esteem-and-Depression-\(Spanish\).aspx#:~:text=Rosacea%20es%20una%20enfermedad%20de,los%20exacerbadores%20de%20la%20condici%C3%B3n](https://www.news-medical.net/health/Rosacea-Self-Esteem-and-Depression-(Spanish).aspx#:~:text=Rosacea%20es%20una%20enfermedad%20de,los%20exacerbadores%20de%20la%20condici%C3%B3n)

Rodríguez-Rivello, G. (2010). *Tratamiento de la rosacea papulopustulosa*. Intramed.net. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=65768>

Trejo-Mucha, E., Puell-Ramírez, L., Salomón, M., et al. (2007). *Demodicidosis en pacientes con rosácea*. Scielo.org.pe. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2007000100004](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2007000100004)

Trojelli, P., González-Otero, F., Ríos-Yuil, J., et al. (2016). *Actualización y recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la rosácea en latinoamérica*. Medigraphic.com. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2016/mcs161b.pdf>

Yáñez, B., y Morante, V. (2006). *Rosácea ocular: clínica y alteraciones de la película lagrimal*. Cidermperu.org. Disponible en: <http://www.cidermperu.org/php/folia/pdf/f0121.pdf>

**Descarga aquí nuestra versión digital**

