

Rosácea tratada con retinoides. Presentación de un caso

Rosacea treated with retinoids. Presentation of a case

AUTORAS

Dra. Adriana Fernández Báez (1)

Dra. Lisbeth Sabido Toledo (1)

1) Especialistas de I Grado en Medicina General Integral, y en Dermatología.
Policlínico Universitario Carlos Verdugo. Matanzas.

RESUMEN

La rosácea es una enfermedad inflamatoria crónica, que afecta fundamentalmente zonas centrales de la cara. Es más frecuente en el sexo femenino entre la 3ra y 5ta década de vida. Se presenta un caso que padece de rosácea grado III desde hace 10 años. Esta paciente llevó durante largo tiempo múltiples tratamientos sin resolver, ni mejorar el cuadro clínico. Se le pone tratamiento oral y tópico con retinoides, observándose mejoría evidente a los 6 meses y escasas reacciones adversas.

DeCS

ROSÁCEA/clasificación

ROSÁCEA/diagnóstico

ROSÁCEA/quimioterapia

RETINODES/efectos adversos

RETINOIDES/uso terapéutico

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

AGENTES DERMATOLÓGICOS/uso terapéutico

HUMANOS

ADULTO

FEMENINO

INFORMES DE CASOS

INTRODUCCIÓN

La rosácea es una enfermedad inflamatoria crónica localizada en áreas de rubefacción de la cara. Se caracteriza por eritema, pápulas, pústulas y telangectasias. La afectación de la cara es casi siempre central, aunque pueden verse afectadas las cejas y la barbilla. Los párpados también pueden presentar lesiones (rosácea ocular) (1). Aparece con más frecuencia en las mujeres entre los 30 y 50 años de edad (2).

Los casos leves presentan rubefacción en la nariz y en las mejillas, así como en la frente y la barbilla. Si la enfermedad progresa, las lesiones se hacen de color purpúrico, debido a la dilatación crónica de los capilares y aparecen las pústulas acneiformes.

En los casos más severos se presentan pústulas, forúnculos e incluso hasta

nódulos, abscesos que pueden fistulizarse y hacer queloides simulando un acné conglobata. La afectación ocular está dada por blefaritis, conjuntivitis y queratitis (1).

Se asocia por algunos autores al VIH/sida, presentándose en estos pacientes pústulas acneiformes en zonas fotoexpuestas (3).

Clasificación de la enfermedad (4)

Grado I: Eritema persistente con telangectasias.

Grado II: Eritema, telangectasias, pápulas y escasas pústulas.

Grado III: Marcado eritema con telangectasias, pápulas, pústulas, nódulos y edema de la cara.

Etiología invocada en la rosácea:

Los trastornos vasomotores están estrechamente imbricados en la etiología de la rosácea. Hace muchos años se asoció con la ingesta de café y té por la inducción de *Flushing*, pero en la actualidad se sabe que es el calor el que lo produce. El alcohol es otro desencadenante del *Flushing*, por su acción vasomotora conocida (2).

La enfermedad se ha asociado a trastornos gástricos y a la presencia de *Helicobacter pylori* en algunos pacientes (1,2).

La aplicación prolongada de esteroides tópicos fluorados produce rosácea esteroidea con eritema, telangectasias y pústulas (2).

El *Dermodex folliculorum* puede encontrarse con frecuencia en las lesiones de rosácea, pero su papel etiopatogénico se desconoce. Se asocia a otros factores como el clima, factores psicógenos e inmunológicos (1,2).

Diagnóstico diferencial

Se debe realizar con afecciones de la cara, fundamentalmente las dermatitis periorales y periorbitaria, dermatitis seborreica, sarcoidosis, lupus eritematoso, dermatomiositis, acné juvenil, infiltración linfocitaria, micosis fungoide, bromodermia, yododermia y sífilide papulosa (4).

Tratamiento

Medidas Generales (1,2,4)

Lavado sistemático de la cara, protección solar, no uso de irritantes, evitar factores desencadenantes tales como: bebidas calientes, hábito de fumar, bebidas alcohólicas.

Tratamiento específico (1,2,4)

Masaje mecánico en las formas leves. Fomentos emolientes y calmantes. Antibióticos sistémicos y tópicos: tetraciclinas, metronidazol, clindamicina, minoxiclina, peróxido de benzoilo.

Uso de retinoides tópicos y sistémicos (1,2,4,5)

Los retinoides son análogos de la vitamina A, y tienen como mecanismos de acción la reducción de la secreción sebácea, actividad antiandrogénica, disminución de la cohesión del queratinocito, eliminación del P. acnes, inhibición de mediadores de la inflamación y estimulación de la inmunidad celular y humoral.

Usos de los retinoides en dermatología

Acné, rosácea, psoriasis, cáncer cutáneo, estrías, fotoenvejecimiento, fines cosmetológicos, alopecia androgénica, liquen (plano, amiloideo, escleroso y atrófico), linfoma cutáneo, sarcoma de Káposi, dermatitis atópica, genodermatosis, lupus cutáneo crónico, condilomas acuminados, epidermodisplasia verruciforme, leucoplasia oral, enfermedad de Darier, pitiriasis rubra pilaris y acantosis nigricans entre otras (1,2,4).

Efectos adversos de los retinoides (4-10)

Cutáneos y mucosos: queilitis, xerodermia, mialgias, sequedad de las mucosas, alopecia, pseudogranulomas piógenos y cicatrices atípicas.

Extracutáneos: cefaleas, artralgias, depresión, teratogenia, aumento de transaminasas, aumento de triglicéridos y colesterol.

Presentación de caso

Paciente YCM, de 47 años de edad, blanca, femenina, procedente de zona rural. Como antecedentes patológicos personales presenta hipertensión arterial y es fumadora desde hace más de 15 años. Presenta diagnóstico clínico e histopatológico de rosácea grado III desde hace 10 años aproximadamente. Ha llevado tratamiento con antibióticos tópicos y orales, fomentos emolientes y calmantes, antihistamínicos, dapsona, esteroides a dosis antiinflamatoria e inmunosupresora, sin obtener mejorías clínicas.

Al examen físico muestra: Lesiones eritematocostrosas, violáceas, redondeadas, que confluyen sin dejar espacio de piel sana en las mejillas. Presenta, además, pústulas melicéricas, abscesos con trayectos fistulosos del que drena material purulento. En la frente y el mentón las lesiones son similares, pero de menor intensidad. En los espacios de piel sana donde no existen lesiones inflamatorias se aprecian telangectasias pequeñas y agrupadas. Todas las lesiones anteriormente descritas se encuentran en la cara, con predominio centro facial.

Al revisar la literatura disponible sobre los retinoides en dermatología, se encontraron sus contraindicaciones, reacciones adversas y dosis terapéutica. Se decidió imponer tratamiento con isotretinoína a dosis por debajo de la establecida, de 0,5 mg/Kg/día. En los tres primeros meses de tratamiento la respuesta terapéutica fue escasa, pero pasado este tiempo la mejoría se hacía evidente por semanas. Las zonas más afectadas eran las mejillas, y estas fueron las últimas en mejorar a los seis meses aproximadamente. Desde el inicio del tratamiento y durante dos meses, se utilizaron fomentos emolientes y calmantes, unidos al uso de antibióticos como la tetraciclina, la doxiciclina por vía oral y la clindamicina por vía tópica, junto al tratamiento con isotretinoína. Además del tratamiento con retinoides por la vía oral, se le pudo aplicar, a partir del tercer mes, los retinoides tópicos, los que se mantienen como única alternativa terapéutica en la actualidad con la remisión de las lesiones.

Se le indicaron complementarios al inicio, a los tres meses y al culminar tratamiento por vía oral. Solamente hubo un discreto aumento de los lípidos en sangre en el sexto mes de tratamiento. La resequedad de las mucosas y dolores musculares fueron otras de las reacciones adversas que presentó la paciente relacionadas con el uso de los retinoides.

**A
N
T
E**

S



D
E
S
P
U
E
S



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bodom RD, James WG, Berger T. Andrew's Diseases of the Skin. Dermatology. 9th ed. Philadelphia, Pennsylvania: WB Saunders Company; 2004. p. 300-3.
2. Falabella Falabella R, Victoria Chaparro J, Barona Cabal MI, Domínguez Soto L. Fundamentos de medicina. Dermatología. 6ta ed. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2002. p. 250-53.
3. Vin-Christian K. Acne rosácea as a cutaneous manifestation of VIH infection. J Am Acad Dermatol. 1994; (30):139.
4. Plewig G, Jansen T. Rosácea. En: Fitzpatrick. Dermatología en Medicina General. 6ta ed. Santa Fe de Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2005.
5. Thielitz A, Krautheim A, Gollnick H. Actualización de la terapia con retinoides en el acné. Dermatologic therapy. 2006 Sep;19(Issue 5):272.
6. Feldman S, Careccia RE, Barham KL, Hancox J. Diagnosis and Treatment of

- Acne. Am Family Physician. 2004;69(Issue 9):1223-32.
7. Cooper AJ. Treatment of acne with isotretinoin: Recommendations based on Australian experience. Australasian J Dermatol. 2003;44(Issue 2):97-106.
8. Goulden V. Guidelines for the Management of Acne Vulgaris in Adolescents. Pediatric Drugs. 2003;5(Issue 5):301-14.
9. Ng CH, Schweitzer I. The association between depression and isotretinoin use in acne. Australian & New Zealand J Psychiatry. 2003;37(Issue 1):p78-85.
10. Amichai B, Grunwald MH. Isotretinoin in dermatology. J Dermatol Treatment. 2000;11(Issue 4):219-41.

SUMMARY

Rosacea is a chronic inflammatory disease, affecting mainly the central areas of the face. It is more frequently in the female genre between the 3 rd and the 5 th decade of life. We present a case of a patient suffering III grade rosacea for 10 years. This patient received several treatments for a long time without solving, or improving her clinical features. She was treated orally and topically with retinoids, and her condition evidently improved in six months, with scarcely adverse reactions.

MeSH

ROSACEA/classification
ROSACEA/diagnosis
ROSACEA/drug therapy
RETINODS/therapeutic use
RETINOIDS/adverse effects
DIAGNOSIS, DIFFERENTIAL
DERMATOLOGIC AGENTS/therapeutic use
HUMANS
ADULT
FEMALE
CASE REPORT

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Fernández Báez A, Sabido Toledo L. Rosácea tratada con retinoides. Presentación de un caso. Rev Méd Electrón. [Seriada en línea] 2010;32(4). Disponible en URL: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202010/vol4%202010/tema12.htm>. [consulta: fecha de acceso]