



FORMACIÓN CONTINUADA - ACTUALIZACIÓN EN MEDICINA DE FAMILIA

Rosácea: revisión y nuevas alternativas terapéuticas

M.J. Gil Díaz^{a,*}, J.P. Boixeda de Miguel^b, M. Truchuelo Díez^c y P. Morais-Cardoso^d

^a Medicina Familiar y Comunitaria del área 4 de Madrid, C.S. Alpes, Madrid, España

^b Dermatología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, Clínica Bioláser La Moraleja, Madrid, España

^c Dermatología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

^d Servicio de Dermatología y Venereología, Hospital S. Joao, Oporto, Portugal

Recibido el 16 de julio de 2010; aceptado el 23 de agosto de 2010

Disponible en Internet el 12 de octubre de 2010

PALABRAS CLAVE

Rosácea;
Láser;
Síntomas;
Telangiectasia;
Eritema;
Tratamiento

KEYWORDS

Rosacea;
Laser;
Symptoms;
Telangiectasias;
Erythema;
Treatment

Resumen La rosácea es una dermatosis crónica que afecta a un 10% de la población. No es una enfermedad con graves repercusiones en la salud del paciente pero tiene un componente estético que puede suponer una importante carga emocional. Por todo ello el médico de familia debe estar familiarizado con esta entidad y con los diferentes tratamientos disponibles, así como conocer la posibilidad de derivar a los pacientes con determinadas características al dermatólogo para beneficiarse de la aplicación de técnicas con láser.

© 2010 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

Rosacea: a review and new treatment alternatives

Abstract Rosacea is a chronic skin disease that affects 10% of the population. It is a disease with serious implications for patient's health but has an aesthetic component that can cause significant emotional damage. Therefore the practitioner should be familiar with this entity and the different treatments available, as well as the possibility of referring patients with certain characteristics to the dermatologist to benefit from the application of laser techniques.

© 2010 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Epidemiología

La rosácea es una patología acneiforme inflamatoria crónica que afecta aproximadamente a un 10% de la población en nuestro medio, con mayor prevalencia en sujetos de piel clara¹. También es más frecuente en el sexo femenino aun-

que los hombres suelen presentar formas más graves de la enfermedad. Aparece principalmente entre los 20 y los 50 años.

Etiopatogenia y presentación clínica

La etiología de la rosácea no está clara aunque sí se han demostrado diversos factores predisponentes y desencadenantes.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mariagildiaz78@gmail.com (M.J. Gil Díaz).

Podrían estar implicadas anomalías pilosebáceas, degeneración de la matriz dérmica, alteraciones vasculares (con fenómenos de vasodilatación). El demodex folliculorum se ha señalado como posible factor infeccioso².

Entre los desencadenantes se han identificado los cambios de temperatura, así como temperaturas extremas, factores alimentarios, la ingesta de alcohol, cosméticos, situaciones de mayor estrés emocional, ejercicio físico, etc.³ (tabla 1).

La afectación es generalmente facial, de distribución simétrica, afectando a zonas centrales de frente, mejillas, mentón, nariz; respetando la región periocular. También pueden darse lesiones en orejas, cuello, parte superior del tronco y cuero cabelludo; sin embargo, esta afectación es menos corriente.

Las manifestaciones clínicas comienzan como eritema transitorio en la cara, flushing, que puede convertirse en persistente (duración igual o superior a 3 meses). También son comunes pápulas y pústulas, telangiectasias, sequedad de piel y sensación de tirantez o quemazón referida por el paciente⁴. A veces aparecen edema facial y síntomas oculares. Y en etapas avanzadas pueden aparecer cambios fimatosos por hiperplasia de las glándulas sebáceas, generalmente en nariz (rinofima).

El diagnóstico es clínico y se debe realizar un diagnóstico diferencial con otras patologías como el acné o la mastocitosis antes de iniciar el tratamiento (tabla 2).

La rosácea se clasifica en 4 subtipos dependiendo de la clínica predominante. Por otro lado, se ha constatado que los diferentes subtipos responden de manera diferente a los tratamientos, por lo que clasificar la rosácea de los

Tabla 1 Factores desencadenantes de rosácea

Factores desencadenantes

Ambientales

Calor
Sol
Cambios bruscos de temperatura
Viento
Baños calientes

Alimentarios

Alcohol
Comidas picantes
Salsa de soja
Comidas y bebidas calientes
Chocolate

Emocionales y situacionales

Estrés
Ansiedad
Ejercicio
Menopausia

Sustancias tóxicas

Cosméticos (especialmente si contienen alcohol)
Acetonas
Retinoides
Corticosteroides

Modificada de Culp B, Scheinfeld N. Rosacea: a review. P&T 2009, 34, 38–45.

Tabla 2 Entidades clínicas a tener en cuenta a la hora de realizar un diagnóstico diferencial con la rosácea

Diagnostico diferencial

Lupus eritematoso
Mastocitosis
Acné tardío
Dermatitis de contacto
Dermatitis seborreica
Policitemia vera
Dermatomiositis
Enfermedad mixta del tejido conectivo
Síndrome carcinoide

Modificada de Culp B, Scheinfeld N. Rosacea: a review. P&T 2009, 34, 38–45.

pacientes ayuda a establecer una línea de tratamiento individualizada.

Los diferentes subtipos son:

1. Rosácea eritemato-telangiectásica: predominan el flushing, el eritema y las telangiectasias.
2. Rosácea papulo-pustulosa: forma clásica más frecuente en mujeres de mediana edad.
3. Rosácea fimatosa: los cambios fimatosos consistentes en engrosamiento de la piel, le dan un aspecto nodular irregular. Se deben a una hiperplasia sebácea con fibrosis y a la palpación tienen una consistencia gomosa. Aparecen en nariz (rinofima), párpados (blefarofima), barbilla (gnatofima), frente (metofima).
4. Rosácea ocular: cursa con molestias oculares tipo sensación de cuerpo extraño, hipersensibilidad lumínica, irritación con hiperemia conjuntival, blefaritis.

Se han identificado otras 2 formas de presentación clínica claramente diferenciadas que son la rosácea granulomatosa y la rosácea fulminans, aunque no están incluidas en la clasificación¹.

Tratamiento

Actualmente ninguno de los tratamientos disponibles está considerado como curativo. La finalidad de la terapia será disminuir la sintomatología, alargar los periodos intercrisis y mejorar el aspecto estético. El tratamiento se ha de planificar de manera individualizada en cada paciente.

Tratamiento tópico

Útil sobre todo en rosácea con predominio de componente eritematoso. Se debe mantener el tratamiento unas 8–12 semanas (incluso hasta 6 meses en algunos casos)^{2,3}.

- Metronidazol 0,75% gel o crema, 2 aplicaciones al día.
- Clindamicina 1% gel o emulsión, 2 aplicaciones al día.
- Eritromicina 2% gel o solución, 2 aplicaciones al día.
- Ácido azelaico 15% gel o 20% crema, 2 aplicaciones al día.

Tratamiento sistémico

Tiene mínimos efectos sobre el eritema. Es un tratamiento efectivo en formas papulo-pustulosas, manteniendo el tratamiento un mínimo de 3–4 semanas^{1,2}.

- Tetraciclinas: tetraciclina 250–500 mg/12 h, doxicilina 100 mg /24 h.
- Macrólidos: eritromicina 500 mg/12 h claritromicina, azitromicina.
- Metronidazol: 500 mg/24 h. Para pacientes que no responden a tetraciclinas.
- Isotretinoína: a dosis bajas, 5–10 mg/24 h de forma prolongada. Se suele usar en casos graves resistentes al tratamiento convencional. Tiene efecto importante sobre

pápulas y pústulas y además mejora el eritema. Los efectos secundarios más frecuentes son queilitis, sequedad de piel y mucosas, cefalea y dolores musculoesqueléticos. Tiene efectos teratogénicos por lo que requiere la firma de un consentimiento informado en mujeres en edad fértil.

Laserterapia

El tratamiento con láser mejora de manera eficaz el componente vascular de la rosácea, reduciendo el eritema difuso y las telangiectasias (figs. 1 y 2) por lo que se ha demostrado especialmente útil en el tratamiento de la forma eritemato-telangiectásica.

La teoría de la fototermolisis selectiva desarrollada por Anderson y Parrish en 1981 aportó las bases para el avance



Figura 1 Telangiectasias en paciente antes y después del tratamiento con láser.



Figura 2 Obtenidas de una paciente con rosácea. A la izquierda se aprecia el aspecto previo al tratamiento. Se puede ver la mejoría de las telangiectasias y el eritema.

en los láseres dermatológicos. Postula que el láser actúa calentando una estructura específica de la piel hasta destruirla. Dicha estructura es destruida sin dañar el tejido adyacente porque se emplea un láser con una longitud de onda que es preferentemente absorbida por la estructura objetivo y no por el tejido del entorno. En el caso de las lesiones vasculares, esta estructura es la oxihemoglobina que se encuentra en el interior de los vasos⁵. La luz del láser absorbida por la hemoglobina se convierte en calor, que daña el endotelio vascular, seguido de trombosis y destrucción del vaso. Con ello se desarrolló el láser de colorante pulsado (LPC), que fue el primer láser selectivo sin apenas riesgo de desarrollar cicatrices. Elimina el componente vascular, reduciendo la incidencia de nuevos brotes de rosácea. Los nuevos dispositivos con pulso largo reducen el efecto purpúrico postratamiento⁶. Además disponen de sistemas de enfriamiento para proteger a la epidermis, disminuir el dolor y minimizar el riesgo de efectos secundarios.

Dentro de los láseres vasculares pueden utilizarse láseres menos selectivos como el láser KTP 532 nm, láser Nd:YAG 1.064 nm y la luz pulsada intensa⁷.

Para las formas fimatosis puede utilizarse el láser de CO₂ que se absorbe por el agua y nos permite destruir con precisión el tejido exuberante.

Tratamientos quirúrgicos

Crioterapia, electrocauterización y afeitado: usados en rinfoma.

Medidas higiénicas

Es muy importante el educar a los pacientes para la identificación y evitación de los factores desencadenantes. Esto evitará la aparición de brotes frecuentes y disminuirá la intensidad de los síntomas.

Conclusiones

La rosácea es una enfermedad fácilmente diagnosticable desde las consultas de atención primaria por lo que el médico de cabecera debe saber reconocerla y utilizar los diferentes tratamientos disponibles. Es muy importante individualizar el tratamiento en función del subtipo y la respuesta al mismo de cada paciente.

El médico de familia debe conocer las múltiples opciones de tratamiento disponibles y derivar al paciente al dermatólogo a aquellos que se puedan beneficiar de nuevas terapias como la aplicación de sesiones de láser. Se debe explicar al paciente las características de su enfermedad en lo relativo a cronicidad, factores desencadenantes, etc.; lo cual reduce frustraciones, falsas expectativas y ansiedad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. M.^a Teresa Estrach. Rosácea. Ediciones Aula Médica.
2. Gupta AK, Chaundry MM. Rosacea and its management: an overview. *JEADV*. 2005;19:273–85.
3. Brittney Culp BA, Noah Scheinfeld MD. Rosacea: a review. *P&T*. 2009;34:38–45.
4. Fitzpatrick. Dermatología clínica. Ed. McGraw-Hill.
5. Galekas KJ. Update on Lasers and Light Devices for the treatment of vascular lesions. *Semin Cutan Med Surg*. 2008;27:276–84.
6. Bernstein EF, Klingman A. Rosacea treatment using the new generation, High-Energy, 595 nm, Long Pulse-Duration Pulsed-Dye Laser. *Lasers Surg Med*. 2008;40:233–9.
7. Neuhaus IM, Zane LT, Tope WD. Comparative Efficacy of Nonpurpuragenic Pulsed Dye Laser and Intense Pulsed Light for erithematotelangiectatic Rosacea. *Dermatol Surg*. 2009;35:920–8.