

HOSPITAL GENERAL PROVINCIAL DOCENTE
"CAPITÁN ROBERTO RODRIGUEZ FERNANDEZ" MORÓN

**Rosácea esteroidea, presentación de un caso.
Steroid rosacea, a case presentation.**

Eridan González Velázquez (1), Erildo Frómeta Vázquez (1), Nelva González Cedré (2).

RESUMEN

Se revisa la bibliografía referente a la rosácea por ser una enfermedad crónica de la piel bastante frecuente, pero fácilmente confundida. Se presenta un caso con diagnóstico tardío de rosácea, que recibía tratamiento con clobetasol crema, favoreciendo su agravamiento. Se describen diversos factores precipitantes de esta enfermedad, entre ellos el uso tópico de corticoides. Se persigue el objetivo de demostrar lo perjudicial que resulta el uso de corticoides potentes en la piel de la cara, y la importancia que adquiere la seguridad en el diagnóstico antes de utilizarlos.

Palabras clave: ROSÁCEA/diagnóstico, ROSÁCEA/terapia.

1. Especialista de 1er Grado en Dermatología. Profesor Asistente.
2. Especialista de 1er Grado en Alergología. Profesora Asistente.

INTRODUCCIÓN

La rosácea es una enfermedad crónica, bastante común, pero a menudo incomprendida, que se expresa clínicamente por eritema centofacial transitorio o persistente y se acompaña de pápulas, pústulas, telangiectasias, sensación de picazón o ardor en la piel y ocasionalmente cursa con afectación ocular. La causa es desconocida, se han implicado numerosos factores, pero no hay una explicación que justifique la gran variedad de expresiones clínicas que tiene esta enfermedad. La clasificación, y por ende su manejo terapéutico, se efectúa en consideración a la forma clínica de la enfermedad.

Puede ser confundida y en algunos casos coexistir con el acné vulgar y/o la dermatitis seborreica. Afecta a ambos sexos, pero es casi tres veces más común en las mujeres, y tiene una edad de desarrollo entre los 30 y 50 años.

Se presenta en todo el mundo, sobre todo en personas de piel blanca, mayormente de ascendencia europea noroccidental. Cuando la rosácea progresa otros síntomas se pueden desarrollar, como un eritema semipermanente, telangiectasias, pápulas circulares enrojecidas y pústulas, enrojecimiento ocular, quemazón, ardor, prurito, y en algunos casos avanzados, nariz roja lobulada (rinoforma) (1-3).

Algunos autores identifican cuatro subtipos de rosácea, y los pacientes pueden presentar más de un subtipo (3-4).

- Rosácea eritematotelangiectásica: coloración rojiza permanente (eritema) con tendencia a un enrojecimiento mayor. También es común que presente telangiectasias y posiblemente sensación de quemazón y picazón.
- Rosácea papulopustular: algo de coloración rojiza permanente con granos enrojecidos (pápulas) que algunos pueden contener pus (pústulas), éste subtipo puede ser confundido con el acné.

- Rosácea fimatosa: subtipo muy comúnmente asociado con rinofima. Los síntomas incluyen engrosamiento de la piel, nódulos de superficie irregular y aumento de tamaño. Puede también afectar la barbilla (gnatofima), frente (metofima), mejillas, párpados (bléfarofima), y orejas (otofima). Pequeñas telangiectasias pueden presentarse.

- Rosácea ocular: ojos y párpados enrojecidos, secos e irritados. Algunos otros síntomas incluyen sensación de cuerpo extraño, picazón y ardor.

Los pacientes que sufren rosácea a menudo reportan períodos de depresión debido a la desfiguración, dolorosas sensaciones de quemazón y ardor, y disminución en la calidad de vida. Dichas dolencias resultantes causan en los pacientes aislamiento en aumento y pueden llegar a coartar su predisposición a la interacción social mínima (1-2).

Otros autores identifican las siguientes variantes de rosácea (5).

Rosácea con edema persistente, rosácea conglobata, fulminas, ocular, lupoides o granulomatosa, esteroidea, por gran negativos, por halógenos y fimas en la rosácea.

Rosácea esteroidea: Esta forma se desarrolla cuando se ha aplicado en la cara esteroides tópicos durante un tiempo prolongado, especialmente los de elevada potencia, tanto en pacientes con rosácea como para tratamiento de otras afecciones cutáneas. Al principio, la rosácea mejora, pero más tarde aparecen pápulo-pústulas, comedones secundarios y, a veces, signos de una atrofia esteroidea como el adelgazamiento de la piel y el aumento de las telangiectasias. Las dolencias principales son picor, quemazón, dolor y enrojecimiento intenso. La suspensión del esteroide induce una exacerbación inicial, a veces severa.

Diversos factores deben ser evitados lo más posible, para disminuir el riesgo de recaídas, entre estos: el uso de cremas o pomadas con corticoides tópicos, algunos medicamentos usados por vía oral (corticoides sistémicos, fármacos vasodilatadores), exposición solar, el calor, el frío, el viento, la estancia en lugares muy caldeados y los cambios bruscos de temperatura, comidas y bebidas muy calientes, comidas con muchas especias y quesos fermentados, los cosméticos son generalmente mal tolerados. Algunos cosméticos de protección pueden resultar beneficiosos, la ansiedad y el estrés pueden ser perjudiciales, el alcohol y las bebidas estimulantes deben evitarse (2).

Generalmente, la rosácea puede ser diagnosticada por el dermatólogo en un examen clínico. Los resultados de laboratorio no presentan anomalías constantes. Los ojos resultan frecuentemente dañados. A veces la enfermedad puede manifestarse antes en los ojos, que en la piel.

No se cura, pero suele responder bien al tratamiento, si este se realiza con regularidad y se evitan los factores que la empeoran. El tratamiento debe mantenerlo durante un tiempo muy prolongado. Las recurrencias son frecuentes y van a requerir nuevos ciclos de tratamiento.

La terapéutica es muy variable, se tiene en cuenta también la forma clínica y el estadio de la enfermedad. La medicación más frecuentemente utilizada es la siguiente:

Cremas de metronidazol al 1%, o gel al 0.75%, y crema de ácido acelaico al 20%, peróxido de benzoilo gel al 2.5%. Alternativas menos eficaces son la loción de sulfacetamida sódica al 10%, de azufre al 5%; loción o gel de clindamicina al 1%, y loción de eritromicina al 2%.

Los antibióticos orales están indicados cuando predominan las pápulas y pústulas, y los de rosácea ocular, principalmente: tetraciclina, eritromicina, doxiciclina y minociclina. Los casos más severos suelen responder a isotretinoína oral.

La dermabrasión superficial es efectiva para los pacientes con telangiectasias persistentes. El rinofima puede mejorarse mediante cirugía plástica, incluyendo la técnica de pelado y electrocoagulación (1-3, 6).

A continuación se presenta una paciente con rosácea esteroidea, inicialmente confundida, que posteriormente es tratada y que dio su consentimiento para ser publicado su caso. El objetivo de esta presentación es demostrar lo desfavorable que resulta el uso tópico de corticoides potentes en la cara, y la necesidad de tener seguridad en el diagnóstico antes de utilizarlos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente de 34 años de edad, raza blanca, con antecedentes de salud, pero que desde hace alrededor de un año y medio comenzó con enrojecimiento de la región nasal y perinasal, acudió al médico de su área de salud que le diagnosticó dermatitis solar. Le orientan protección solar y cremas de esteroide de alta potencia (clobetasol), el eritema disminuye algo al inicio, pero posteriormente aumenta de forma alarmante, con mayor sensibilidad a la luz solar, así se mantuvo con igual tratamiento, y empeoramiento paulatino, llegó a presentar más eritema y telangiectasias, pápulas, pústulas y gran inflamación de la cara. La afectación comprendía región nasal, mejillas, mentón y algo en región frontal. La toma de ojos (párpados y globo ocular) era severa con eritema y edema palpebral, así como gran inyección conjuntival y fotofobia. Acude al oftalmólogo sin sospechar que toda la sintomatología (cutánea-oftalmológica) era debida a un mismo proceso patológico y empeorado por el uso tópico de clobetasol crema. Es ingresada por oftalmología para tratamiento de la queratocojuntivitis. La paciente se comportaba muy acomplejada, deprimida, y pesimista (sospechaba que no mejoraría), prefería aislarse. Solicitan interconsulta con dermatología y se llega al diagnóstico de rosácea esteroidea, estadio III. Se impone tratamiento con tetraciclina (500 mg cada 12 horas durante 15 días y luego 250 mg cada 12 horas 15 días más), metronidazol en tabletas (250 mg cada 12 horas por 10 días) y gel de metronidazol tres veces al día, así como vitaminoterapia (Vitamina E, C y A), se orienta suspender esteroides tópicos (clobetasol crema), evitar sol, calor y cosméticos. Se observa una favorable evolución, con disminución paulatina del eritema, remisión de las pústulas y pápulas, así como las manifestaciones oculares, sin secuelas oftalmológicas y recupera su bienestar psicológico. A los dos meses sólo presentaba eritema facial discreto, debido a la atrofia cutánea, se seguía aplicando solamente metronidazol tópico. El edema palpebral remitió, la inyección conjuntival fue desapareciendo paulatinamente, se observaba muy leve enrojecimiento conjuntival del ojo izquierdo.

DISCUSIÓN

La rosácea es una enfermedad crónica de la piel, que afecta fundamentalmente la cara, más frecuente en mujeres, entre la tercera y quinta década de la vida, y en personas de tez clara. La etiología no está precisada (1-2). Es bastante frecuente pero muchas veces se confunde con otras dermatosis, lo que conlleva a un diagnóstico erróneo y terapéutica incorrecta, situación que perjudica el control de la enfermedad, y la tendencia es al empeoramiento (1, 8).

Esta paciente de 34 años de edad, blanca, que comenzó con eritema centrofacial discreto, fue tratada como dermatitis solar, con esteroides de alta potencia (clobetasol crema); el abuso de este le favoreció la atrofia cutánea, con presencia de telangiectasias y aumento de la fotosensibilidad, por lo que la enfermedad continuó su curso, con empeoramiento paulatino. En la bibliografía consultada, se plantea que, en el sexo femenino, desde la década de los 30 y piel blanca, con cuadro similar debe sospecharse rosácea (1-2). También aparece un caso con dermatitis de contacto a cosmético, siendo tratada con esteroides tópicos de alta potencia, lo que condujo a posterior diagnóstico de rosácea esteroidea, después de suspender este medicamento presentó una exacerbación discreta durante varios días para después mejorar (5). Esto puede suceder en pacientes con rosácea o con otras enfermedades (8).

El presente caso fue diagnosticado inicialmente como dermatitis solar, otros casos con rosácea suelen diagnosticarse erróneamente. Se describe en la literatura que se confunde con acné vulgar, acné conglobata, dermatitis seborreica, dermatitis de contacto, hiperplasia glandular sebácea neviforme familiar, entre otras patologías (9). Se refieren también casos mal diagnosticados como rosácea, teniendo otras patologías, así lo indica el Dr. Gorani A. en paciente que presentaba tiña de incógnito facial (10). Es muy importante el diagnóstico y tratamiento temprano de la rosácea, pues será mejor controlada, además de educar al paciente para que evite los diversos factores desencadenantes, entre estos se encuentra el abuso de esteroides tópicos o sistémicos (2). Debe tenerse en cuenta que los casos severos conllevan a desórdenes emocionales, debido a la afectación estética, además el daño ocular puede conducir a secuelas irreversibles incluso con ceguera (1-2). En este caso, la paciente, después de suspender el esteroide, y con la terapia impuesta tuvo muy favorable evolución, sin secuelas cutáneas ni oftalmológicas, recuperó su bienestar psicológico.

Dado que la rosácea es una dermatosis bastante frecuente, debe sospecharse ante cuadros cutáneos similares. El médico general debe interconsultar con el dermatólogo cuando no tiene seguridad en el diagnóstico.

ABSTRACT

A bibliographical revision about the rosacea was made, as it is a quite frequent chronic skin disease, but easily misdiagnosed. It is presented a case of late diagnosis of rosacea that had treatment with clobetasol cream, which favored its worsening. Several precipitating factors of this illness are described, being the topical use of corticoids one of them. It is follow the objective of demonstrating how harmful the use of potent corticoids on the face is, and the importance of getting a definite diagnosis before using them.

Keywords: ROSACEA/diagnosis, ROSACEA/therapy.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rosácea. El manual Merck. 11a ed. Madrid: Merck; 2007.
2. Díaz MA. Dermatitis seborreica, acné y rosácea. En: Manzur J, Díaz AJ, Cortés M. Dermatología. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2002. p. 110-120.
3. Jansen T, Plewig G. Rosacea: classification and treatment. J R Soc Med. 1997; 90:144-50.
4. Wilkin J, Dahl M, Detmar M, Drake L, Feinstein A, Odom R, Powell F. Standard classification of rosacea: report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea. J Am Acad Dermatol. 2002; 46(4): 584-7.
5. Subtipos clásicos de rosácea [Internet]. ©2003–2011 [actualizado 23 Nov 2011; citado 3 Feb 2010] [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: http://rosacea.dermis.net/content/e02typesosof/e01classical/e03cl_stage_2/index_print_esp.htm l...
6. Golgar C, Keahey DJ, Houchins J. Treatment options for acne rosacea. Am Fam Phys. 2009 sep; 80(5): 45-54.
7. Van Zuuren EJ. Systematic review of rosácea treatments. J Am Acad Dermatol. 2007;56(1):107-115.
8. Habif TP. Acne, rosacea and related disorders. In: Habif TP, ed. Clinical Dermatology. 5th ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2009. P. 123-232.
9. Weisshaar E, Schramm M, Gollnick H. Familial naevoid sebaceous gland hyperplasia affecting three generations of a family. Eur J Dermatol. 1999; 9: 621-623.

10. Gorani A, Schiera A, Oriani A. Case report. Rosacea-like tinea incognito. *Mycoses*. 2002; 45: 135-137.