

Rosácea



Eritro-rosácea (rosácea estadio II): eritema difuso y telangiectasias.



Pápulas y pústulas (rosácea estadio III).

Lo que hay que saber

La rosácea es frecuente aunque misteriosa

La rosácea, que antiguamente era denominada acné rosácea es una dermatosis facial, frecuente entre los adultos de piel clara (enfermedad de los celtas). Asocia rubores (enrojecimientos agudos asociados a una vasodilatación facial), eritema telangiectásico (rosácea), pústulas e hiperplasia sebácea.

La patogenia de la rosácea es escasamente conocida. Intervienen anomalías vasculares locales, probablemente preponderantes, y un cierto grado de fotosensibilidad. Se discute el rol de microorganismos saprófitos como Demodex, Malassezia, corynebacterias.

Se identifican cuatro estadios clínicos de la rosácea

Las lesiones asientan en las mejillas y la nariz, como asimismo en la frente y el mentón.

Estadio I: eritema paroxístico o rubores: enrojecimiento facial súbito, que se produce con los cambios de temperatura, las emociones, la alimentación y la ingesta de alcohol.

Estadio II: eritema permanente. La cara está enrojecida, sembrada de telangiectasias (rosácea).

Estadio III: pápulo-pústulas. Al enrojecimiento se le adicionan pústulas acneiformes (pero sin comedones).

Estadio IV: hipertrofia de las glándulas sebáceas, que implica un engrosamiento cutáneo, sobre todo a nivel de la nariz (rinofima).

Es posible el compromiso ocular: blefaritis, conjuntivitis, queratitis.

El diagnóstico es únicamente clínico, no requiriéndose estudio analítico alguno.

Lo que hay que hacer

Confirmar el diagnóstico

Aparte de los casos típicos, puede ser necesaria una consulta especializada, eventualmente una biopsia para descartar un lupus eritematoso, una sarcoidosis, una dermatitis por corticoides o una dermatosis papulosa facial poco común.

Tratar

El tratamiento de la rosácea determina en general una mejoría definida, pero incompleta, sobre todo a nivel del componente vascular.

Los brotes pustulosos constituyen una indicación para el tratamiento con tetraciclinas orales de 2ª generación (especialmente doxiciclina, por lo general, 100 mg por día). Estos tratamientos prolongados con ciclinas suelen ser muy bien tolerados. Las cremas y geles con metronidazol son asociados a menudo con las ciclinas orales, teniendo una buena eficacia.

El componente vascular (telangiectasias) puede ser mejorado por medios físicos, especialmente los láseres, de colorante pulsado o KTP. Pueden recomendarse cosméticos con efecto vasoconstrictor, así como los maquillajes protectores. Los rinofimas avanzados pueden mejorarse con la cirugía.

Lo que hay que informar

Informar desdramatizando

Los enrojecimientos faciales, especialmente de la nariz, son mal experimentados, ya que evocan de acuerdo con la creencia popular al alcoholismo. No existe vínculo alguno entre la rosácea y el alcoholismo, en el sentido de un consumo excesivo. Sin embargo, en algunas personas, las bebidas como los vinos desencadenan un rubor facial, por lo que se les recomienda evitarlas.

Los clásicos consejos higiénico-dietéticos son escasamente eficaces. Sin embargo, se aconseja evitar las circunstancias que el paciente ha identificado como factores desencadenantes de brotes: cambios de temperatura, comidas rápidas, algunos alimentos demasiado calientes o demasiado picantes y para un estilo de vida saludable, evitar las bebidas alcohólicas.

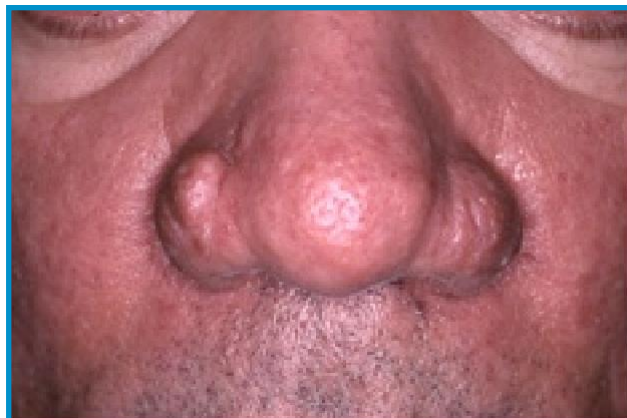
La rosácea se produce en un tipo de piel con clara tendencia al enrojecimiento y a la sensibilidad al sol, que es permanente y para la cual no se dispone de medios para modificarla. Por lo tanto, aunque es habitual obtener una mejoría importante con las ciclinas orales, en general, dicha mejoría no es, ni total ni definitiva.



Brote de pústulas en una rosácea aguda.



Rosácea pápulo-pustulosa en la localización típica. Esta localización evoca un vespertilio, pero la presencia de pústulas permite descartar al lupus



Rinofima.