

CASOS CLINICOS

ROSACEA

Gómez Vargas, Flavio

Gómez Vargas, Luz Marina

La Rosácea es una entidad ampliamente extendida en los países desarrollados, observándose un aumento marcado de su incidencia en nuestro medio. Afecta a personas de edad media y viejas, con una relación mujer-hombre de 3:1. La mayor presentación se encuentra en la raza blanca¹. Clínicamente se caracteriza por lesiones que se localizan en el área centro facial, con cuatro formas de presentación:

- a) **Telangiectásica:** con ectasias vasculares múltiples.
- b) **Acneiforme:** con ausencia de comedones, predominando lesiones pápulo pustulosas.
- c) **Granulomatosa:**
- d) **Glandular hiperplásica.**

El curso crónico progresivo de esta enfermedad, lleva a la aparición de su mayor complicación cutánea, el **Rinofima**, (que es más frecuente en hombres), y al compromiso ocular consistente en blefaritis, conjuntivitis, epiescleritis, iritis y la menos común, pero más grave, la queratitis con ulceración y posterior opacidad de la córnea^{1, 2, 3}.

Los factores etiológicos implicados, son diversos y múltiples y no son satisfactorios para explicar esta patología. Se implica a organismos vivos como el *Demodex folliculorum* y bacterias como los estreptococos, o a deficiencias vitamínicas, endocrinopatías, trastornos gastrointestinales, estrés y respuesta anormal vascular a las

catecolaminas, que son otras de las múltiples teorías etiológicas que permanecen sin comprobar^{3, 4, 5}.

Histológicamente, aunque el cuadro no es específico, se observan dilatación vascular, infiltrado leucocitario en cantidad variable en dermis superior y perivascular, presencia de células epiteliales gigantes, hiperplasia de glándulas sebáceas, con presencia de foliculitis superficial y profunda y elastosis solar⁶.

El tratamiento puede ser:^{2, 3, 7, 8, 9}

Tópico: con sustancias como benzoato de bencilo, azufre, ácido salicílico, corticoesteroides, antibióticos (eritromicina, tetraciclinas, metronidazol, clindamicina, peróxido de benzoilo, sulfacetamida sódica), ácido retinoico.

Sistémico: con estrógenos, penicilina, tetraciclinas, metronidazol, dapsona, isotretinoína, Beta-bloqueadores.

Todos muestran resultados variables.

Los tratamientos quirúrgicos como electrodesecación y fotocoagulación con láser de las telangiectasias, la crioterapia, la dermoabrasión o la decorticación en las hiperplasias glandulares y el rinofima dan buenos resultados.

Otras terapias como la radiación ultravioleta o la radioterapia (Rayos X), tienen baja respuesta terapéutica.

REPORTE DE UN CASO

Paciente de 70 años, con historia de 30 años de evolución de lesiones papulosas y nodulares, hasta de un cm de diámetro, con crecimiento gradual, localizadas en nariz y mejilla derecha. Bajo anestesia local y previa asepsia, se practica rebanado y electrocoagulación de la base, con tolerancia adecuada al procedimiento, sin aparición de complicaciones, obteniéndose buenos resultados a la se-

Flavio Gómez Vargas, MD Dermatólogo.

Luz Marina Gómez Vargas, MD Dermatóloga.

mana y al mes de la terapia, como lo muestran las fotografías Nos. 1, 2 y 3.



Fig. No. 1: Estado preoperatorio del enfermo. Gran deformidad del bulbo nasal, con lesiones vegetantes propias del rinofima florido.

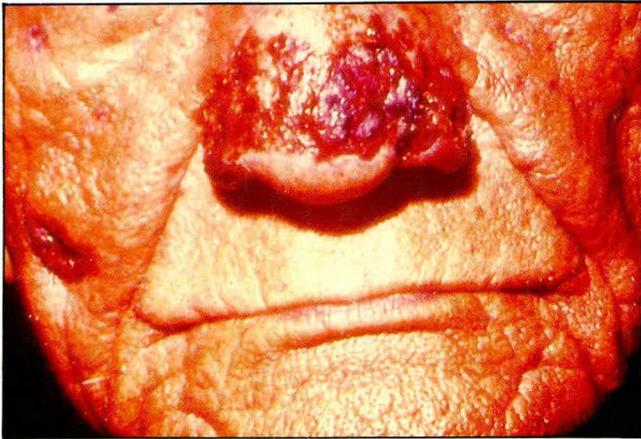


Fig. No. 2: Situación post-operatoria 1 semana más tarde. La zona se encuentra cubierta con una costra hemática y no existen señales de infección.



Fig. No. 3: La nariz, completamente epitelizada 1 mes más tarde muestra un aspecto cosmético muy satisfactorio.

BIBLIOGRAFIA

1. Berg N, Lidén S. An epidemiological study of Rosacea. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1989; 69: 419-23.
2. 9 Kenneth A. Arndt. Rosacea and periorificial (perioral) Dermatitis. *Manual of Dermatologic Therapeutics*. 1989; 128-131.
3. Maize JC, Rosacea. *Current Therapy in Dermatology* 1985-1986.
4. Liden C, Wahlberg JE. Does visual display terminal work provoke Rosacea? *Contact Dermatitis* 1985; 13: 235-41.
5. Shelley W.B., Shelley E.D., Burmeister V. Unilateral Demodectic Rosacea. *J Am Acad Dermatol* 1989; 20: 915-917.
6. Ramelet A.A., Perroulaz G. Rosacea: A Histopathological study of 75 cases. *Ann Dermatol Venereol* 1988; 115: 801-806.
7. Bleicher PA, Charles JH, Sober AJ. Topical Metronidazole therapy for Rosacea. *Arch Dermatol* 1987; 123: 604-14.
8. Hoting E, Paul E, Plewig G. Treatment of Rosacea with isotretinoin. *Int J Dermatol* 1986; 25: 660-63.
9. Turjanmaa K, Reunala T. Isotretinoin treatment of Rosacea. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1987; 67: 89-91.