

# 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 blanca<sup>1</sup>. 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<sup>1, 2, 3</sup>.

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<sup>3, 4, 5</sup>.

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 solar<sup>6</sup>.

El tratamiento puede ser:<sup>2, 3, 7, 8, 9</sup>

**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.

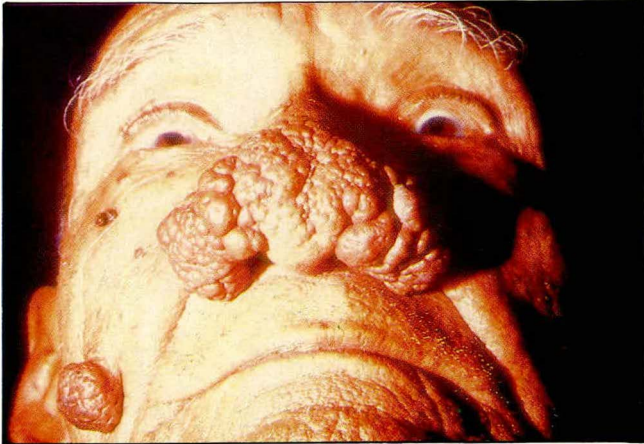
### REPORTE DE UN CASO

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-

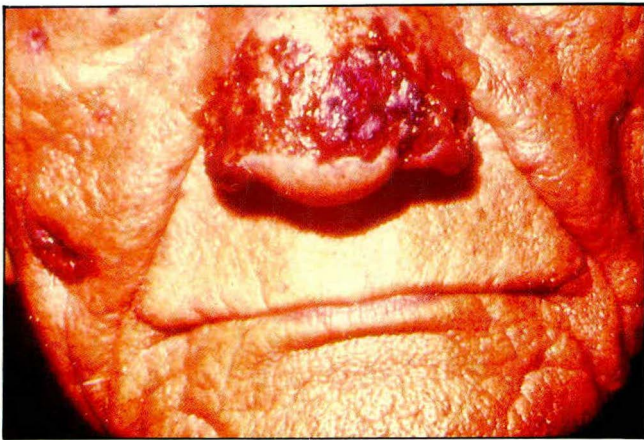
Flavio Gómez Vargas, MD Dermatólogo.

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.