

ROSÁCEA

Guía para médicos de atención primaria

Servicio de Dermatología del Hospital Virgen de las Nieves



Cada paciente puede presentar únicamente un tipo de rosácea, o evolucionar de un subtipo a otro a lo largo del tiempo

¿QUÉ ES LA ROSÁCEA?

- La rosácea es una **dermatosis inflamatoria crónica** que afecta fundamentalmente a la piel de la región facial.
- Afecta más a personas de **fototipos bajos** (piel y ojos claros), en la edad media (**30-50 años**) de la vida y a **mujeres**.
- Sus manifestaciones clínicas fundamentales son el **eritema con telangiectasias faciales** (intermitente, o continuo – denominado esto último cuperosis) y las **lesiones inflamatorias** (pápulas eritematosas y pústulas).
- A diferencia del acné, en la rosácea no aparecen comedones.

TIPOS DE ROSÁCEA

La rosácea se clasifica en función de las manifestaciones clínicas que presentan los pacientes:

- **Rosácea eritematosa:** También llamada rosácea eritemato-telangiectásica. Se caracteriza a nivel clínico por eritema facial, de predominio en mejillas y nariz, compuesto por telangiectasias de los vasos sanguíneos superficiales. Puede cursar de modo intermitente, con episodios repentinos de eritema facial junto con sensación de quemazón o escozor. O bien, de modo continuo, con un eritema rosado característico (cuperosis).
- **Rosácea pápulo-pustulosa:** También se denomina rosácea inflamatoria. En este subtipo de rosácea, además de aparecer eritema, aparecen lesiones inflamatorias a modo de pápulas eritematosas y pústulas. A diferencia del acné, no son característicos los comedones.
- **Rosácea fimatosa:** Es típica de aquellos pacientes con rosácea de larga duración. Se caracteriza por una hiperplasia de las glándulas sebáceas, sobre todo de la zona de la nariz, que da lugar a un sobrecrecimiento de la misma, dando la típica imagen de “nariz de borracho”.
- **Rosácea ocular:** La rosácea puede asociarse a blefaritis o conjuntivitis, y, en casos más graves, a úlceras corneales. En ocasiones se presenta una rosácea ocular aislada, sin lesiones cutáneas.

¿POR QUÉ SE PRODUCE LA ROSÁCEA?

La causa última de la rosácea es desconocida. Sin embargo, se sabe que existen diversos factores que pueden tener un papel fisiopatológico en su aparición. Los más relevantes son los siguientes:

Alteración vascular: Es la responsable de los episodios de enrojecimiento facial de los pacientes con rosácea. En los pacientes con rosácea habría un flujo sanguíneo basal más elevado en los vasos más superficiales de la dermis, así como una respuesta vasodilatadora incrementada ante estímulos vasodilatadores (calor, estrés emocional, alcohol).

Infestación por Demodex folliculorum: Este parásito es un microorganismo comensal habitual de los infundíbulos de los folículos pilosos faciales. Algunos estudios han constatado un incremento en la densidad del microorganismo con la aparición de rosácea.

Radiación ultravioleta: Aunque existen estudios contradictorios al respecto, generalmente se asume que la exposición a la misma podría tener un papel tanto causal a nivel fisiopatológico, como actuar como un desencadenante de brotes de rosácea.

Otros factores: El uso prolongado de corticoides tópicos, las anomalías de la unidad pilosebácea y los factores genéticos también han sido implicados con el desarrollo de rosácea en algunos estudios.

Factores de causa



TRATAMIENTO

El tratamiento de la rosácea debe instaurarse en función del tipo de rosácea que presente cada paciente. Aun así, la parte más importante de su manejo es instaurar unas **medidas generales** correctas. Con respecto a las medidas generales y cuidados de las pieles con rosácea destacamos:



Evitar los cambios emocionales intensos y la ansiedad, la exposición solar, cambios de temperatura bruscos y ambientes excesivamente cálidos. Evitar la toma de alcohol y otras sustancias vasodilatadoras. Evitar consumir picantes.



Utilizar cosméticos apropiados para pieles con rosácea, tanto como fotoprotectores, como para la hidratación de la piel.



Utilizar fotoprotectores siempre que se vayan a exponer al sol.



Utilizar limpiadores libres de jabones, y evitar usar productos irritantes sobre la piel.



Evitar la aplicación de corticoides tópicos, ya que pueden empeorar la rosácea.

Por otro lado, los tratamientos médicos podríamos resumirlos de la siguiente manera, en función del subtipo de rosácea:

1

Rosácea eritematosa

Se indicarán medidas generales y evitar los factores desencadenantes. Pueden emplearse tratamientos con láser vascular (láser colorante pulsado) para mejorar las rojeces faciales. En esta fase no tienen ningún efecto los tratamientos antibióticos ni de otro tipo.

2

Rosácea papulo-pustulosa

En función de la gravedad y la extensión de las lesiones se emplearán:

Fármacos tópicos: Metronidazol gel (aplicar cada 12 horas hasta mejoría); Ivermectina crema (no financiado, aplicar cada 24 horas hasta mejoría); Ácido azelaico (no financiado, aplicar cada 24 horas hasta mejoría).

Antibióticos orales: Doxiciclina 50-100mg / 24h durante 42-84 días. En pacientes intolerantes a tetraciclinas o que por edad no puedan tomarlas, otra alternativa sería la Azitromicina 250mg 3 días seguidos a la semana, descansando el resto de la semana durante 4 semanas.

Retinoides: En caso de mala respuesta a antibióticos orales, se debería derivar al paciente a Dermatología para plantear tratamiento con retinoides orales.

3

Rosácea fimatosa

El tratamiento generalmente será quirúrgico (decorticación con láser CO2 o bisturí eléctrico). En algunos casos puede probarse el tratamiento con retinoides orales.

¿Son necesarias pruebas diagnósticas?

El diagnóstico de la rosácea es **clínico**. Solamente se solicitarán pruebas complementarias para descartar otros procesos que entren en el diagnóstico diferencial, como las conectivopatías (lupus eritematoso, dermatomiositis).