



Rosácea

Francisco Etchaberry Santamaría

Farmacéutico. Vitoria (Álava)

La rosácea es una afección crónica que afecta a la piel facial y se manifiesta en forma de enrojecimiento e inflamación de la nariz, mejillas, frente, barbilla o párpados. Puede evolucionar con la aparición de pápulas, pústulas y telangiectasias. Junto a estos síntomas, pueden aparecer otros: oculares (blefaritis, queratitis...), digestivos (gastritis, colon irritable...) y endocrinos (seborrea...).

Aparece entre los 30 y los 60 años de edad, y afecta más a las mujeres (sobre todo durante la menopausia) que a los hombres, aunque en éstos la intensidad es mayor. Puede afectar a todo tipo de personas y etnias, pero las más proclives son las de piel blanca y clara con tendencia a ruborizarse con facilidad.

Clínica

La rosácea puede variar de un individuo a otro, aunque, en la mayoría de los casos, aparecen una serie de signos y síntomas característicos, que se pueden diferenciar en primarios y secundarios.

- Primarios: enrojecimiento, eritema permanente o «eritrosis permanente», pápulas, pústulas y telangiectasias.
- Secundarios: manifestaciones oculares, sensación de quemazón y tirantez, engrosamiento de la piel, edema, placas, piel seca o grasa y localización periférica (signos y síntomas en zonas diferentes a la cara, como el cuello, orejas, tórax y cuero cabelludo).

La rosácea suele seguir un proceso que se divide en cuatro fases o subtipos, aunque presenten signos y síntomas comunes. También hay muchos pacientes que pueden experimentar características de más de una fase al mismo tiempo.

Subtipo I o rosácea eritematotelangiectásica

Se caracteriza por episodios de intenso enrojecimiento (*flushing*), con sensación de quemazón y prurito, que con el tiempo se

hace permanente y constituye la «eritrosis permanente»; poco después, en el fondo de este eritema son visibles los vasos sanguíneos dilatados o telangiectásicos, lo que hace que a esta fase también se la denomine «rosácea angiectásica».

Subtipo II o rosácea papulopustular

Se caracteriza por eritema permanente, presencia de pápulas y pústula, y ausencia de comedones. Este subtipo se presenta, a menudo, después del primero, pero también al mismo tiempo.

Subtipo III o rosácea fimatosa

Con el tiempo, en esta fase la piel se engrosa y los poros foliculares se dilatan. En los varones, la nariz adquiere un aspecto lobulado y proliferante: «rinofima». Se debe, sobre todo, a un gran desarrollo de las glándulas sebáceas de la nariz, a una deficiente circulación venosa y a una fibrosis del tejido conjuntivo. Aunque puede combinarse con los anteriores subtipos, esta variante de rosácea normalmente se presenta de forma única.

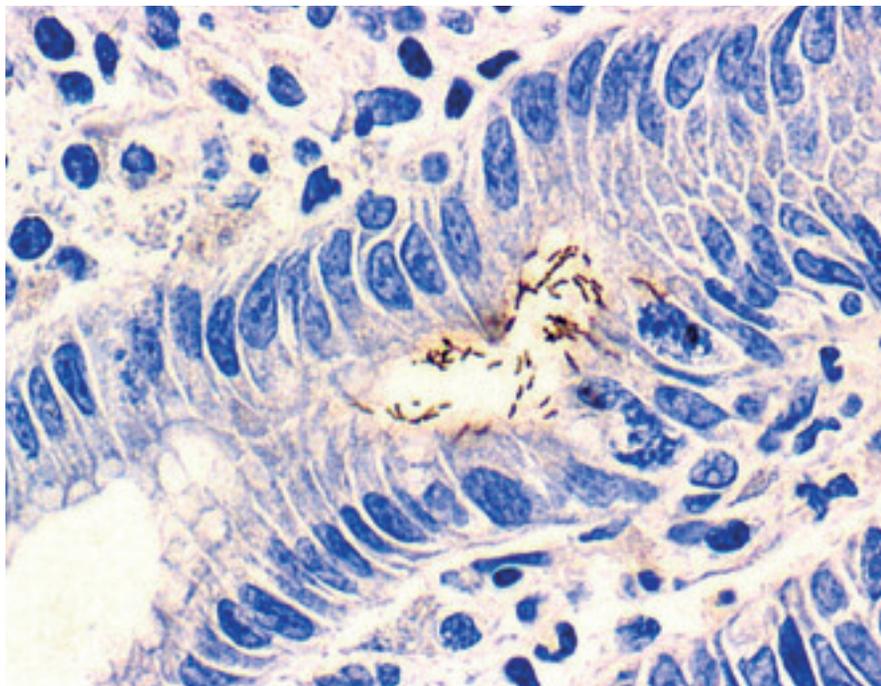
Subtipo IV o rosácea ocular

En esta fase, los ojos aparecen enrojecidos, con hiperemia conjuntival, fotosensibilidad, prurito, edema periorbital, telangiectasia en la esclera del ojo y sensación de cuerpo extraño. Normalmente, existen otros síntomas concomitantes: queratitis y blefaritis. Esta queratitis es característica y, debido a que provoca graves problemas de visión, debe diagnosticarse y tratarse. La blefaritis se debería al estado seboreico que se presenta en muchos casos. Puede combinarse o no con la rosácea facial.

Variantes

Aunque los subtipos clásicos de rosácea se reconocen bastante bien, hay variantes que pueden pasar por alto o diagnosticarse erróneamente. Estas variantes son:

- Rosácea con edema persistente (síndrome de Morbihan o rosácea linfedematosa).
- Rosácea *conglobata*.
- Rosácea *fulminans*.
- Rosácea lupoidea o granulomatosa.
- Rosácea esteroidea.
- Rosácea por gramnegativos.
- Rosácea por halógenos.
- Fimas en la rosácea.



Helicobacter pylori

Rosácea granulomatosa o lupoidea

Destacamos esta variante por ser más frecuente. Se caracteriza por la presencia de pápulas o nódulos duros, rojos, marrónáceos o amarillentos, sobre todo en áreas periorificiales y mejillas. Puede dejar cicatrices y combinarse o no con otros subtipos de rosácea. La presencia del parásito *Demodex folliculorum* hace que se considere a esta variante clínica una demodicidosis.

Etiología

Todavía se desconoce la etiología precisa de la rosácea, aunque hay una serie de factores implicados, entre los que destacan los siguientes:

- Factor vascular: los pacientes con rosácea tienen predisposición a la vasodilatación y a la persistencia de ésta ante estímulos como el calor, el frío, la radiación ultravioleta, las emociones, el alcohol, las especias o las bebidas calientes.

La primera fase de la rosácea, de enrojecimiento o eritema facial, se debe a un aumento del número de eritrocitos en los vasos del plexo dérmico intermedio inflamado. Como todavía no existe infección, la inflamación es consecuencia de un cúmulo

«Algunos estudios relacionan la rosácea con la disbiosis intestinal y la gastritis por "Helicobacter pylori"»



«Los pacientes con rosácea tienen predisposición a la vasodilatación y a su persistencia ante estímulos como el calor, el frío, la radiación ultravioleta, las emociones, el alcohol, las especias o las bebidas calientes»

de fluido extravascular por acción de factores provocadores (irritantes locales –astringentes–, temperaturas extremas, etc.).

También intervienen en esta inflamación los episodios de enrojecimiento facial (*flush*), incluso de origen emocional (*blush*), el uso de fármacos vasodilatadores, carcinoidosis, mastocitosis, alcohol, intolerancia alimenticia, etc.

Todo esto lleva a una acumulación de fluido extracelular en mayor cantidad de lo que los linfocitos pueden retirar, por lo que, cuando los vasos linfáticos están dañados, este proceso se desarrolla con mayor rapidez.

Las telangiectasias aparecen finalmente debido a la dilatación pasiva de la vascularización, junto a la menor integridad del tejido conjuntivo de la dermis superficial.

La rosácea ocular es principalmente de carácter vascular, debido a que el edema de la córnea, desencadenado por un episodio de *flush*, reduce la adhesión corneal y permite su vascularización.

- Factor microbiano y parasitario: algunos estudios relacionan la rosácea con la disbiosis intestinal y la gastritis por *Helicobacter pylori*. Sin embargo, aunque no haya evidencias claras hasta la fecha de esta relación, en el caso de la gastritis por *H. pylori*, a corto plazo se ha observado una mejoría de los síntomas de la rosácea

después de su erradicación. Ello explicaría el efecto beneficioso de las tetraciclinas.

Por otra parte, la presencia del parásito *D. folliculorum* es mucho más frecuente en los pacientes con rosácea. Probablemente, este ácaro prolifera en los folículos porque las alteraciones precoces en el tejido vascular y en el conjuntivo crean un ambiente favorable. Es posible que el *D. folliculorum* sea un importante cofactor, sobre todo en la rosácea papulopustulosa (donde se cree existe una reacción de hipersensibilidad retardada), porque parece tener una implicación importante en la reacción inflamatoria.

Tampoco hay una evidencia clara de la presencia del *D. folliculorum* en todos los pacientes, y se sabe además que, aunque el tratamiento oral con tetraciclinas o el tópico con pomada de azufre mejora los síntomas de la rosácea, no afecta a la población del ácaro.

- Otros: existe otra serie de factores que denominamos «desencadenantes de los brotes» por su capacidad de provocar enrojecimiento y rubor facial, como son:
 - Exposición al sol.
 - Estrés, ansiedad.
 - Exposición a temperaturas extremas como frío y calor.
 - Vientos fuertes o fríos.
 - Ejercicio físico intenso.
 - Bebidas alcohólicas.
 - Comidas picantes y bebidas calientes.
 - Humedad.
 - Productos cosméticos, perfumes.
 - Medicamentos vasodilatadores (nifedipino, nitroglicerina, etc.).

Tratamiento

Antes de explicar los diferentes tratamientos, debemos recordar que la mayoría de los pacientes no va a pasar por todas las fases de la rosácea; además, los síntomas serán menos numerosos y graves según se alejan del cenit de la enfermedad. También cabe destacar que la rosácea, por ser una entidad crónica, tendrá exacerbaciones y remisiones, y no será curable, aunque sí tratable.

La rosácea suele responder satisfactoriamente al tratamiento, pero la mejoría es gradual y exige constancia. La educación del paciente es importante en el tratamiento de esta enfermedad.



«La rosácea es una afección crónica que afecta a la piel facial y se manifiesta en forma de enrojecimiento e inflamación de la nariz, mejillas, frente, barbilla o párpados»

Medidas farmacológicas

Subtipo I, fase I o rosácea eritematotelangiectásica

El tratamiento de elección es tópico y debe mantenerse varios meses para ver los efectos y prevenir las recidivas. Sin embargo, muchas veces no se tolera por ser irritante y se utilizan otros tratamientos como fármacos por vía oral, electrodesecación o láser.

Tópico

- Antibióticos: metronidazol (0,75-2%), eritromicina (0,5-2%), clindamicina (0,5-2%), tetraciclinas (0,5-2%).
- Astringentes: agua de rosas, Hamamelis, azahar, laurel, cerezo, etc.
- Venotónicos: extracto glicólico de ruscus, mirtilo, castaño de indias, etc.
- Ácido azelaico (15-20%)
- Retinoides: tretinoína (0,01-0,1%), retinaldehído (0,05%).

Oral

- Clorhidrato de clonidina (25-50 µg/12 h/1 mes). Eficaz en crisis de *flushing*.
- Betabloqueadores: propanolol (40 mg/12 h), etc.

Electrodesecación

Método que elimina las telangiectasias faciales mediante electrocoagulación. Se utiliza cuando mejora el cuadro y sólo quedan telangiectasias.

Láser

El láser de argón también ayuda a eliminar las telangiectasias faciales.

Subtipo II, fase II o rosácea papulopustular

El tratamiento de elección es sistémico, principalmente con un antibiótico, combinado con otro tratamiento tópico hasta la remisión, sobre todo de las pústulas. Después, se aplica un tratamiento tópico indefinido. En caso de nuevos brotes, se reintroducirá el antibiótico.

Oral

- Metronidazol: 250 mg/12 h/24 h. No tomar alcohol por su efecto «antabus».
- Tetraciclina: 250-500 mg/12 h/24 h/meses.
- Minociclina, doxiciclina: 50-100 mg/12 h/24 h/meses.
- Macrólidos (eritromicina, etc.): 250-500 mg/12 h/24 h/meses.
- Trimetropin/sulfametoxazol cada 12 h/24 h/meses.

Tópico

Los fármacos por vía tópica utilizados para la fase eritematotelangiectásica también se usan en esta fase, aunque se incorporan otros, como corticoides (hidrocortisona), antifúngicos imidazólicos (ketoconazol, etc.), refrescantes (ictiol, etc.), bacteriostáticos (sulfacetamida al 10%, peróxido de benzoilo al 2-5%).

No obstante, la base de este tratamiento tópico es la aplicación de metronidazol solo o combinado con antibióticos.

Subtipo III, fase III o rosácea fimatosa

Estadios precoces: isotretinoína 0,5-1 mg/kg/4-6 meses.

Estadios avanzados: dermoabrasión, electrocirugía, láser de argón o láser de CO₂.

Subtipo IV o rosácea ocular

Oral

- Tetraciclinas durante un mínimo de 6 semanas. Se debe aumentar si hay recidivas.
- También pueden utilizarse metronidazol, ketoconazol y macrólidos.

Tópico

- Higiene ocular con lavados, compresas calientes, lágrimas artificiales, etc.



– Befliritis seborreica: fusídico, sulfuro de selenio por vía oftálmica.

Rosácea granulomatosa o lupoidea

Oral

– Isotretinoína combinada o no con un antibiótico (excepto tetraciclinas).

Tópico

– Metronidazol combinado con un refrescante (ictiol, etc.).

Rosácea seborreica

Tópico

– Metronidazol combinado o no con un imidazol, refrescante o hidrocortisona.

Oral

– Antifúngicos (ketoconazol, itraconazol), antibióticos (azitromicina).

Demodectidiosis

Oral

– Ivermectina, metronidazol.

Tópico

Acaricida (tiabendazol, permetrina), metronidazol, peróxido de benzoilo.

«La rosácea suele responder satisfactoriamente al tratamiento, pero la mejoría es gradual y exige constancia»

Medidas higienodietéticas

- Limpieza del rostro con agua tibia y productos suaves (leches de bajo contenido graso o syndets). Se recomienda una toalla suave para secarse la cara.
- Evitar cosméticos con alcohol, mentol y perfumes.
- Hidratarse con productos oil-free (emulsiones, gel).
- Protección solar con factor 20 o superior. Si los filtros provocan irritación, se evitarán los filtros químicos y se probarán los físicos a base de titanio, Cinc y hierro.
- Masaje facial cuidadoso, para acelerar el drenaje linfático y reducir el eritema.
- Es mejor realizar el afeitado con maquinillas eléctricas. Si se utilizan las cuchillas, deben estar bien afiladas.
- Dieta: evitar el alcohol, tabaco, comidas picantes y bebidas calientes.
- Cosméticos correctivos con tonos verdes que no alivian pero cubren, tanto el enrojecimiento facial como las telangiectasias, y mejoran el aspecto.

Formulación magistral

Debido a que la piel del paciente con rosácea es muy reactiva y no tolera cualquier excipiente, la formulación magistral no sólo posibilita incorporar la variedad de asociaciones de principios activos, sino también vehiculizarlos en el excipiente más idóneo para cada paciente.

Subtipo I, fase I o rosácea eritematotelangiectásica

Flushing

- Agua de rosas (10%).
- Agua de laurel cerezo (10%).

- Agua de hamamelis (10%).
- Agua destilada csp (100 mL)
(Acción venotónica).
«Modus operandi»: sobre el agua destilada añadir el resto de los componentes, homogeneizar y envasar.

Eritema persistente

- Metronidazol (0,75-2%).
- Emulsión W/S (FN/2003/EX/006) csp. (50 g).
Modus operandi: pulverizar el metronidazol y hacer una pasta con metilidenglicerol en mortero (A).
– Preparar la emulsion W/S (B).
– Incorporar A sobre B bajo agitación.
– Añadir antioxidantes: BHT (0,1%) y Na₂S₂O₅ (0,2%).

Subtipo II, fase II o rosácea papulopustular

- Metronidazol (0,75-2%).
- Ext. glicólico mirtilo (10%).
- Ext. glicólico ruscus (10%).
- Gel neutro csp (100 g).
«Modus operandi»: pulverizar el metronidazol en mortero y hacer una pasta con metilidenglicerol y propilenglicol (A).
– Preparar el gel de carbómero 940 (B), según FN/2003/EX/020 del formulario nacional.
– Incorporar A sobre B.
– Añadir los extractos de mirtilo, ruscus, homogeneizar y envasar.
– Metronidazol (1%).
– Eritromicina (2%).
– Hidrocortisona (0,5%).
– Gel HA csp (50 g).
«Modus operandi»: pulverizar el metronidazol y la hidrocortisona en mortero y hacer una pasta con proplienglicol y metilidenglicerol (A).
– Preparar el gel de carbómero 940 (B), según FN/2003/EX/021 del formulario nacional.
– Disolver la eritromicina en alcohol (C).
– Incorporar C y A sobre B, homogeneizar y envasar.

Rosácea seborreica

- Metronidazol (1%).
- Ketoconazol (2%).
- Hidrocortisona (1%).
- Ictiol (1%).

- Crema base *beeler* csp. (50 g).
«Modus operandi»: pulverizar metronidazol, ketoconazol e hidrocortisona en mortero y hacer una pasta con metilidenglicerol y propilenglicol a partes iguales (A).
– Preparar la crema base *beeler* (B), según FN/2003/EX/002 del formulario nacional.
– Incorporar A sobre B, añadir el ictiol, homogeneizar y envasar.

Demodexidosis

- Permetrina (5%).
- Emulsión O/W csp. (100 g).
«Modus operandi»: preparar la emulsión O/W aniónica según FN/2003/EX/007 del formulario nacional.
– Incorporar la permetrina (líquida) directamente a la emulsión, homogeneizar y envasar. ■

Bibliografía

- Camacho F. Rosácea. En: M. Armijo, F. Camacho. Tratado de Dermatología. Madrid: Grupo Aula Medica. 1998; 241-245.
- Umbert P, Llambí F. La formulación magistral en la dermatología actual. 1998. Guidotti Farma.
- Umbert P, Salleras M, Llambí F. VI Curso de Formulación Magistral en dermatología. Barcelona. 2006. Servicio de dermatología. Hospital Universitari «Sagrat Cor». Unidad docente Universidad de Barcelona.
- Macaya A. Guía de tratamientos dermatológicos, 2.ª Ed. Abaco Soluciones Editoriales, 2005.
- Grimalt F. Formulario OTC Ibérica. 2.ª Ed. Barcelona: Laboratorios OTC Ibérica, 2005.
- rosacea.dermis.net [portal en Internet]. Servicio de información dermatológica DermIS, Dermatology Information System (Department of Clinical Social Medicine / University of Heidelberg). Actualizado 14/11/2005. Disponible en:
http://rosacea.dermis.net/content/index_esp.html.
- Rosacea.org [portal en Internet]. National Rosacea Society. Disponible en: <http://www.rosacea.org/>.
- Tuotromedico.com [portal en Internet]. Rosácea. Actualizado 05/2006. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.tuotromedico.com/temas/rosacea.htm>.
- Alía E. Técnicas y procedimientos en Formulación Magistral dermatológica. 2005.
- Formulario Nacional 1.ª Ed. Madrid: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2003.
- Llopis MJ, Baixauli V. Formulario Básico de Medicamentos Magistrales. Valencia: Distribuciones El Cid, 2001.

«La formulación magistral no sólo posibilita incorporar la variedad de asociaciones de principios activos, sino también vehiculizarlos en el excipiente más idóneo para cada paciente»