

Rosácea en fototipo de piel I y II. Un caso de Rosácea Fimatosa

Rosacea on skin photo-type I and II. A Rosacea Fimatosa case

Olga Margarita Maldonado Portilla¹
<https://orcid.org/0000-0001-6130-3222>
Unidad Educativa Manuel Córdova Galarza
olgamayito82@gmail.com

Recibido: 14/10/2020
Aprobado: 23/11/2020
Publicado: 04/12/2020

Resumen

La rosácea es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, que se presenta con eritema centro facial permanente, y en otras áreas extra faciales; es causada por diferentes factores como: las emociones, los alimentos, la ingesta de alcohol, los cosméticos, las temperaturas extremas, y muy probablemente, la presencia de ácaros en los poros de la piel. El presente artículo tiene como propósito analizar la rosácea en fototipos de pieles I y II. Se describe un poco la enfermedad dermatológica, sus causas, características, síntomas, cuadro clínico, consecuencias y tratamientos; luego, se pasa a explicar un caso clínico de un paciente masculino de 48 años de edad, de piel clara, quien presenta una patología de rosácea tipo fimatosa. Desde el punto de vista metodológico, es una investigación descriptiva-documental, basada en la observación. Los resultados indican que en pacientes con rosácea de fototipo I y II se da atención en cabina estética y apoyo domiciliario con Ácido Azelaico, Ácido Tricloroacético, Ácido Salicílico, Ácido Mandelico y Vitamina K; además, se emplea la técnica de reprogramación celular basada en vitaminas. Se concluye que, la rosácea en fototipo de piel I y II es una enfermedad fácilmente diagnosticable y puede ser combatida con la administración de los tratamientos tópicos, en un corto período de tiempo.

Palabras clave: Rosácea, Fototipo de piel I, Fototipo de piel II, Rosácea fimatosa.

Abstract

The rosacea is an inflammatory chronic disease on the skin, this shows up with permanent midface erythema, in other extra-facial areas; caused by different aspects such as emotions, eating habits, alcohol intake, cosmetics, extreme temperature, and probably, the presence of mites in the pores of the skin. This article aims to analyze the rosacea on photo-types of skin I and II. It describes the dermatological disease, causes, characteristics, symptoms, clinical picture, consequences, and treatment; then, takes place a clinic case of a 48 years old male patient, fair-skinned, presenting a rosacea fimatosa type pathology. From the methodological point of view, it is a descriptive-documentary research, based on observation. The results indicate that in patients with rosacea of phototype I and II, care is given in the aesthetic cabin and home support with Azelaic Acid, Trichloroacetic Acid, Salicylic Acid, Mandelic Acid and Vitamin K; in addition, the technique of cell reprogramming based on vitamins is used. It is concluded that rosacea in skin phototype I and II is an easily diagnosable disease and can be combated with the administration of topical treatments, in a short period of time.

Key Words: Rosacea, Skin photo-type I, Skin photo-type II, Rosacea fimatosa.

¹ Licenciada en Ciencias de la Educación Mención Informática Educativa. Especialista en Speaker de Ácidos Cosmiátricos con experiencia en Tratamientos Cosmetológicos.

Introducción

Hace ya bastantes años se han presentado manifestaciones de una enfermedad dermatológica llamada Rosácea, por los que expertos en la materia han promovido investigaciones acerca de sus causas, consecuencias, diagnóstico y tratamiento. La rosácea afecta a millones de personas en todo el mundo siendo más común en mujeres entre los 30 y 50 años de edad. (Falabella, Chaparro, Cabal, & Domínguez, 2002), aunque hombres a veces presentan formas más severas. La máxima incidencia ocurre entre los 30 y 60 años, y es más frecuente en personas de piel clara.

La rosácea puede decirse que es una enfermedad dermatológica relativamente común, especialmente en personas con pieles muy claras o blancas, es decir, de fototipo I y II. Alrededor de unos trece millones de personas son afectadas durante la tercera y cuarta década de la vida; y es más frecuente en personas del sexo femenino que en las del masculino. (Plewig & Kligman, 1997 y Odom R, 2003). La prevalencia exacta de la rosácea en el medio es aún desconocida. No obstante, se dice que es más común en las poblaciones caucásicas, afectando a personas de todas las razas (Kutz & Saavedra, 2012).

Algunos estudios aluden como factores de aparición de la rosácea, a la genética, enfermedades del sistema gastrointestinal, afecciones de la vesícula, hipertensión arterial, problemas endocrinológicos, Demodex folliculorum, Helicobacter pylori, entre otros. Ninguno se ha confirmado de forma definitiva, sin embargo, no se descarta la posibilidad de que algunos de los mencionados factores causen la patología. (Plewig & Kligman, 1997; Kenneth & Kathryn, 2002; y Diepgen, s/f).

En un estudio Argentino, se señaló que un posible origen de la rosácea, pudiera ser la presencia de D. folliculorum, un ácaro minúsculo que vive en los poros y folículos del pelo de la piel (Mazzini, 1942). Por otra parte, en Grecia, también se realizaron estudios sobre rosácea, hallándose D. folliculorum, en 90,2% de la población con rosácea, utilizando la técnica de compresión del contenido folicular y sebáceo de la piel de las zonas afectadas (Georgala & Katoulis, 2001).

Adicionalmente, en Finlandia, estudios encontraron la presencia de D. folliculorum y D. brevis en pacientes con rosácea mediante biopsias de piel, encontrándose una prevalencia de 51%. Las zonas más comunes fueron: malares con 59%, frente con 49% y mejillas con un porcentaje de 44% (Roihu & Kariniemi, 1998). Por último, estudios alemanes muestran que la incidencia de Demodex puede ir aumentando con la edad de las personas. (Junemann, s/f).

En cuanto al D. folliculorum, éste produce prurito moderado induciendo la formación de tejido fibroso alrededor del parásito, con ardor, eritema, y descamación folicular. El sitio preferido de alojamiento del ácaro, es la piel facial, frente, mejillas, y canales auriculares externos; pero también puede ser hallado en los folículos pilosos del cuerpo y en la base de las pestañas, principalmente en ancianos. Tiene insaciable apetito y una vida sexual muy activa; y pueden migrar a la piel durante la noche (Guillen & Romero, 1997)

La rosácea puede influir negativamente en la parte afectiva y psicológica de las personas que la padecen y aunque su origen sigue siendo tema de investigación y discusión, se cree, casi acertadamente, que el D. folliculorum juega un papel importante en la aparición de la rosácea. En este sentido, las recomendaciones que en este trabajo se publican constituyen un aporte al desarrollo de estudios referidos al tema, a fin de validar e identificar las necesidades relacionadas con la calidad de vida y el acceso a los nuevos tratamientos de la mencionada enfermedad.

El presente artículo analiza la rosácea en fototipo I y II, se inicia con la descripción de la enfermedad dermatológica, sus causas, características, síntomas, cuadro clínico, consecuencias y tratamientos; seguido de la presentación de un caso clínico de un paciente masculino con piel clara, de 48 años de edad, quien presenta una patología de rosácea tipo fimatosa. Se muestra el protocolo, tratamiento y procedimiento que se utilizó para atender la patología, así como también, sus resultados. Desde el punto de vista metodológico, es una investigación científica - descriptiva, en la que a partir de una variable se desarrollan, enriquecen y crean conocimientos nuevos. Además, se cataloga como un estudio experimental, puesto que utiliza la experimentación para someter a prueba sus hipótesis, y verificarla.

Rosácea: Aspectos teóricos

La rosácea es una enfermedad de la piel crónica, de carácter inflamatorio, que se localiza en las áreas de rubefacción de la cara. Presenta eritemas, pústulas, pápulas, y telangiectasias. Afecta mayormente la cara en su parte central, aunque también puede reflejarse en las cejas, barbilla y párpados. (Bodom, James, & Berger, 2004). También puede afectar áreas cutáneas extra faciales como el cuero cabelludo, el cuello, el pabellón auricular, y el tórax anterior.

En complemento a lo anterior, la rosácea se caracteriza por la presencia de eritema persistente de unos tres meses de evolución, de predominio centro facial, afectando con mayor frecuencia las áreas convexas de la cara como: mejillas, nariz, frente y mentón. Los signos clínicos son muy diversos, y no necesarios para el diagnóstico, como eritema transitorio, telangiectasias, pápulas y pústulas. Además, algunos hallazgos abarcan la presencia de edemas, placas, ardor, xerosis, flushing periférico, cambios fimatosos y afecciones oculares. La presencia de estos signos permiten definir el subtipo de rosácea que el paciente presenta (Crawford, Pelle, & James, 2004)

En síntesis, la rosácea es una enfermedad dermatológica que afecta principalmente las áreas de la cara, con predominio en la parte central. Sus causas no están precisadas con claridad, lo que sí se sabe es que ciertos ácaros que viven en los poros y folículos del pelo de la piel, pueden darle origen. Es una afección inflamatoria que se manifiesta con enrojecimiento de la piel, pápulas, póstulas, eritemas, entre otros. Es fácilmente diagnosticable, y, aunque probablemente no tenga cura, puede tratarse y controlarse.

La rosácea se caracteriza por un compromiso marcado del área central de la cara, con presencia de un eritema transitorio o permanente, pápulas inflamadas o pústulas, telangiectasias e hiperplasia del tejido conjuntivo. El eritema transitorio o rubor dura por lo general unos cinco minutos, extensible al cuello y pecho, acompañado con una sensación de calor. Otras manifestaciones son: placas eritematosas, edema, descamación, cambios fimatosos entre otras. En ocasiones se ha asociado la rosácea con baja autoestima, baja confianza en sí mismos, vergüenza fácil, tendencia al aislamiento, disminución en los encuentros sociales, entre otras cosas. Estudios indican que 65 % de las personas que tienen rosácea, presentan síntomas depresivos. (Oge, Muncie, & Phillips-Savoy, 2015) (Abokwidir & Feldman, 2016)

La manifestación más común de la Rosácea, es el enrojecimiento, el cual es inicialmente transitorio, y más tarde se hace persistente, con aparición de dilataciones vasculares, y a veces granos rojos y con pus, conocidos como pápulas y pústulas; algunos lo confunden con acné juvenil y otros problemas de la piel. La rosácea causa enrojecimiento y vasos sanguíneos visibles en la cara. Dichos síntomas y signos externos, pueden aparecer durante semanas o meses y luego desaparecer por un tiempo.

La etiología de la Rosácea es desconocida, sin embargo, se cree que el estrés oxidativo, el daño tisular, la disminución de la superóxido dismutasa, y la producción de sustancias vasoactivas como: prostaglandinas, serotonina, y sustancia P, participan en el origen de esta patología dermatológica, así como, los péptidos opioides e infecciones por *Demodex brevis*, *Helicobacter pylori*, y *Demodex folliculorum* (Chang & Raber, 2015).

Adicionalmente, la rosácea puede estar vinculada con la hipertensión la dislipidemia, el consumo de alcohol y tabaco, y la enfermedad de las arterias coronarias. No obstante, no está del todo claro si la rosácea se asociada también con infarto de miocardio (MI), accidente cerebrovascular, cardiovascular, o eventos cardiovasculares adversos mayores (Alexander, 2016).

También existen factores como: cambios ambientales drásticos, irradiación UV, temperaturas extremas, ingesta de comidas picantes y bebidas calientes, exceso de ejercicios, medicamentos indicados para la presión arterial, presencia de *Demodex folliculorum*, *Staphylococcus epidermidis*, disfunción inmune, *Helicobacter pylori*, disfunción vascular, genética, entre otros. Aun así, no se conoce la base genética potencial de esta patología.

Existen básicamente dos clasificaciones clínicas de la rosácea, la primera es la siguiente: (Rangel, Cartell, Bakos, & Edelweiss, 2006):

Clasificación de Plewig y Kligman:

Estadio I (vascular),

Estadios II y III (inflamatorios),

Variantes (Finales, oftálmica, granulomatosa, edematosa persistente, Conglobata y fulminans).

Por su parte, la National Rosacea Society (2002), estableció una categorización en cuatro subtipos y dos variantes (Oge, Muncie, & Phillips-Savoy, 2015 y Abokwidir & Feldman, 2016):

Los subtipos son los siguientes:

- *Rosácea eritemato-telangiectática*: Rubor frecuente y coloración rojiza permanente (eritema). Puede presentar pequeños vasos sanguíneos visibles cerca de la superficie de la piel (telangiectasias).
- *Rosácea papulopustular*: Coloración rojiza permanente en el centro de la cara con granos enrojecidos (pápulas) que algunos pueden contener pus (pústulas).
- *Rosácea fimatosa*: Engrosamiento de la piel, con nódulos superficiales irregulares y aumento de tamaño. Puede afectar a nariz, mentón, frente, mejillas y orejas.
- *Rosácea Ocular*: Sensación de cuerpo extraño en los ojos, con picazón y ardor; ojos y párpados enrojecidos, secos e irritados. Fotosensibilidad y visión borrosa. Telangiectasias en la conjuntiva ocular y palpebral, edema periorbital. Orzuelos frecuentes.

Las variantes son las siguientes (Culp & Scheinfeld, 2009):

- Rosácea Fulminans: Rosácea con múltiples pápulas eritematosas, pústulas, nódulos y quistes con descarga purulenta.
- Rosácea Granulomatosa: Rosácea con pápulas consistentes en las zonas perinasales y periorales.

Adicionalmente, también existen otros términos que no son formalmente aceptados como subtipos de rosácea, sin embargo, describen la afección:

- Dermatitis perioral o periorifical.
- Edema persistente de la rosácea.
- Rosácea conglobata.
- Enfermedad Morbihan.

Por otra parte, la rosácea es considerada una enfermedad dermatológica tratable y controlable. Los principales objetivos terapéuticos son:

- Alivio de los síntomas y signos
- Prevención o retraso de la aparición de formas más severas de la enfermedad
- Facilidad en la remisión e impedimento de recaídas
- Mantenimiento de la piel en buenas condiciones
- Mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes con rosácea.

Considerando estos objetivos, el tratamiento de la rosácea incluye tratamientos de tres tipos: tópicos, sistémicos y cirugía.

- *Tratamientos tópicos*

Muchos son los medicamentos tópicos utilizados para los pacientes con rosácea; sin embargo, solo tres medicamentos tópicos han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA), para uso en pacientes diagnosticados con rosácea. Todos están indicados para tratar las pápulas, las pústulas y el eritema; y pueden irritar el rostro en la etapa aguda. Estos son: Metronidazol al 0,75% y 1%, ácido azelaico 15% gel, sulfacetamida sódica 10% con sulfuro 5%. (Elewski, y otros, 2001) y (Pelle, Crawford, & James, 2004).

Otros tratamientos tópicos abarcan: Clindamicina (loción y gel 1%); Eritromicina (loción y gel 2%-4%); Tretinoína (crema 0,025%, 0,05% y 0,1%; gel 0,01% y 0,025%; loción 0,05%); Peróxido de benzoilo (gel, crema, loción 1%-10%); y los Inhibidores de la calcineurina como: Tacrolimus (ungüento 0,03%-0,1%) y Pimecrolimus (ungüento 1%).

- *Tratamientos sistémicos*

Dentro de los tratamientos sistémicos más utilizados se encuentran (Kutz & Saavedra, 2012):

- Tetraciclina: Tratamiento inicial con 500 mg dos a 3 veces al día por 10 días, y luego 500 mg 1 vez al día por dos a 3 meses.
- Minociclina: 50-100 mg/día
- Doxiciclina: 40-100 mg/día. Se puede iniciar con 100 mg 2 veces al día por 10 días y luego dosis de mantención de 40 mg al día por 6 semanas hasta 3 meses.
- Macrólidos: La eritromicina es utilizada cuando existe intolerancia, alergia o resistencia al uso de tetraciclinas, o en mujeres embarazadas, en período de lactancia, y niños menores de 12 años. También es utilizada en el tratamiento de la rosácea ocular. La dosis recomendada es de 500 mg/día.
- Metronidazol: Es un antibiótico imidazólico con actividad contra varios agentes anaerobios y protozoos. Dosis: 250 a 500 mg/día. Puede incrementar la toxicidad de anticoagulantes, litio y fenitoína. La cimetidina puede incrementar la toxicidad del metronidazol. Es necesario ajustar dosis en enfermedad hepática. (Pelle, Crawford, & James, 2004).
- Isotretinoína: Es un eteroisómero sintético del ácido holotrans-retinoico (tretinoína); que ejerce un efecto antiinflamatorio sobre la piel. Debido a este efecto se reduce el eritema, pápulas y pústulas en pacientes con RPP. Generalmente se indica cuando la rosácea no ha respondido a otros tratamientos. (Pelle, Crawford, & James, 2004)

- *Tratamientos con cirugía*
 - Láser: Emite una luz que es absorbida selectivamente por la oxihemoglobina, permitiendo la destrucción del vaso sin inducir daños del tejido adyacente. Es de elección para el tratamiento de eritema persistente y vasos superficiales.
 - Terapia de luz pulsada: La luz pulsada penetra la piel actuando sobre múltiples cromóforos como hemoglobina y melanina. Permite el tratamiento de áreas grandes y vasos profundos. Se han reportado tratamientos exitosos con luz pulsada en muchos pacientes, con baja ocurrencia de efectos adversos. (Pelle, Crawford, & James, 2004).

Caso Clínico

El caso clínico demostrable que sustenta el presente trabajo de investigación, es de un paciente masculino de piel clara, con una edad de 48 años, presentando una patología de rosácea tipo fimatosa (Ver Figura 1). Los cambios fimatosos consisten en engrosamiento de la piel, que le dan un aspecto nodular irregular. Se deben a una hiperplasia sebácea con fibrosis y a la palpación, con consistencia gomosa. Aparecen en nariz (rinofima), párpados (blefarofima), barbilla (gnatofima), frente (metofima).

Figura 1



La finalidad de la terapia que se aplicó al paciente, es disminuir la sintomatología, alargar los periodos intercrisis y mejorar el aspecto estético. El tratamiento se ha planificado de manera interdiaria. Útil sobre todo en rosácea con predominio de componente eritematoso. Se debe mantener el tratamiento unas 8–12 semanas (incluso hasta 6 meses en algunos casos). Utilizando el siguiente protocolo tópico:

- Se Higieniza la piel con un jabón o espuma antiséptica
- Se aplica Ácido Azelaico al 20% ph3 para equilibrar el Dermodex, colocándose solo en la nariz y barbilla.
- Se frota el Ácido Azelaico con hisopos.
- Se aplica Ácido Azelaico al 10% ph4.5, en el resto del rostro.

- Se aplica Ácido Tricloroacético al 15% ph 3,5 solo en la nariz, para afinamiento de la misma.
- Se aplica Ácido Salicílico al 10% ph 3,5, solo en nariz y maxilar.
- Se aplica Ácido Mandelico al 10% ph3,5 en nariz y todo el rostro, para desinflamar.

El procedimiento que se aplicó para el tratamiento en cabina fue el siguiente:

- Se pincha con una lanceta donde tiene amarillo y se saca con un sacacomedones, poniendo tónico de hierbas.
- Se neutraliza todo el rostro con agua bicarbonatada para luego colocar el tónico de hierbas. (Ver Figura 2)
- Se aplica la técnica de reprogramación celular para poder llegar a las capas más profundas de la piel, basada en el empleo de un conjunto de vitaminas reparadoras. Con dicha técnica, las vitaminas utilizadas permitirán sacar la inflamación interna ocasionada por agentes químicos, contribuyendo a que el sistema inmunológico se fortalezca. (Intriago & Intriago, 2020).
- Se aplica solución salina para desinflamar y subir el sistema inmunológico.
- Se coloca gel de vitamina K en todo el rostro, para disipar las vascularidades, el cual debe dejarse aplicado en el rostro.
- En 20ml de cloruro de sodio se agrega, vitamina K, y se cubre el rostro con una gasa sin hilachas para aplicar el suero con la paleta ultrasónica. (Ver Figura 3)
- Se coloca una mascarilla hidrolástica de uva o espirulina.

Figura 2



Figura 3



Luego, se sugiere la aplicación de tratamiento domiciliario con gel de vitamina K tres veces al día por tres meses. (Ver Figura 4)

Figura 4



Al terminar el procedimiento tópico en cabina y el tratamiento tópico domiciliario, el paciente tuvo una mejoría notoria, observándose, principalmente, disminución del enrojecimiento y del grosor de la piel. Aunque se requieren otras sesiones de tratamiento tópico en cabina, puede observarse ya, una mejoría de su apariencia. (Ver Figura 5)

Antes

Figura 5

Después



Conclusión

La rosácea es una enfermedad fácilmente diagnosticable desde las consultas de atención primaria, por lo que se debe reconocer y utilizar los diferentes tratamientos disponibles. Es muy importante particularizar el tratamiento en función del subtipo y la respuesta al mismo, en cada uno de las personas que manifiestan la enfermedad. Al paciente diagnosticado con rosácea, se le deben explicar las características de su enfermedad en lo relativo a cronicidad, tipo de rosácea que presenta, factores desencadenantes, entre otras cosas, con la finalidad de reducir frustraciones, falsas expectativas y ansiedad. También resulta importante educar a los pacientes para la identificación de los factores que la causan, a fin de evitar la aparición de brotes frecuentes y disminuir la intensidad de los síntomas.

Agradecimiento

El agradecimiento va a la persona que colaboró con el caso de estudio, que, por motivos de confidencialidad, no se revelará su nombre.

Referencias Bibliográficas

- Abokwidir, M., & Feldman, S. (Septiembre de 2016). Manejo de la rosácea . *Skin Appendage Disord (Karger Publishers)*, 2(1-2), 26-34.
doi:doi:10.1159/000446215.
- Bodom, R., James, W., & Berger, T. (2004). *Andrew's Diseases of the Skin*. En P. W. Philadelphia.
- Diepgen, T. (s/f). Dermis - Dermatology Information System. *Atlas of Dermatology. Disclaimer*. Obtenido de <http://www.rosacea.dermis.net/content>.
- Falabella, F., Chaparro, V., Cabal, B., & Domínguez, L. (2002). *Fundamentos de medicina. Dermatología* (6 ed.). Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Georgala, S., & Katoulis, A. (2001). Increased density of *Demodex folliculorum* and evidence of delayed hypersensitivity reaction in subjects with papulopustular rosacea. *Rev European Academy of Dermatology and Venereology* (15), 441-444.
- Guillen, Z., & Romero, G. (1997). Ácaros astigmata y prostigmata de importancia médica en el Perú. *Anales de la Facultad de Medicina* , 58(2), 112-117.
- Intriago, S., & Intriago, A. (Enero de 2020). Reprogramación celular en melasmas post traumáticos. *Polo del Conocimiento*, 5(1), 148-166.
doi:<http://dx.doi.org/10.23857/pc.v5i01.1218>

- Junemann, A. (s/f). *Demodex folliculorum in chronic blepharitis*. Obtenido de <http://www.onjoph.com/english/demodex.html>
- Kenneth, A., & Kathryn, E. (2002). *Rosacea and Perioral (Periorificial) Dermatitis. Manual of dermatologic therapeutics with essential of diagnosis*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Mazzini, M. (1942). Rosácea, frecuencia y factores etiológicos. *Revista Argentina de Dermatosifilología* , 26(3), 480- 493.
- Odom R, J. W. (2003). *Andrews diseases of the skin*. (9 ed.). Philadelphia: Saunders Company.
- Oge, L., Muncie, H., & Phillips-Savoy, A. (Agosto de 2015). Rosácea: diagnóstico y tratamiento. *Am Fam Physician*, 92(3), 187-196.
- Plewig, G., & Kligman, A. (1997). *Trastornos de los anexos epidérmicos y enfermedades relacionadas*. En: Fitzpatrick T, Eisen A. *Dermatología en Medicina general*. (4 ed.). Buenos Aires: Panamericana .
- Roihu, T., & Kariniemi, A. (1998). Demodex Mites in Rosácea. *J Cutan Pathol*, 25(10), 550-552.