

Guía para pacientes con rosácea

ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLOGÍA



© Academia Española de Dermatología y Venereología

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma o medio, incluyendo las fotocopias o cualquier sistema de recuperación de almacenamiento de información, sin la autorización por escrito del titular de los derechos.

Se ha realizado un gran esfuerzo al preparar esta guía para proporcionar una información precisa y actualizada que esté de acuerdo con la práctica y estándares aceptados en el momento de su publicación.

El contenido de esta guía refleja las opiniones, criterios, conclusiones y/o hallazgos propios de los autores, los cuales pueden no coincidir necesariamente con los de la AEDV.

Prólogo

La Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) tiene, entre sus muchos objetivos, y de los más importantes, la información al público en general de las patologías más frecuentes de esta especialidad, reivindicando que el dermatólogo es el especialista de referencia para la misma. Dentro de este objetivo destaca especialmente la relación y vinculación con las asociaciones de pacientes, que representan la vía más adecuada para contactar con pacientes con distintas patologías cutáneas.

Desde hace un año la AEDV mantiene, a través de su Fundación Piel Sana, reuniones periódicas con las asociaciones de pacientes con el objetivo de conocer

sus objetivos, necesidades... y poder colaborar, en la medida de nuestras posibilidades, con ellas.

Una de las peticiones comunes, manifestadas por estas asociaciones en diferentes reuniones que han mantenido con la Fundación, fue la de crear "Guías para Pacientes" por dermatólogos expertos --de referencia-- en las distintas patologías. Hoy podemos decir con satisfacción que este primer objetivo está logrado.

Esto no hubiera sido posible sin la colaboración de nuestros compañeros que, desde el primer momento, han aceptado de forma altruista esta colaboración. A ellos, nuestro más sincero agradecimiento. Es así mismo necesario agradecer

a la Fundación Piel Sana de la AEDV su apoyo y ánimo, desde su presidente hasta sus profesionales, y como no a las asociaciones de pacientes que nos han ayudado a corregir y mejorar estas publicaciones.

Nuestro único interés es que este trabajo, una vez vista la luz, sea de utilidad. Seguiremos trabajando en el beneficio de la Dermatología, de los dermatólogos y; sobre todo, de los pacientes con enfermedades cutáneas.

Dr. J. Soto de Delás
Director de la Fundación Piel Sana
Dr. J.C. Moreno Giménez
Presidente de honor de la AEDV
y Responsable de las relaciones
con Asociaciones de Pacientes

Concepto

La rosácea es una enfermedad inflamatoria crónica benigna de causa desconocida, con múltiples expresividades clínicas, que afecta predominantemente a la cara, y en concreto, a la región centofacial.

Es consecuencia de una disregulación térmica facial, un trastorno de la inmunidad innata, y de la inmunidad adquirida.

Estas alteraciones inducen una tendencia al rubor facial, espontáneo, o ante estímulos concretos, así como la aparición de lesiones inflamatorias llamadas pápulas y pústulas. Más raramente, sobre todo en varones, se desarrollan protuberancias cutáneas (fimas). Es habitual la afectación ocular, tanto de los párpados como de estructuras internas.

La incidencia de la rosácea es similar en hombres que en mujeres, aunque es algo más frecuente en éstas últimas.

En hombres puede ser más grave. Suele debutar entre los 30-50 años, en el 80% de los casos, aunque puede aparecer a cualquier edad, incluso en la infancia.

Predomina en la raza caucásica y la prevalencia en adultos estimada en Europa es de un 5% de la población general (0.5-22% según los distintos países).

La rosácea se encuentra entre las enfermedades dermatológicas que más afectan a la calidad de vida. El enrojecimiento facial habitual, erróneamente atribuido al hábito de beber por la población general, hacen que esta dermatosis benigna y no causada por el alcohol, sea muy mal tolerada por los afectados, que ven disminuida su autoestima y dañadas sus relaciones personales, laborales y sociales como consecuencia del padecimiento de esta patología.

Rosácea

Dra. M. Salleras Redonnet

Jefe Servicio Dermatología
Hospital Universitario
Sagrado Corazón
Grupo Quironsalud



Causas

La causa exacta de la rosácea es desconocida.

Las dos principales anomalías son una disregulación neurovascular y una alteración de la inmunidad innata.

En su etiopatogenia se han implicado:

- Factores genéticos (muchos casos son familiares).
- Mecanismos vasoactivos.
- Alteraciones de la inmunidad innata.
- Alteraciones de la inmunidad adquirida.
- Mecanismos neurocutáneos.
- Alteración de la barrera cutánea: la alteración de la pérdida transepidérmica de agua conduciría a una inflamación de la piel y la sequedad asociada explicaría la tendencia al prurito y la sensación de escozor.

- Presencia de microorganismos: *Demodex folliculorum* y *Bacillus oleronius*. Se ha visto que la piel con rosácea tiene una densidad del ácaro saprófito *Demodex folliculorum* superior a la presente en la piel normal, aunque no se ha demostrado una correlación directa entre esta densidad y la gravedad de la enfermedad.

La rosácea sería debida a una alteración genética en la respuesta de la inmunidad innata, lo cual produciría un incremento de catecilinas, que son sustancias vasoactivas y proinflamatorias, desencadenando la rosácea.



La rosácea sería debida a una alteración genética en la respuesta de la inmunidad innata.

Aunque muchas veces se ha relacionado la rosácea con el sol, la radiación ultravioleta no causa rosácea. Lo que sí está demostrado es que el calor, que puede producir esta radiación solar, puede desencadenar brotes de la enfermedad.

Otros factores desencadenantes son:

Exposición al calor (y sol).

Exposición al frío.

Exposición al viento.

Ejercicio físico intenso.

Baños calientes, saunas, jacuzzis.

Irritantes químicos.

Estrés, ansiedad.

Comidas y bebidas calientes o picantes.

Hábito de comer rápidamente sin masticar.

Alimentos ricos en histamina.

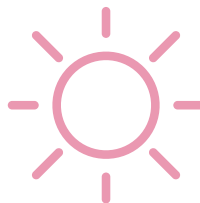
Alcohol.

Fármacos vasodilatadores.

Corticoides tópicos.

Exposición a la radiación ultravioleta ocupacional ("screen dermatitis").

Ciertos fármacos antitumorales.



Aunque muchas veces se ha relacionado la rosácea con el sol, la radiación ultravioleta no causa rosácea.

Tipos de rosáceas

Clásicamente la rosácea se ha dividido en 4 subtipos que, aunque están bien definidos y pueden manifestarse aisladamente como única manifestación de la enfermedad, muchísimas veces se suceden y / o se superponen, es decir, coexisten:

-Subtipo 1 o **rosácea eritematosa o eritematotelangiectásica** (imagen 1). Esta forma de rosácea consiste en la presencia permanente o transitoria de un enrojecimiento facial muy característico, que se localiza preferentemente en la zona centrofacial. La piel está rosada y este enrojecimiento se exacerba temporal y periódicamente. Es la manifestación de la rosácea

que más negativamente afecta a la calidad de vida de los afectados, y la más difícil de controlar.

-Subtipo 2 o **rosácea pápulo-pustulosa** (imagen 2) En esta fase, en la cara aparecen lesiones inflamatorias, pápulas y pústulas, que a menudo se confunden con el acné vulgar.

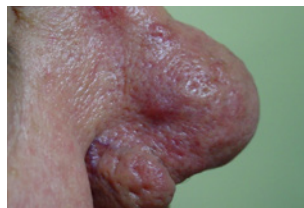
-Subtipo 3 o **rosácea fimatosa** (imagen 3). A lo largo de los años, y de forma casi exclusiva en los varones, se puede producir un engrosamiento del tegumento cutáneo que da lugar a las conocidas como fimas, que son signos exclusivos y específicos de la enfermedad. Se deben a una hiperplasia de las glándulas sebáceas y a la aparición de fibrosis y la más frecuente es la que aparece en la nariz (rinofima), aunque pueden



3 - Imagen de rubor facial



2 - Imagen característica de rosácea: rubor facial, pápulas y pústulas



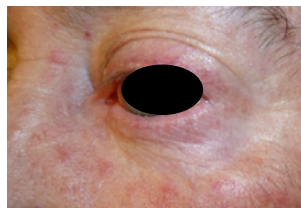
3 - Imagen de rinofima: engrosamiento de la piel nasal

engrosarse frente, mejilla, mentón u orejas. Las fimas pueden estar "inflamadas o activas", cuando además hay lesiones pápulo-pustulosas, o "no inflamadas o inactivas", cuando no las hay.

-Subtipo 4 o **rosácea ocular** (imagen 4). Se refiere a todas las manifestaciones de la rosácea que aparecen en los ojos. Un 50-75% de casos de rosácea presentan manifestaciones oculares, que son muy molestas y difíciles de tratar.

Desafortunadamente suelen diagnosticarse tardíamente, por lo que es importante conocer que esos síntomas o signos oculares pueden formar parte de la misma enfermedad cutánea, para recibir un diagnóstico y tratamiento precoz y adecuado.

Las manifestaciones oculares son especialmente habituales en las rosácea infantiles, que, a veces, tan sólo manifiestan la rosácea en esta zona. Existen otras formas clínicas de rosácea, como la rosácea granulomatosa, la rosácea fulminante etc. mucho más infrecuentes.



4 - Imagen de rosácea ocular

Diagnóstico de la rosacea

Para que el dermatólogo le diagnostique una rosácea no necesita hacerle pruebas complementarias. No requiere análisis sanguíneos (la rosácea no se manifiesta en ningún parámetro sanguíneo); no necesita cultivos (la rosácea no es una enfermedad infecciosa) ni biopsia cutánea (excepto en algunos casos en que haya dudas diagnósticas con otras posibles enfermedades que podrían simular la rosácea).

Su dermatólogo le diagnosticará rosácea tan sólo con inspeccionar la piel de su rostro.

Los criterios diagnósticos de la rosácea se han establecido en los últimos años, facilitando a los clínicos su diagnóstico.

Se basan en la presencia de manifestaciones clínicas (fenotipos) características de la enfermedad:

- 1- Fenotipos diagnósticos:**
- Eritema facial persistente, que periódicamente se intensifica.
 - Fimas.
- 2-Fenotipos mayores:**
- Pápulas y pústulas.
 - *Flushing* (eritema transitorio).
 - Telangiectasias.
 - Clínica ocular.

Se puede hacer el diagnóstico de rosácea cuando el paciente padece al menos uno de los fenotipos diagnósticos (o los dos), o dos o más de los fenotipos mayores.

La presencia habitual de sequedad, descamación y edema y las sensaciones de picor y quemazón, aunque frecuentes, no son criterios diagnósticos.



Su dermatólogo le diagnosticará rosácea con tan sólo inspeccionar la piel de su rostro.

Diagnóstico diferencial de la rosácea

Es muy frecuente que la rosácea se confunda con otras enfermedades cutáneas, con las cuales comparte diversas manifestaciones clínicas, y es importante no confundir, pues el tratamiento nunca es exactamente el mismo.

Entre estas enfermedades destacan especialmente:

- Acné:

En éste siempre hay comedones (puntos negros) y nunca los hay en la rosácea.

- Folliculitis:

En ella las pústulas siempre rodean un pelo.

Dermatitis perioral:

Se localiza más en áreas periorificiales (alrededor de ojos, nariz o boca) y no tanto centrofacial como la rosácea.

- Dermatitis seborreica y dermatitis atópica:

Comparten la descamación y el eritema con la rosácea, pero en las dermatitis no habrá nunca pústulas.

- Enfermedades

fotolumínicas:

fotosensibilidad, reacciones fototóxicas y fotoalérgicas. Cursan también con eritema o rubor facial, pero sin pápulas ni pústulas.

- Enfermedades

autoinmunes:

lupus eritematoso, dermatomiositis y otras.

- Queratosis pilaris:

Presenta eritema y descamación, pero no pústulas.

El tema se complica más cuando una persona tiene dos dermatosis de forma simultánea, lo que es relativamente frecuente.

Por ejemplo, se puede padecer

- rosácea
- dermatitis seborreica; rosácea
- dermatitis atópica; rosácea
- acné etc.

En estos casos, además de un buen diagnóstico por parte del dermatólogo, se requerirá un tratamiento muy preciso de ambas dermatosis, para que la terapia de una de ellas no tenga consecuencias nocivas para la otra.

Pronóstico de la rosácea

La rosácea es una enfermedad crónica; esto significa que, una vez aparece, permanece en el tiempo, con períodos de remisión (espontánea, o gracias a los tratamientos) y con períodos de exacerbación (espontáneos o secundarios a los distintos estímulos desencadenantes comentados más arriba).

Pero se ha constatado una tendencia a la mejoría o incluso desaparición de la enfermedad con los años.

Algunos varones pueden ver como se les produce un engrosamiento progresivo de la piel, especialmente en la nariz (rinofima). Esto es excepcional en mujeres.

Algunos casos, que suelen ser mujeres, pueden padecer formas fulminantes, pero son muy infrecuentes. En estos casos aparecen pústulas, edema e inflamación de la cara, de forma severa y aguda, que suelen acompañarse de síntomas generales (fiebre, malestar general, artritis etc.)

“

La rosácea es una enfermedad crónica; esto significa que, una vez aparece, permanece en el tiempo

Gravedad de la rosácea

Como en todas las enfermedades, la rosácea puede padecerse en distintas intensidades: hay formas muy leves que casi no molestan al paciente, formas leves, moderadas, graves y muy graves, como la comentada rosácea fulminante. Además, la rosácea puede ver modificada su intensidad en cualquier momento de su curso, sea de forma espontánea o por causa de agentes exacerbantes.

Es importante que cada afectado reconozca sus principales desencadenantes, para así tratar de evitarlos.

Tratamiento de la rosácea

En los últimos años se han producido numerosos avances en el tratamiento, de modo que hoy en día podemos afirmar que la rosácea, con el tratamiento adecuado, se controla satisfactoriamente y la gran mayoría de pacientes conseguirán una remisión de su enfermedad. Sin embargo, también es cierto, que, a esa remisión de la enfermedad, deberán seguir controles periódicos y a menudo tratamientos de mantenimiento para evitar rebotes o al menos retrasarlos y/o mitigarlos.

El tratamiento de la rosácea, se deberá entender como un tratamiento continuo y adecuado a cada fase de la enfermedad. No podemos

hablar de un tratamiento único, temporal y curativo (aunque excepcionalmente en algún caso pueda suceder), sino de un tratamiento constante de la piel con rosácea a lo largo de los años hasta que la propia naturaleza haga desaparecer la enfermedad. La rosácea es tratable, pero no curable.

Todas las pieles con rosácea, sea cual sea el tipo clínico predominante, deberán seguir unas medidas generales de "cuidado de la piel" que son comunes. Son las siguientes:

- Evitar los factores desencadenantes del rubor facial.
- Extremar las medidas de fotoprotección, utilizando diariamente protectores

solares de alta protección (SPF mínimo 30, mejor 50) indicados para pieles con rosácea, que son filtros físicos, ya que los filtros químicos, al actuar por un mecanismo de absorción de la radiación ultravioleta, generan calor, y por tanto rubor facial.

- Evitar los procedimientos o productos irritantes para la piel (limpiezas de cutis, *peelings* agresivos, dermabrasiones, compuestos con alcohol, mentol...)

-Realizar una higiene suave y cuidadosa, dos veces al día, con los productos de higiene especialmente diseñados para las pieles con rosácea y con agua templada o tibia. Secar con cuidado, mejor con toallas de algodón o lino.

-Aplicar los emolientes adecuados para la piel con rosácea, que no contendrán activos irritantes. La rosácea es una dermatosis con piel sensible, o extremadamente sensible, y hay que tener este concepto siempre presente ante la elección de cualquier producto que deba aplicarse en el rostro.

Idealmente, estos emolientes deberían contener activos venotónicos y antiinflamatorios, para calmar la piel con rosácea, habitualmente enrojecida e inflamada

-Priorizar emolientes o maquillajes que contengan tonos verdosos, pues estos van a mitigar el enrojecimiento habitual de la piel con rosácea. El verde es el color complementario del rojo.



Evitar los procedimientos o productos irritantes para la piel.

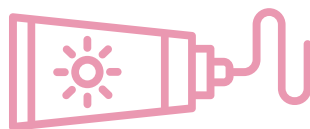
Afortunadamente, en el mercado existen actualmente múltiples protectores solares, limpiadores, hidratantes y maquillajes específicos para estas pieles que su dermatólogo conoce perfectamente y se los va a recomendar. Evite la utilización de productos no adecuados, pues pueden ser motivo de exacerbaciones de la rosácea o de fracasos del tratamiento indicado.

- Tener cautela con diversos activos *antiaging*, tales como los alfa-hidroxiácidos y los retinoides, que, si bien no están "prohibidos", sí que deben recomendarse en dosis y vehículos adecuados para la piel con rosácea. A parte de estas medidas generales de tratamiento, la rosácea deberá tratarse

según el subtipo clínico que se padece, pues cada uno dispone de activos específicos para su tratamiento. Y en general estos activos se van a combinar, ya que es habitual la coexistencia de distintas manifestaciones de la rosácea en el mismo paciente.

Cuando las manifestaciones de cualquiera de los subtipos son leves, se le indicarán tan sólo tratamientos tópicos, mientras que cuando sean de intensidad moderada-grave, al tratamiento tópico se le añadirán activos orales.

El tratamiento de "mantenimiento", para evitar recaídas, se hará generalmente con tópicos, aunque en algún caso se requerirá tratamiento por vía oral.



Afortunadamente en el mercado existen actualmente múltiples protectores solares para estas pieles que su dermatólogo conoce perfectamente.

El tratamiento de la rosácea eritematosa (subtipo 1), en la que predomina el rubor facial, permanente o cíclico, deberá hacerse con activos vasoconstrictores, que tienen como finalidad el “cierre” de la vascularización facial, que se encuentra “abierta” de forma permanente o temporal y que tan invalidante es para el afectado/a.

Hasta hace pocos años, disponíamos tan sólo de agentes de origen vegetal con reconocidos efectos venotónicos, calmantes, refrescantes, descongestivos, pero de poca eficacia real, como el ruscus, meliloto, hammamelis, etc. En la actualidad se utilizan como integrantes de los cosméticos (cremas,

mascarillas) y como complemento a los tratamientos médicos de mayor eficacia, pero no en monoterapia.

Disponemos actualmente de activos con eficacia contrastada en ensayos clínicos: uno ya comercializado: la brimonidina, y otro que podemos utilizar recurriendo a la formulación magistral: la oximetazolina. Ambos activos actúan por un mecanismo de vasoconstricción, y se aplican por la mañana, para que tengan su efecto durante toda la jornada, que es cuando nos interesa evitar o mitigar el enrojecimiento de la cara. Pueden aplicarse diariamente, o bien “a demanda”, los días en que previsiblemente se requiera

evitar la aparición del rubor facial. Su efecto tras la aplicación empieza a los 30 minutos aproximadamente, es máximo sobre las 3 horas, y posteriormente va decreciendo hasta perder toda su eficacia hacia las 12 horas postaplicación. Es pues un tratamiento suspresivo, con eficacia tan sólo el día de su utilización.

El eritema facial permanente y, sobretodo, las telangiectasias permanentes del rostro se benefician también de los tratamientos físicos como electrodisecación, láseres vasculares u otras fuentes de luz, como la luz pulsada intensa (IPL). Son tratamientos que requieren de múltiples sesiones, y que pueden resultar costosos pero que consiguen importantes mejorías de los

signos y síntomas de esta forma de rosácea y además con efecto duradero.

Evidentemente, es posible, y además aconsejable, combinar los diferentes tratamientos. Es decir, aplicar vasoconstrictores por la mañana (brimonidina u oximetazolina), realizar sesiones de laser o IPL, y continuar con los vasoconstrictores diariamente.

Cuando el eritema transitorio o flushing no se controla con los vasoconstrictores tópicos, es posible ensayar fármacos por vía oral, como los betabloqueantes (propranolol, carvedilol u otros) aunque su eficacia es discreta.

También se están ensayando nuevas modalidades

terapéuticas para el eritema facial, tales como las inyecciones intradérmicas de toxina botulínica, o el ácido tranexámico. Y para casos de flushing severo, procedimientos quirúrgicos como la simpatectomía torácica endoscópica podría tener alguna utilidad en casos muy seleccionados.

El tratamiento de la rosácea pápulopustulosa (subtipo 2), se basará en activos antiinflamatorios, que en general se aplicarán por la noche. Los más eficaces, y por este orden son: ivermectina, metronidazol y ácido azelaico.

Aunque estos activos están catalogados como antimicrobianos, su efecto en el caso de la rosácea se debe sobretudo a sus propiedades



Evidentemente, es posible, y además aconsejable, combinar los diferentes tratamientos.

antiinflamatorias, aunque la actividad antiparasitaria de algunos de ellos es útil para disminuir la población del *Demodex folliculorum*, ácaro saprófito cutáneo, que, como hemos comentado más arriba, juega un papel exacerbante de la rosácea en algunos casos.

Se recomiendan durante períodos de 6-12 semanas, hasta conseguir la remisión de la rosácea, aunque posteriormente se pueden mantener a días alternos, o tres veces por semana, para prevenir las habituales recaídas.

En los casos moderados-graves, o los casos leves que no responden al tratamiento tópico, deberá añadirse tratamiento oral. El tratamiento oral de primera línea de la rosácea

son los antibióticos del grupo de las tetraciclinas, que, aunque son activos antimicrobianos, deben su eficacia en rosácea sobre todo a su actividad antiinflamatoria. Doxiciclina, minociclina y otras tetraciclinas se emplearán a dosis distintas según la gravedad y evolución de la rosácea, intentando siempre la dosis mínima eficaz (40 mg en adelante).

Cuando las tetraciclinas están contraindicadas (por edad, embarazo, efectos adversos etc.) son alternativos los macrólidos (azitromicina, eritromicina, claritromicina).

Los casos que no respondan a antibióticos orales serán tributarios de tratamiento con isotretinoína oral. Este derivado sintético de la vitamina A, ampliamente

“

En los casos moderados-graves, o los casos leves que no responden al tratamiento tópico, deberá añadirse tratamiento oral

utilizado en la terapéutica del acné, es muy eficaz también en la rosácea (por sus propiedades antiinflamatorias), para la cual se requieren dosis muy inferiores.

Sin embargo, hay que descartar que, a diferencia de cuando se emplea en el acné, para el cual es una medicación potencialmente curativa. En la rosácea la isotretinoína tiene un efecto tan sólo supresivo. No cura definitivamente la rosácea, sino que se controla durante el tratamiento y algunos meses después de dejarlo.

Así, serán necesarios ciclos recurrentes de 4-6 meses de tratamiento, o bien tratamiento continuado en dosis bajas para controlarla. La rosácea subtipo 2 o pápulo-pustulosa, también

puede beneficiarse del tratamiento con láser u otras fuentes de luz, aunque esta indicación está menos contrastada que en la rosácea eritematosa.

La rosácea fimatosa (subtipo 3) en su forma activa, se tratará igual que la rosácea papulopustulosa. Pero en su forma inactiva sólo responde a terapias físicas (electrodisecación, dermoabrasión, laser Co2) o a cirugía.

La rosácea ocular (subtipo 4) deberá abordarse de forma multidisciplinar. Las formas leves, se tratan con colirios o pomadas oftálmicas que contengan metronidazol, ivermectina, ciclosporina, azitromicina u otros activos. Las formas moderada-graves, con tetraciclinas o isotretinoína oral.



Serán necesarios ciclos recurrentes de 4-6 meses de tratamiento, o bien tratamiento continuado en dosis bajas para controlarla.

Pero siempre es aconsejable, especialmente en las formas moderada-graves valoración del oftalmólogo, que es el médico especialista en la patología del globo ocular. También será él el que realice los tratamientos quirúrgicos si se requirieren.

Comorbilidades en la rosácea

Como está sucediendo en múltiples enfermedades dermatológicas, en los últimos años se ha documentado que la enfermedad inflamatoria cutánea no es un fenómeno aislado, concentrado en la piel, sino que la inflamación que afecta un órgano puede afectar simultánea o sucesivamente a otros órganos, y así se está sospechando que ocurre con la rosácea también. Así, se van demostrando asociaciones más o menos consistentes, con otras enfermedades:

- **Enfermedad gastrointestinal:**

Enfermedad de Chron , colitis ulcerosa, celiaquía, reflujo gastroesofágico.

- **Enfermedad Cardiovascular:**
Hipertensión arterial.

- **Enfermedad metabólica-endocrina:**
Diabetes mellitus M-1, hiperlipemia.

- **Enfermedades autoinmunes:**
Artitis reumatoide.

- **Neurológicas:**
Migrañas, gliomas, Parkinson, demencia, esclerosis múltiple.

En este contexto, las personas con rosácea parece que padecen, de forma más frecuente que la población general, estas enfermedades, en especial la migraña.

De todos modos, estas asociaciones son generalmente débiles, y aún muchas de ellas pendientes de confirmar y hay que valorarlas individualmente según el contexto clínico.

Pero han generado novedosos e importantes interrogantes a la comunidad dermatológica:

¿Es la rosácea sólo una enfermedad cutánea?

¿Es la rosácea una enfermedad de origen sistémico?

¿Es la rosácea un marcador de riesgo de padecer una enfermedad interna?

Cuestiones todas aún pendientes de respuesta y que sólo con nuevas evidencias científicas iremos resolviendo.

Embarazo y rosácea

La rosácea suele empeorar durante la gestación, período en que la vasodilatación de la circulación y la hiperemia son habituales.

Por otra parte, es muy importante saber que muchos medicamentos, tanto tópicos como orales, habituales para tratar la rosácea, no van a poder utilizarse durante este período.

Por vía tópica pueden usarse con seguridad el metronidazol tópico y el ácido azelaico aunque probablemente ivermectina tópica también es segura. Tetraciclinas e isotretinoína, están absolutamente contraindicadas. Si se requiere tratamiento oral,

se deberá recurrir a los macrólidos (azitromicina, eritromicina, claritromicina).

Rosácea en la edad pediátrica

Aunque la rosácea suele afectar a adultos, no son raros los casos pediátricos. Clínicamente es similar a la rosácea del adulto, pero destaca el hecho que la afectación ocular es mucho más frecuente que en adultos y a veces debuta tan sólo en esa localización.

El tratamiento tópico es igual que en adultos. Sin embargo, si requiere tratamiento oral es importante saber que las tetraciclinas están contraindicadas antes de los 8 años por su efecto de pigmentación dental.



La rosácea suele empeorar durante la gestación, período en que la vasodilatación de la circulación y la hiperemia son habituales.

Vivir con rosácea

La rosácea es una de las enfermedades dermatológicas que más merma la calidad de vida.

Tanto el rubor facial, permanente o transitorio, como las lesiones inflamatorias y, por supuesto la fimas, inciden de forma severa en la percepción de uno mismo y en la percepción que los demás tienen del afectado.

La persona que padece rosácea, en cualquiera de sus formas clínicas, puede sentir vergüenza, ansiedad, estigmatización social, síntomas depresivos y baja autoestima.

Esto repercute indefectiblemente en su autoconfianza, y en sus

relaciones personales, laborales y sociales, y motiva la generación de conductas fóbicas que a veces son severas.

Es importante que la sociedad reconozca que la rosácea es una condición cutánea involuntaria, como pueden serlo otras enfermedades de la piel, como el acné, la psoriasis, los eccemas etc. y que el paciente con rosácea no es el causante de su enfermedad, y que ésta no está producida por el alcohol u otros hábitos tóxicos. Sólo así estos pacientes dejarán de sentirse estigmatizados.

“

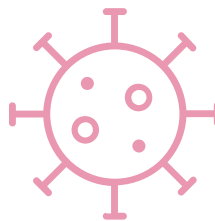
La rosácea es una de las enfermedades dermatológicas que más merma la calidad de vida

Covid-19 y rosácea

Aunque no hay constancia de que el coronavirus afecte el curso de la rosácea, lo que sí ha sido relevante durante la reciente pandemia es la exacerbación o inducción de rosácea, especialmente en la mitad inferior de la cara, como consecuencia del uso prolongado de las mascarillas.

Este fenómeno, que también se ha evidenciado en el acné, ha motivado multitud de consultas y necesidad de tratamientos tanto tópicos como, en los casos más resistentes, orales.

El incremento de horas pasadas frente al ordenador también se ha relacionado con el incremento de brotes de rosácea, ya que estos aparatos emiten calor y radiación ultravioleta, ambos inductores de brotes de rosácea (*"sreen dermatitis"*).



No hay constancia de que el coronavirus afecte el curso de la rosácea.

Bibliografía

Rosacea. N Eng J Med 2017, Nov 2,377:18: 1754-64

Clasificación. J Am Acad Dermatol 2018; 78:148-55
Br J Dermatol 2017; 176:431-8

Comorbilidades. J Am Acad Dermatol 2018; 78: 156-66
J Am Acad Dermatol 2020; 83:1331-40

Tratamiento. Actas DermSifiliogr 2019; 110(7):533-545
Br J Dermatol 2017; 465-71
Br J Dermatol 2019; 181:11-12
J DermatolTreat 2017,28(5)469-474
J Am Acad Dermatol 2020; 82:1501-10

Cosmética. Clin Dermatol 2017 (35):213-17



ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLÓGIA



fundacionpielsana.es
facebook.com/fundacionpielsana
twitter.com/pielsana_aedv

