

Rosácea con compromiso ocular en la niñez

Patricio Llancapi V.¹; Rosario Alarcón C.¹; Oriana Paiva M.²; Saúl Salgado C.²

Resumen

La rosácea ocular es una dermatosis facial, frecuente en adultos, especialmente mujeres, cuya fisiopatología es aún mal comprendida, aunque parece relacionada a cambios vasomotores. La afección es infrecuente en niños y adolescentes, donde plantea problemas diagnósticos y terapéuticos. Presentamos un caso de rosácea infantil con compromiso ocular. La rosácea ocular se manifiesta con hiperhemia conjuntival, telangiectasias, meibomitis, chalazion, blefaritis, queratoconjuntivitis, vascularización corneal periférica e infiltración subepitelial, iritis y queratitis en los casos más severos; el hallazgo más frecuente parece ser una blefaritis marginal.

(**Palabras clave:** rosácea, ocular.)

Ocular involvement in a child with rosacea

Ocular rosacea is a facial dermatosis, frequently found in adults, especially in females. The disease is an unusual finding in children and teenagers, where diagnosis and treatment pose several problems. The clinical features of a child with ocular rosacea are described with particular emphasis on differential diagnosis with acne, seborrheic dermatitis, cutaneous lupus erythematosus, tuberculosis and atopic prurigo. Ocular manifestations of rosacea are conjunctival hyperhemia, telangiectasis, meibomitis, chalazion, blefaritis, keratoconjunctivitis, increased peripheral corneal vascularization and subepithelial infiltration.

(**Key words:** rosacea, ocular.)

La rosácea es una afección cutánea crónica, centrofacial (nariz, mejillas), ocurre preferentemente en personas de piel clara. Se caracteriza por eritema telangiectásico, pápulas, pústulas, cambios vasomotores e hiperplasia de las glándulas sebáceas¹⁻⁴. Frecuente en adultos de 30 a 50 años de edad y excepcional en niños^{3,5}. Se desconoce su causa. Se ha atribuido a predisposición genética, infección gastrointestinal con *Helicobacter pylori* o facial con *Demodex folliculorum*, factores endocrinos, inestabilidad vascular. Se han descrito cortocircuitos venosos desde venas emisarias del sistema nervioso a la

piel en algunos pacientes con rosácea^{4,6}. Las alteraciones funcionales venosas causarían vasodilatación facial y respuesta anormal al calor y otros estímulos, y a las manifestaciones clínicas de la enfermedad. La exposición solar puede precipitar episodios agudos pero no es prerrequisito para su desarrollo^{5,6}.

Caso Clínico

Varón de 13 años de edad, con lesiones faciales pápulo-eritematosas pruriginosas de un año de evolución. Antes de consultar había sido tratado con antimicóticos, corticoides tópicos y antihistamínicos, sin respuesta. Sobre ambas mejillas, dorso nasal, párpados y orejas tenía lesiones papulosas, algunas pústulas, una que otra lesión nodular y costras y, bajo todas ellas, leve eritema facial. En los ojos había signos de blefaroconjuntivitis, con mínimo compro-

1. Hospital Clínico Regional de Concepción.

2. Internos de Medicina, Universidad de Concepción.

miso de la córnea. Figuras 1 y 2. Exámenes bacteriológicos y micológicos de resultados negativos. Biopsia cutánea: signos de dermatitis granulomatosa. Se prescribió terapia tópica con eritromicina y oral con minociclina, evolucionando en forma satisfactoria y sin recurrencia hasta la fecha.

Comentario

La rosácea no suele plantear problemas de diagnóstico en adultos, pero es difícil de distinguir de otras causas de erupción facial en el niño (acné, dermatitis seborreica, lupus crítematoso, tuberculosis cutánea y prurigo actínico), especialmente la forma granulomatosa. Las lesiones oculares aparecidas en su evolución son un elemento determinante del diagnóstico. Se cree que alrededor del 58% de los pacientes con rosácea sufren manifestaciones oculares, incluso antes que aparezcan las lesiones en la piel^{6,7}. En 30% de los pacientes hay algún grado de blefaritis². La relación entre los trastornos cutáneos y oculares tal vez podría ser una consecuencia del defecto en la termo-

regulación de la vena angular facial, que repercutiría en la microcirculación. La rosácea ocular se manifiesta con hiperhemia conjuntival, telangiectasias, meibomitis, chalazion, blefaritis, queratoconjuntivitis, vascularización corneal periférica e infiltración subepitelial, iritis y queratitis en los casos más severos; el hallazgo más frecuente parece ser una blefaritis marginal. Las lesiones oculares son crónicas y frecuentemente progresivas. En 98% de los casos es bilateral⁴, pero la enfermedad unilateral no descarta el diagnóstico. Aunque se han reportado casos esporádicos entre los 10 y 19 años de edad, estos no están descritos en detalle. La complicación más severa de la rosácea ocular es la queratitis, con vascularización marginal, infiltración subepitelial y úlceras corneales que usualmente sanan, pero a veces se perforan. Las cicatrices corneales periféricas y la neovascularización pueden provocar pérdida total de la visión⁴.

El tratamiento inicial consiste en una buena higiene ocular y antibióticos con actividad sobre bacterias gram positivas². Se prefiere eritromicina en ungüento o bacitracina aplicada en el



Figura 1: Lesiones faciales papulosas y costras sobre una base eritematosa leve.

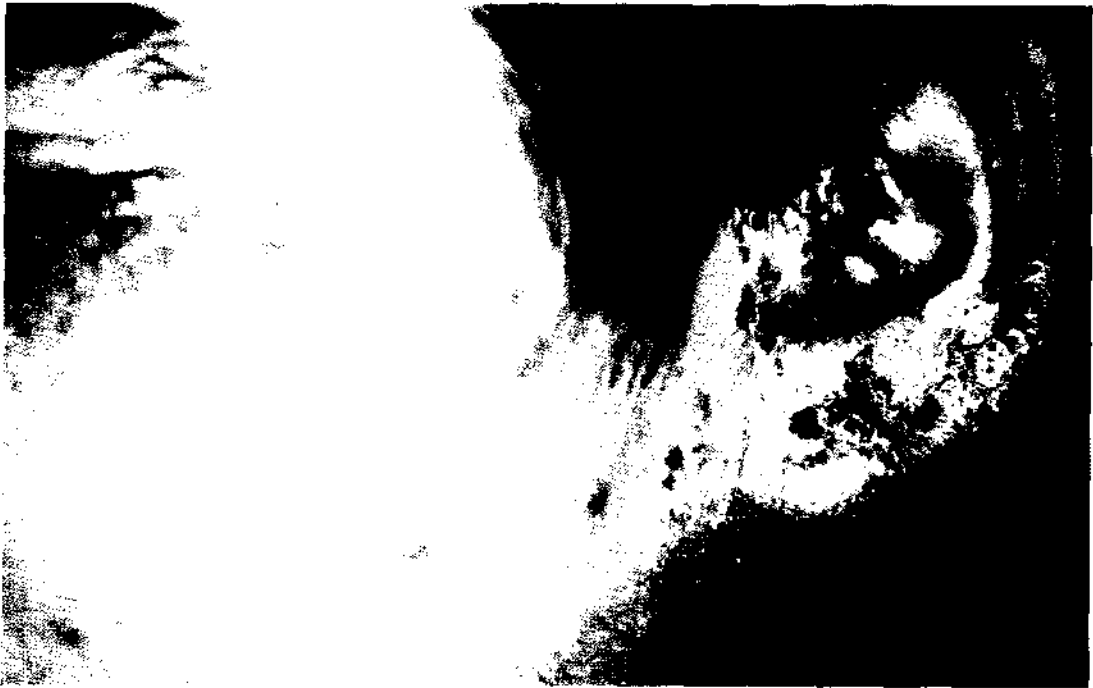


Figura 2: Lesiones predominantemente costrosas. Nótese también presencia de pústulas en antebélix.

margen de los párpados en la noche, favoreciendo la adecuada función de las glándulas de Meibomio y reduciendo el riesgo de lesiones corneales definitivas. Los esteroides tópicos pueden usarse en el manejo de iritis, queratitis y episcleritis. Si las manifestaciones oculares son severas o no responden al tratamiento local, se indica terapia sistémica. La tetraciclina, ampicilina, eritromicina y metronidazol suelen ser eficaces^{2, 3, 8-10}. La tetraciclina, cuya efectividad en adultos está comprobada, no debe usarse en niños en crecimiento⁸⁻¹⁰. Si bien el curso de la afección es impredecible, al suspender la terapia es de esperar la recurrencia.

Aunque la rosácea ocular es excepcional en el niño, debe diagnosticarse y tratarse precozmente a fin de evitar secuelas que pueden llegar a causar ceguera. Hay poca información que compare la historia natural de las manifestaciones oculares y de piel en la rosácea¹². Es por tanto recomendable derivar a cada paciente que sufre de rosácea a un examen oftalmológico, que puede detectar anomalías subclínicas,

particularmente en niños y adolescentes con signos clínicos atípicos de acné (compromiso palpebral, ocular).

Referencias

1. Frucht-Pery J, Sagi E, Herno I, Ever-Hadani P: Efficacy of doxycycline and tetracycline in ocular rosacea. *Am J Ophthalmol* 1993; 116: 88-92.
2. Rook F, Wilkinson DS, Ebling FJG: *Textbook of Dermatology* 1992; 4: 2653.
3. Drolet B, Paller AS: Childhood rosacea. *Pediatr Dermatol* 1992; 9: 22-26.
4. Callen J: *Dermatologic Clinics* 1990; 8: 307-309.
5. Shering Corporation: Atlas de Dermatitis actínicas relacionadas con la luz solar 1985: 28.
6. Habif Th: *Clinical Dermatology: A color guide to diagnosis and therapy* 1996: 182.
7. Browning D, Proia A: Ocular rosacea. *Surv Ophthalmol* 1986; 31: 145-157.
8. Bartholomew R, Reid B, Cheesbrugh M, Macdonald M, Galloway N: Oxytetracycline in the treatment of ocular rosacea: a double-blind trial. *J Ophthalmol* 1982; 66: 386-388.
9. Gudmundsen K, O'Donnell B, Powell F: Schirmer testing for dry eyes in patients with rosacea. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26: 211-214.

10. *Culbertson W, Huang A, Mandelbaum S, Pflugfelder S, Boozalis G, Müller D*: Effective treatment of phlyctenular keratoconjunctivitis with oral tetracycline. *Ophthalmol* 1993; 100: 1358-1366.
11. *Bourrat E, Rybojad M, Deplus S, Morel P*: Rosacée de L'enfant avec atteinte oculaire. *Ann Dermatol Venerol* 1996; 123: 664-665.
12. *Jenkins M, Brown S, Lempert S, Weiberg R*: Ocular rosacea. *Am J Ophthalmol* 1979; 88: 618-622.
13. *Erzurum S, Feder R, Greenwald M*: Acne rosacea with keratitis in childhood. *Arch Ophthalmol* 1993; 111: 228-230.
14. *Zengin N, Tol H, Gunduz K, Okudan S, Baleri S, Endogov H*: Meibomian gland dysfunction and tear film abnormalities in rosacea. *Cornea* 1995; 14: 144-146.