

Acné rosácea

Clínica y tratamiento

■ LEIRE AZCONA BARBED • Farmacéutica comunitaria. Máster en Cosmética y Dermofarmacia.

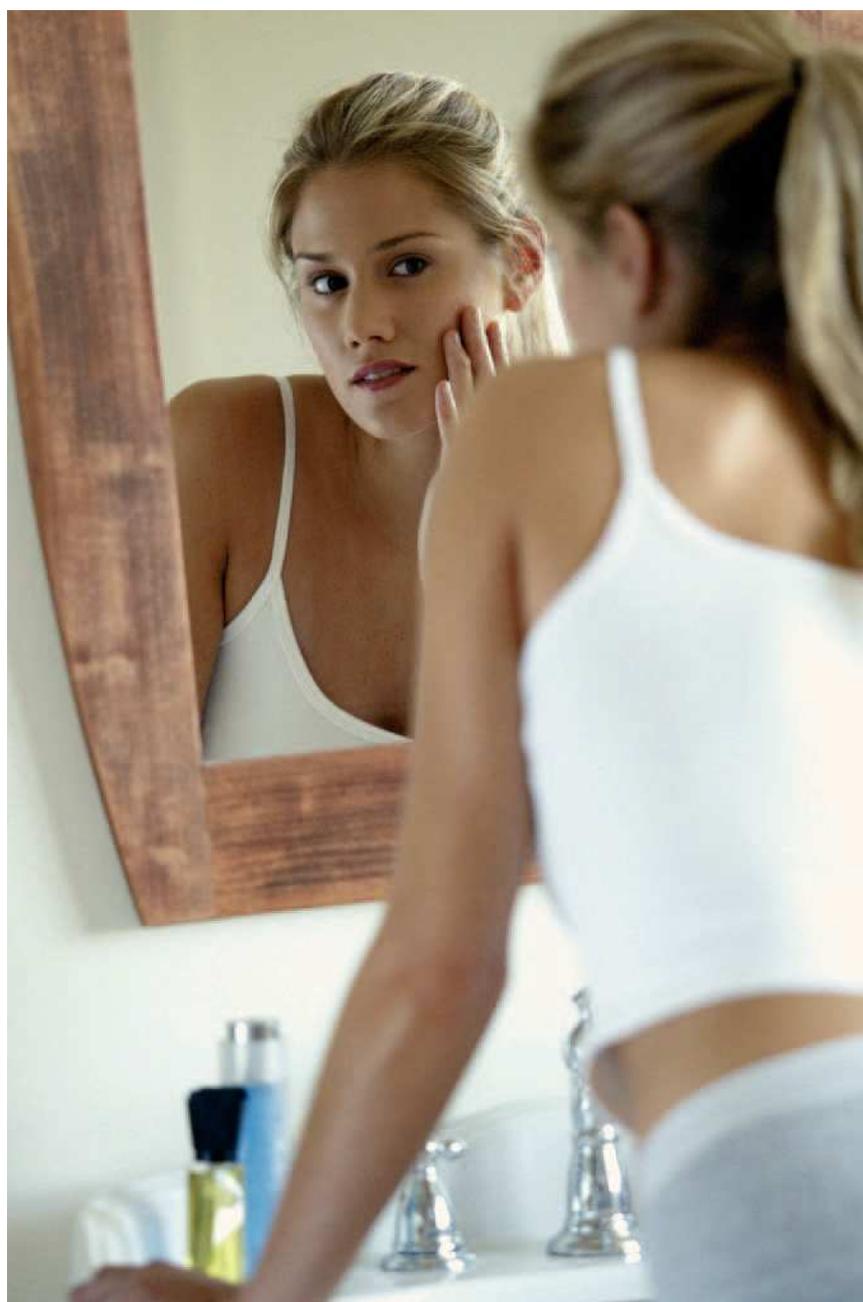
La autora describe las características clínicas del acné rosácea, comenta las opciones de tratamiento existentes en la actualidad y se extiende sobre las posibilidades que ofrece la dermofarmacia en esta afección.

Cada vez es más frecuente observar pieles reactivas, que responden a factores externos produciendo un enrojecimiento cutáneo que puede ir acompañado de seborrea. Es lo que se conoce como acné rosácea. En este artículo se describen sus manifestaciones, los factores que agravan el proceso y los tratamientos adecuados para esta afección. Desde la oficina de farmacia es posible aconsejar tanto en el cumplimiento del tratamiento como en la práctica de unos hábitos que mejoren el problema.

¿QUÉ ES LA ROSÁCEA?

La rosácea es una enfermedad inflamatoria, crónica y progresiva que afecta principalmente a mujeres adultas (entre 30 y 60 años), y especialmente a las que presentan una tez clara con signos de elastosis solar y heliodermia. Aunque la prevalencia en las personas con piel oscura es menor, la gravedad de la afección en estos casos suele ser mayor.

En Estados Unidos 13 millones de personas presentan esta enfermedad. En España, aproximadamente el 1% de las consultas dermatológicas está relacionado con la rosácea.



ETIOLOGÍA

La etiología de esta afección es, todavía hoy, desconocida. En la actualidad, se barajan diversas hipótesis, de las cuales a continuación se destacan las más frecuentes:

Hipótesis alimentaria

Ciertos trastornos digestivos como diarrea, estreñimiento, vómitos y náuseas han sido relacionados con el desencadenamiento de la rosácea, aunque dicha afirmación no está avalada científicamente. De cualquier forma, lo que sí se ha demostrado es que la ingesta tanto de alcohol como de comidas muy especiadas empeora los síntomas de esta enfermedad.

Hipótesis psicológica

Algunos autores consideran que el factor psicológico puede ser el responsable específico de esta afección. Pero lo que se ha demostrado es la aparición o recrudescimiento de la cuperosis rosaceiforme en determinados estados depresivos.

Hipótesis farmacológica

Aunque no se ha podido demostrar la intervención de un mecanismo farmacológico, no hay duda de que ciertos fármacos como los corticosteroides sistémicos y los vasodilatadores están relacionados con los brotes de rosácea.

Hipótesis infecciosa

A pesar de que el tratamiento de rosácea con antibióticos tiene una eficacia indiscutible, no se ha podido demostrar una relación directa con la bacteria *Demodex folliculorum*.

Hipótesis climática

Sobre la influencia de los factores climáticos en el desarrollo de la rosácea existen opiniones discordantes. Lo que sí es cierto es que tanto el calor como el frío afectan a los vasos sanguíneos a nivel dermoepidérmico.

Hipótesis inmunológica

Mediante biopsias realizadas en la piel afectada por rosácea, se ha observado una acumulación de inmunoglobulinas en la unión dermoepidérmica y mediante extractos linfocitarios de pacientes con esta afección se han encontrado anticuerpos anticólageno en la dermis papilar. Algunos autores han considerado estos estudios de poca relevancia, dando mayor importancia a la presencia de colágeno tipo IV degenerado por la radiación solar.

SINTOMATOLOGÍA

La rosácea es una enfermedad cutánea que se caracteriza por presentar estos

Tabla I. Fases de la rosácea y sintomatología

Tipo	Sintomatología
Fase leve: prerrosácea	Episodios frecuentes de rubor y calor (flushings)
Fase moderada	Dilatación de los vasos sanguíneos subcutáneos Formación de granos Vasos sanguíneos inflamados
Fase grave	Glándulas sebáceas agrandadas Nariz muy enrojecida e inflamada: rinofima

síntomas: eritema persistente, telangiectasias, pápulas, pústulas e hipertrofia de las glándulas sebáceas en grado variable. Suele limitarse a la cara, localizándose principalmente en la piel de las mejillas, mentón, pómulos,

La rosácea es una enfermedad crónica que se desarrolla con el tiempo y que puede atravesar varias fases, según la severidad de los síntomas:

Fase leve

La piel tiende a ruborizarse con facilidad. Se produce una sensación de escozor y acaloramiento denominada *flushings* (término inglés), ante diversos estímulos externos como ciertas comidas, emociones y variaciones de temperatura. Se observa enrojecimiento en la zona central de la cara. A este estadio también se le denomina prerrosácea. En la actualidad, ciertos dermatólogos afirman que la cuperosis es la fase inicial de la rosácea.

Fase moderada

Además de la afección vascular, aparecen lesiones eritematoescamosas.

Fase severa

Además de lo mencionado anteriormente, aparecen lesiones papulopustulosas. Las glándulas sebáceas de la piel aumentan considerablemente de tamaño. Se caracteriza por una hipertrofia de la piel, principalmente en la nariz (rinofima) y, ocasionalmente, en las mejillas. La tabla I recoge los distintos tipos de rosácea con sus cuadros sintomatológicos típicos.

Los síntomas iniciales de esta enfermedad se asemejan a los de otras dermatosis como el acné, la dermatitis seborreica y el lupus eritematoso. Desde la farmacia conviene aconsejar al paciente que visite al dermatólogo para que establezca un diagnóstico preciso.

TRATAMIENTO

Aunque la rosácea es una enfermedad crónica que no tiene cura, puede tratarse y así reducir los síntomas y controlar los brotes. No se aconseja el empleo de activos vasodilatadores, ya que pueden agravar el proceso. El tratamiento varía según la fase en la que se encuentre la enfermedad:

Con el fin de que
la radiación solar
no empeore la rosácea,
se aconsejarán
fotoprotectores de alta
protección, con un
excipiente no graso

nariz y frente. Ocasionalmente pueden aparecer síntomas en las regiones retroauriculares, el escote, la espalda, el cuero cabelludo, las caderas y los muslos. Un alto porcentaje de los pacientes con rosácea presentan molestias oculares relacionadas con esta enfermedad. Los síntomas que pueden aparecer son muy variados, desde la intolerancia a las lentes de contacto y la sequedad ocular, pasando por blefaritis, formación de orzuelos e incluso daño corneal.

En la mayoría de los casos no se llega a determinar cuál ha sido la causa desencadenante de esta afección vascular.

Fases iniciales

El objetivo es reducir la incomodidad y la tirantez que presenta la piel. También se puede tratar el carácter inestético del eritema y las telangiectasias. Se aconsejarán cosméticos con moléculas vasoactivas como el rusus, el mirtilo y el castaño de indias, que por su acción vasoconstrictora favorecen la circulación cutánea. También se pueden aplicar cosméticos con sustancias antieritematosas como hamamelis, que además presenta acción vasoconstrictora y vasoprotectora, y meliloto, que evita el enrojecimiento en estas pieles tan reactivas.

En el mercado actual hay productos formulados con niacina o vitamina B₃, que controla la liberación y fijación de la histamina, evitando así la reactividad cutánea.

Fase moderada

Se realizará un tratamiento tópico, que suele resultar eficaz. Si presentan algún inconveniente, suele ser por problemas de intolerancia del usuario. Los fármacos de elección son antimicrobianos tópicos como metronidazol o antibióticos.

Metronidazol

Metronidazol se formula en gel no alcohólico al 0,75% o en emulsión O/W al 1%. El tratamiento tópico con metronidazol mejora el eritema pero no tiene efectos sobre las telangiectasias ni la rinofima. Si la rosácea está asociada a una dermatitis seborreica, el dermatólogo prescribirá un gel de metronidazol junto con fármacos antimicóticos como el ketoconazol al 2%.

Eritromicina

Eritromicina se formula al 2% en forma de gel no alcohólico o loción. En algunos casos también se formula clindamicina al 1% en forma de loción.

Todas las fórmulas de aplicación tópica hasta aquí citadas deberán emplearse por la mañana y por la noche, es decir, dos veces al día y serán prescritas por un médico.

Ácido azelaico

Una nueva alternativa a estos fármacos es el ácido azelaico. Se hizo un estudio comparativo entre un gel de ácido azelaico al 15% y un gel de metronidazol al 0,75% en el tratamiento de la rosácea papulopustular. Los resultados obtenidos de este trabajo revelan que el gel de ácido azelaico mejora los principales signos de esta enfermedad (lesiones inflamatorias y eritema) más que el gel de metronidazol. El ácido azelaico no actúa sobre las telangiectasia. Se utilizará al 15% en gel con aplicación cada 12 horas durante 15 días.

**Fase papulopustulosa**

Cuando se produce un brote inflamatorio se recurre al tratamiento farmacológico por vía oral:

Ciclinas

Los fármacos más empleados son las ciclinas: tetraciclina HCl, doxiciclina y minociclina. Las dosis y pautas de cada antibiótico son: tetraciclina HCl 250 mg cada 12 horas, que en período de mantenimiento puede convertirse en una única dosis diaria. Doxiciclina y minociclina, 100 mg al día. Estos tratamientos deben realizarse durante un periodo mínimo de 8-12 semanas, aunque en alguna ocasión pueda mantenerse por más tiempo.

En un estudio de la Academia Americana de Dermatología se empleó azitromicina 500 mg diarios durante 3 días cada dos semanas hasta completar 2 meses y posteriormente se administró azitromicina 500 mg en 1 dosis cada 15 días otros 2 meses con buenos resultados.

Metronidazol

Metronidazol por vía oral suele ser muy eficaz y se consiguen resultados

óptimos en muy poco tiempo. El inconveniente de este fármaco es que dosis acumuladas de 30 g pueden producir neuropatía.

Isotretinoína

Isotretinoína se ha empleado en casos graves de rosácea que no mejoraba con otros tratamientos. La dosis habitual es de 0,2-1 mg por kg y día, con una duración de 5 meses. El mecanismo de acción de este fármaco se basa en reducir la formación de grasa. Así evita la formación de comedones y regula la respuesta inflamatoria de esta enfermedad.

El éxito del tratamiento dependerá de que el paciente lo cumpla tal como lo prescribió el médico y además evite los factores desencadenantes descritos en el apartado dedicado a la etiología de esta afección. Las recurrencias son frecuentes y requieren nuevos ciclos de tratamiento.

CUIDADOS COSMÉTICOS

En muchas ocasiones, los cosméticos en pacientes con rosácea no son bien tolerados. Desde la farmacia podemos aconsejar unos hábitos cosméticos para mantener la piel en buen estado:

Limpieza

Los productos de limpieza que se deben emplear son detergentes muy suaves, tipo *syndet*, que no agreden la película hidrolipídica de la piel. También sería aconsejable utilizar cosméticos limpiadores que no necesiten aclarado y así evitar la tirantez que provoca el agua en las pieles reactivas. Si el paciente quiere limpiarse la piel con desmaquillador y tónico, será conveniente recomendar un tónico que no contenga alcohol, para evitar que produzca vasodilatación.

Hidratación

Es muy importante mantener la piel hidratada, aunque ciertas zonas cutáneas manifiesten rosácea. Si la fase de rosácea no es grave, se utilizará una crema específica para pieles sensibles que no sea de fase externa oleosa, para que no agrave el problema.

Protección solar

La protección solar en la rosácea es vital para evitar un recrudecimiento de la enfermedad, ya que como se ha comentado anteriormente, la exposición al sol es un factor desencadenante. El farmacéutico seleccionará un fotoprotector con alto índice de protección tanto para la radiación ultravioleta B (UVB), como para la ultravioleta A (UVA). Elegirá la textura más idónea para cada caso, preferible-

Se desaconseja
el consumo de alcohol,
tabaco,
comidas especiadas y
quesos fermentados

mente crema-gel o emulsiones con poca proporción de fase grasa. Los fotoprotectores en forma de gel que contengan un alto porcentaje de alcohol en su formulación tampoco estarían indicados para esta afección ya que agravarían el problema.

LÁSER EN ROSÁCEA

Hoy día es frecuente el empleo del láser para el tratamiento de las lesiones vasculares o telangiectasias. La hemoglobina cutánea, como molécula cromófora que es, absorbe la energía laser y la transforma en calor. De esta manera se eliminan las lesiones vasculares epidérmicas. El médico decidirá qué tipo de láser es el más adecuado para cada caso.

CONSEJOS DESDE LA FARMACIA

Desde la farmacia comunitaria, a los pacientes diagnosticados de rosácea les podemos ofrecer las siguientes recomendaciones:

- No deben emplear medicamentos tópicos con fármacos corticosteroides, ya que aunque inicialmente mejoran los síntomas, posteriormente perjudican considerablemente la enfermedad. El dermatólogo suspenderá ese tratamiento y para evitar un fenómeno de rebote prescribirá un corticoide de baja potencia, por ejemplo, hidrocortisona 1%, durante algún tiempo.
- Evitar la exposición al sol. Con el fin de que la radiación solar no empeore la rosácea, se aconsejarán fotoprotectores de alta protección, con un excipiente no grasa.
- Evitar los cambios bruscos de temperatura, las fuentes de calor o frío.
- Sería aconsejable evitar problemas gastrointestinales como diarreas, estreñimiento, náuseas o colonización por *Helicobacter pylori*.
- Se desaconseja el consumo de alcohol, tabaco, comidas especiadas y quesos fermentados. Tampoco se recomiendan las comidas y bebidas muy calientes.
- La ansiedad y el estrés suelen empeorar el cuadro.

EN RESUMEN

En este artículo se ha descrito cómo se manifiesta la rosácea en la piel, cuál es su posible etiología y qué tratamiento se aplicará dependiendo del caso. Desde la oficina de farmacia cabe recomendar ciertos hábitos que eviten el empeoramiento de la afección. También se puede indicar cuáles son los productos cosméticos más idóneos y el fotoprotector más adecuado a cada caso. La labor del farmacéutico comunitario es muy importante, ya que podemos educar al paciente en su enfermedad. □

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Anónimo. Ácido azelaico para la rosácea. *Medical Letter* 2003;25(21):83-4
- De la Torre MA, Robles JJ, Ordieres E, Monje I, Melero R, et al. Acné rosácea. *Formulación Magistral en Atención Primaria*. Bilbao: Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia, 1997.
- Fonseca Capdevila E. *Rosácea*. Biblioteca de Dermatología. Madrid: Aula Médica, 1996.
- Iglesias M, Sola MA. Edema palpebral. *Piel* 1999;14(2):94-101.
- Pimentel CL, Peramiquel L, Puig L. Cuperosis. *Clínica y tratamiento*. *Farmacia Profesional* 2004;18(4):70-74.