

Estudio clínico epidemiológico de rosácea en un hospital regional del norte del Perú

Clinical epidemiological study of rosacea in a regional hospital in northern Peru

Wilson Araujo-Alvarado¹, Dora Vicuña-Ríos^{2,3}, Jenny Valverde-López^{2,3}, Percy Rojas-Plasencia^{2,3}

RESUMEN

OBJETIVO: Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de rosácea en Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT). **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio descriptivo de tipo serie de casos que incluyó pacientes con diagnóstico de rosácea atendidos en consultorio externo de dermatología del HRDT entre febrero y octubre de 2019. Los pacientes fueron sometidos a una evaluación clínica registrándose las variables epidemiológicas y clínicas en una ficha de recolección de datos. **RESULTADOS:** Se incluyó en el estudio a 80 pacientes, los grupos etarios más afectados fueron de 18 - 30 años (23.8%) y de 31- 40 años (23.8%), predominó el sexo femenino (67.5%), el fototipo de piel IV (46.3%) y la exposición solar como principal desencadenante (95%); el 30,0% de los casos tenía antecedente familiar de rosácea. La localización anatómica más frecuente fue en mejillas (95%), la presentación clínica del subtipo II de rosácea fue la más frecuente (43.8%), se diagnosticó comorbilidades sistémicas en el 31,3%. y el principal compromiso ocular fue la presencia de ojo rojo (13.8%). **CONCLUSIONES:** Los pacientes con rosácea del HRDT son predominantemente de sexo femenino, con edad entre 18 a 40 años, fototipo de piel IV y exposición solar como principal desencadenante. Predomina la localización en mejillas (subtipo pápulo-pustuloso), la comorbilidad sistémica más frecuente es la HTA y la principal manifestación ocular es el ojo rojo.

PALABRAS CLAVES: Rosácea, epidemiología, clasificación, etiología.

Dermatol Peru 2020; 30 (1): 7-11

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe the clinical and epidemiological characteristics of patients diagnosed with rosacea. **MATERIAL AND METHODS:** A descriptive study was performed that included patients with a diagnosis of rosacea treated in an external dermatology office of the Regional Teaching Hospital of Trujillo between February and October 2019, registering epidemiological and clinical variables. **RESULTS:** 80 patients were included in the study, the most affected age groups were 18 - 30 years (23.8%) and 31-40 years (23.8%) female gender predominated (67.5%), skin phototype IV (46.3%) and sun exposure as the main trigger (95%), there was also systemic comorbidities in 31.3% and family

history of rosacea in 30%. The most frequent anatomical location was on cheeks (95%), the clinical presentation of rosacea subtype II was the most frequent (43.8%) and the main ocular compromise was the presence of red eye (13.8%). **CONCLUSIONS:** The most frequent clinical - epidemiological characteristics were: age between 18 to 40 years old, female gender, skin phototype IV, sun exposure as the main trigger and arterial hypertension (HTA) as systemic comorbidity. Anatomical location on cheeks (subtype II of rosacea) and presence of red eye.

KEY WORDS: Rosacea, epidemiology, classification, etiology.

INTRODUCCIÓN

La rosácea es una enfermedad inflamatoria crónica que se presenta con diversas manifestaciones como eritema intermitente o persistente, telangiectasias, pápulas y pústulas principalmente en las convexidades de la cara como mejillas, nariz, mentón y parte central de la frente, y a menudo

1. Estudiante de Pregrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo.
2. Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo.
3. Médico Asistente del Hospital Regional Docente de Trujillo.

estos hallazgos están asociados a factores desencadenantes. Además pueden presentarse otros síntomas o signos variados como manifestaciones oculares o cambios fimatosos.^{1,2}

La prevalencia de la rosácea en poblaciones de piel clara varía de 2 a 22%. Los caucásicos con pieles sensibles al sol (fototipos de piel I y II) parecen tener el mayor riesgo de rosácea³; sin embargo, puede estar mal reportada en poblaciones con fototipo de piel V o VI debido a la dificultad de discernir el eritema y las telangiectasias en los fototipos de piel más oscura.⁴

Esta enfermedad se identifica con más frecuencia en mujeres que en varones, con la excepción de la rosácea fimatosa; y aunque puede ocurrir a cualquier edad, el inicio generalmente ocurre después de los 30 años⁵. Gutiérrez y col. identificaron en un hospital general de Lima-Perú que la rosácea representó el 1.97% de los diagnósticos dermatológicos, sin identificar los subtipos de rosácea.^{3,6}

Hasta la fecha se desconoce la patogenia exacta de la rosácea y ningún factor de riesgo específico ha sido asociado; sin embargo, algunos posibles factores desencadenantes y agravantes son la exposición al sol, el calor, las comidas picantes, el abuso del alcohol, el estado emocional, la depresión y la migraña.⁷

En la actualidad, la clasificación y el diagnóstico de la rosácea es materia de revisión⁵ por parte de la National Rosacea Society (NRS). Además, a partir de los patrones clínicos de signos y síntomas más comunes surge la clasificación basada en cuatro subtipos de rosácea. Subtipo 1 o eritematotelangiectásico, subtipo 2 o papulopustular, subtipo 3 o fimatosa y subtipo 4 el cual presenta signos o síntomas de compromiso ocular.^{5,8}

La prevalencia por subtipo se ve obstaculizada por la posibilidad de agregar el subtipo 2 en el subtipo 1; mientras que subtipo 3 o rosácea fimatosa, es poco frecuente y los varones son predominantemente afectados, finalmente el subtipo 4 de rosácea ocular es difícil de evaluar debido a la ausencia de criterios diagnósticos definitivos, en consecuencia presenta un amplio rango de prevalencia informado de 6% a 58%.²

Independiente de la severidad de la afección cutánea la rosácea es una de las pocas dermatosis asociadas a morbilidad ocular como ojo rojo, sensación de cuerpo extraño, lagrimeo, fotofobia, blefaroconjuntivitis y complicaciones corneales.^{9,10}

Anteriormente se consideraba la rosácea como un trastorno limitado a la piel, ahora se sabe que la rosácea está asociada con trastornos sistémicos que incluyen los del tracto respiratorio (asma y rinosinusitis crónica), del

sistema gastrointestinal (gastritis, reflujo gastroesofágico), enfermedad metabólica (obesidad, hipertensión arterial y diabetes), trastorno del sistema hepatobiliar (hepatitis y otros) y migraña.^{11,12}

Según la revisión bibliográfica se cuenta con escasa información similar sobre rosácea en nuestro país, más aún en La Libertad; de ahí la importancia del presente estudio, que tiene como objetivo identificar las características epidemiológicas y clínicas de pacientes con rosácea; a partir del cual se podrá obtener información relevante, como factores desencadenantes y comorbilidades, que permitan un mejor enfoque y toma de decisiones para el manejo de esta enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico clínico de rosácea que acudieron a consultorio externo de dermatología del HRDT entre febrero y octubre de 2019 que aceptaron participar del estudio y firmaron el consentimiento informado, se excluyó aquellos que no pudieron responder correctamente la ficha de recolección de datos.

Los pacientes fueron sometidos a una evaluación clínica registrándose las variables epidemiológicas y clínicas en una ficha de recolección de datos.

- ▲ Variables epidemiológicas: edad, sexo, fototipo de piel según Fitzpatrick, desencadenantes, comorbilidades sistémicas y antecedentes familiares de rosácea.
- ▲ Variables clínicas: localización anatómica, subtipo de rosácea según la NRS y compromiso ocular.

Para el análisis e interpretación de la información se utilizó tablas de distribución de frecuencias para obtener rango de valores, frecuencia y porcentajes.

El estudio no implicó riesgo para los pacientes y solo incluyó los datos necesarios para la investigación, se respetó en todo momento la confidencialidad de los datos y el anonimato de los pacientes. El proyecto contó con autorización del comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Trujillo y del Comité de Ética del HRDT.

RESULTADOS

Se estudió a 80 pacientes que acudieron a la consulta de dermatología. La edad promedio de los pacientes fue de 45,0 años (51,5 años en varones y en mujeres 42,0 años en mujeres), los grupos de edad más afectados fueron los situados entre los 18 a 30 años y 31 a 40 años ambos con 23,8% y el 67,5% de los pacientes era de sexo femenino. En cuanto al fototipo de piel según Fitzpatrick la mayor

frecuencia encontrada fue el fototipo IV y III con 46,3% y 42,5% respectivamente. Con relación a los desencadenantes, el principal factor reportado fue la exposición solar (95,0%), seguido de comidas picantes (67,5%) e ingesta de alcohol (33,8%). El antecedente familiar de rosácea estuvo presente en el 30,0%; mientras que, las comorbilidades sistémicas estuvieron presentes en el 31,3% siendo la más frecuente la hipertensión arterial (HTA). Esto se muestra en la (Tabla 1).

Tabla 1. Características epidemiológicas de los pacientes con rosácea en el Hospital Regional Docente de Trujillo 2019.

Característica	Frecuencia	%
Edad		
▲ ≤ 30 años	19	23,8
▲ 31 - 40 años	19	23,8
▲ 41 - 50 años	10	12,5
▲ 51 - 60 años	14	17,5
▲ 61 - 70 años	12	15,0
▲ De 71 a más años	6	7,5
Sexo		
▲ Femenino	54	67,5
▲ Masculino	26	32,5
Fototipo de piel		
▲ I	0	0,0
▲ II	9	11,3
▲ III	34	42,5
▲ IV	37	46,3
▲ V	0	0,0
▲ VI	0	0,0
Desencadenantes		
▲ Espontaneo	44	55,0
▲ Exposición solar	76	95,0
▲ Comidas picantes	54	67,5
▲ Ingesta de alcohol	27	33,8
▲ Depresión	16	20,0
▲ Migraña	4	5,0
▲ Otro	12	15,0
Comorbilidades sistémicas		
▲ Presente	25	31,3
▲ Gastritis	5	6,3
▲ Diabetes Mellitus 2	4	5,0
▲ Hipercolesterolemia	3	3,8
▲ Hipotiroidismo	2	2,5
▲ Hígado graso	2	2,5
▲ HTA	8	10,0
▲ Artrosis	3	3,8
▲ Artritis reumatoide	2	2,5
Antecedentes familiares		
▲ Sí	24	30,0
▲ No	56	70,0

A la evaluación clínica, la localización anatómica más frecuente fue en mejillas (95,0%) y nariz (82,5%). Con relación al subtipo de rosácea se obtuvo mayor frecuencia del subtipo pápulo-pustuloso (43,8%) seguida del subtipo eritemato-telangiectásico (31,3%). El compromiso ocular se identificó en 11 pacientes (13,8%), dentro de los cuales la presencia de ojo rojo fue la más referida. (Tabla 2).

DISCUSIÓN

La presente investigación muestra que los pacientes con rosácea del Hospital Regional Docente de Trujillo son predominantemente de sexo femenino con promedio de edad mayor en varones que en mujeres y predominio de fototipo de piel IV y III según Fitzpatrick.

Los resultados obtenidos coinciden con los de Spöndlin J. et al,¹³ Lazaridou E. et al,¹⁴ Bae et al,¹⁵ Khaled et al¹⁶ y el estudio de Kyriakis et al¹⁷ en los cuales se vio afectado predominantemente el sexo femenino, así mismo estos estudios encuentran una media de edad entre la quinta y sexta década de vida y que tiende a diagnosticarse antes en mujeres que en varones; actualmente no se ha establecido una relación causal que explique la mayor frecuencia en mujeres aunque se propone un papel hormonal, otra explicación es debido a que la rosácea, al ser un problema estético generaría que las mujeres acudan con más

Tabla 2. Características clínicas de los pacientes con rosácea en el Hospital Regional Docente de Trujillo 2019.

Característica	Frecuencia	%
Localización anatómica		
▲ Mejillas	76	95,0
▲ Nariz	66	82,5
▲ Frente	10	12,5
▲ Mentón	4	5,0
▲ Extra-facial	2	2,5
Subtipo de rosácea		
▲ I	25	31,3
▲ II	35	43,8
▲ III	9	11,3
▲ IV	11	13,8
Compromiso ocular		
▲ Cualquier manifestación ocular	11	13,8
▲ Ojo rojo	11	13,8
▲ Sensación de cuerpo extraño	6	7,5
▲ Lagrimeo	6	7,5
▲ Dolor ocular	4	5,0
▲ Fotofobia	4	5,0
▲ Blefaritis	6	7,5

frecuencia al médico y sean tempranamente diagnosticadas y tratadas¹. En cuanto al fototipo de piel los resultados difieren con otros estudios como Abram et al¹⁸ y Lazaridou et al¹⁴ debido a la mayor concurrencia a consultorio de pacientes con fototipo de piel III y IV los cuales son más prevalentes en nuestro medio.

Los desencadenantes para eventos de enrojecimiento de la rosácea incluyen una amplia variedad de factores físicos, químicos, psicológicos y emocionales. En el presente estudio el principal factor reportado fue la exposición solar, seguido de comidas picantes e ingesta de alcohol, resultados similares a Khaled et al¹⁶, Lazaridou et al¹⁴ y Bae et al¹⁵ que también encuentran a la exposición solar como principal desencadenante; a partir de este hallazgo se ha propuesto que la radiación UV aumenta el nivel de vitamina D y posteriormente los péptidos de catelicidina, los cuales inducen la expresión de citocinas proinflamatorias en queratinocitos iniciando así las exacerbaciones¹⁹.

Respecto a las comorbilidades sistémicas, estas estuvieron presentes en la tercera parte de los pacientes siendo la más frecuente HTA, gastritis y DM 2; estos hallazgos concuerdan con otros estudios como el de Lazaridou et al¹⁴ y Khaled et al¹⁶ que identifican enfermedades sistémicas similares al presente estudio. Diversos trabajos de investigación han demostrado que estas comorbilidades y la rosácea comparten elementos inflamatorios comunes y de similar actividad, por ejemplo, las catelicidinas, un mediador central de la rosácea relacionado con lesiones ateroscleróticas; los linfocitos B, TH1, TH17 son patogénicos tanto en rosácea, enfermedad vascular cerebral y enfermedades autoinmunes; sin embargo, se requiere de más investigaciones para establecer la relación entre la rosácea y las comorbilidades²⁰.

La evidencia de antecedentes familiares de la enfermedad estuvo presente en un tercio de los pacientes con rosácea lo cual sugiere una fuerte herencia familiar del trastorno²¹ así mismo Abram K.¹⁸ reporta que el antecedente familiar positivo es el factor de riesgo más fuerte para rosácea.

En cuanto a la localización anatómica, la distribución más frecuente fue en mejillas y en nariz, estos hallazgos son similares a los encontrados por Khaled et al¹⁶. La distribución centrofacial apunta a que la exposición solar juega un papel importante relacionado con los vasos sanguíneos que son más numerosos y superficiales en la región facial²².

Actualmente existe controversia entre cual es el subtipo de rosácea más frecuente, en el presente estudio se obtuvo mayor frecuencia del subtipo pápulo-pustuloso de manera similar al estudio de Lazaridou et al¹⁴ y de Khaled et al¹⁶; sin embargo, Kyriakis et al¹⁷ y Bae et al¹⁵ reportan

un predominio del subtipo eritematotelangiectásico; en cuanto a la rosácea fimatosa esta fue la menos frecuente, se presentó en pacientes de mayor edad y con tiempo de enfermedad más largo lo que concuerda con la literatura internacional². A pesar de que se han descrito cuatro subtipos de rosácea, todavía no está claro si representan una "marcha de desarrollo" de diferentes etapas o son simplemente parte de un síndrome que se desarrolla de forma independiente, pero que se superpone clínicamente²³.

En este estudio el compromiso ocular se identificó en 13,8% de los pacientes, dentro de los cuales el principal fue la presencia de ojo rojo; esto concuerda con el estudio realizado por Khaled et al¹⁶ que reporta un 16,8% de rosácea ocular, de igual forma el estudio realizado por Bae et al reportó que 14,3% tenía rosácea ocular¹⁵, Spoenclin et al¹³ reportó síntomas oculares en 20,8% y Ghanem et al.²⁴ obtiene 26% de rosácea ocular. Una mayor frecuencia fue reportada por Lazaridou et al²⁵ con 33% y en Perú, Yáñez et al⁹ encuentra una frecuencia de rosácea ocular de 79,0%. Por lo tanto, la frecuencia de afectación oftálmica en pacientes con rosácea presenta gran variación, probablemente debido a los medios por los cuales se diagnostica la enfermedad, esto último genera que la prevalencia real de la rosácea ocular quizás esta subestimada.

En conclusión, los pacientes con rosácea del HRDT son predominantemente de sexo femenino, con edad entre 18 a 40 años, fototipo de piel IV y exposición solar como principal desencadenante. Predomina la localización en mejillas (subtipo pápulo-pustuloso), la comorbilidad sistémica más frecuente es la HTA y la principal manifestación ocular es el ojo rojo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Troielli P, González F, Ríos J, Vázquez O, Pabón J, Ibarra M, et al. Actualización y recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la rosácea en Latinoamérica. *Med Cutan Iber Lat Am* 2016; 44 (S1): S7-S26.
2. Tan J, Berg M. Rosacea: Current state of epidemiology. *J Am Acad Dermatol*. 2013; 69(6), S27-S35. doi: 10.1016/j.jaad.2013.04.043.
3. Barbara M, Kang S, Chien A. Rosacea: Epidemiology, pathogenesis, and treatment. *Dermato-Endocrinology* 2018; 9(1): 1-10. doi: 10.1080/19381980.2017.1361574
4. Alexis A, Callender V, Baldwin H, Desai S, Rendon M, Taylor S. Global Epidemiology and Clinical Spectrum of Rosacea, Highlighting Skin of Color: Review and Clinical Practice Experience. *J Am Acad Dermatol*. 2018; 1-15. doi: 10.1016/j.jaad.2018.08.049
5. Gallo R, Granstein R, Kang S, Mannis M, Steinhoff M, Tan J, et al. Standard classification and pathophysiology of rosacea: The 2017 update by the National Rosacea Society Expert Committee. *J Am Acad Dermatol*. 2018; 78(1): 148-155. doi: 10.1016/j.jaad.2017.08.037
6. Gutierrez E, Galarza C, Ramos W, Mendoza M, Smith M, Ortega A. Influence of climatic factors on the medical attentions of dermatologic diseases in a hospital of Lima, Peru. *An Bras Dermatol*. 2010; 85: 461-468. doi: 10.1590/S0365-05962010000400007
7. Two A, Wu W, Gallo R, Hata T. Rosacea Part I. Introduction, categorization, histology, pathogenesis, and risk factors. *J Am Acad Dermatol*. 2015; 72(5), 749-758. doi: 10.1016/j.jaad.2014.08.028

8. Tirado J. Rosácea. clasificación, diagnóstico y tratamiento. *Dermatología Peruana* 2007; 17(1): 6-10.
9. Yáñez B, Morante V. Rosácea ocular: clínica y alteraciones de la película lagrimal. *Folia dermatol. Peru* 2006; 17 (1): 17-20.
10. Castro M. Compromiso ocular en pacientes con rosácea. *Hospital Arzobispo Loayza*. 2004-2005. *Folia Dermatol Peru*. 2012; 23(1): 9-14.
11. Aksoy B, Ekiz Ö, Unal E, Ozaydin G, Gonul M, Kulcu S, et al. Systemic comorbidities associated with rosacea: a multicentric retrospective observational study. *Int J Dermatol*. 2018. doi: 10.1111/ijd.14353
12. Egeberg A, Ashina M, Gaist D, Gislason G, Thyssen J. Prevalence and risk of migraine in patients with rosacea: A population-based cohort study. *J Am Acad Dermatol*. 2017; 76(3): 454-458. doi: 10.1016/j.jaad.2016.08.055.
13. Spoenclin J, Voegel J, Jick S, Meier C. A study on the epidemiology of rosacea in the U.K. *BJD*. 2012; 167(3): 598-605. doi: 10.1111/j.1365-2133.2012.11037.x
14. Lazaridou E, Apalla Z, Sotiraki S, Ziakas N, Fotiadou C, Ioannides, D. Clinical and laboratory study of rosacea in northern Greece. *J EADV*. 2010; 24(4): 410-414. doi: 10.1111/j.1468-3083.2009.03424.x
15. Bae Y, Yun S, Lee J, Kim S, Won Y, Lee S. Clinical evaluation of 168 Korean patients with rosacea: The sun exposure correlates with the erythematotelangiectatic subtype. *Ann Dermatol*. 2009; 21(3): 243-249. doi: 10.5021/ad.2009.21.3.243
16. Khaled A, Hammami H, Zeglaoui F, Tounsi J, Zermani R, Kamoun MR, et al. Rosacea: 244 Tunisian cases. *Tunis Med*. 2010; 88(8): 597-601.
17. Kyriakis K, Palamaras I, Terzoudi S, Emmanouilides S, Michailides C, Pagana G. Epidemiologic aspects of rosacea. *J Am Acad Dermatol*. 2005; 53(5): 918-919. doi: 10.1016/j.jaad.2005.05.018
18. Abram K, Silm H, Maarros H, Oona M. Risk factors associated with rosacea. *J EADV*. 2010; 24(5): 565-571. doi: 10.1111/j.1468-3083.2009.03472.x
19. Yamasaki K, Di Nardo A, Bardan A, Murakami M, Ohtake T, Coda A, et al. Increased serine protease activity and cathelicidin promotes skin inflammation in rosacea. *Nature Medicine*. 2007; 13(8): 975-980. doi: 10.1038/nm1616
20. Holmes A, Spoenclin J, Chien A, Baldwin H, Chang A. Evidence-based update on rosacea comorbidities and their common physiologic pathways. *J Am Acad Dermatol*. 2018; 78(1): 156-166. doi: 10.1016/j.jaad.2017.07.055
21. Awosika O, Oussedik E. Genetic Predisposition to Rosacea. *Dermatologic Clinics*. 2018; 36(2): 87-92. doi: 10.1016/j.det.2017.11.002
22. Crawford G, Pelle M, James W. Rosacea: I. Etiology, pathogenesis, and subtype classification. *J Am Acad Dermatol*. 2004; 51(3): 327-341. doi: 10.1016/j.jaad.2004.03.030
23. Steinhoff M, Buddenkotte J, Aubert J, Sulk M, Novak P, Schwab VD, et al. Clinical, cellular, and molecular aspects in the pathophysiology of rosacea. *J Invest Dermatol Symp Proc*. 2011; 15(1): 2-11. doi: 10.1038/jidsymp.2011.7
24. Ghanem, V, Mehra N, Wong S, Mannis M. The Prevalence of Ocular Signs in Acne Rosacea. *Cornea*. 2003; 22(3): 230-233. doi: 10.1097/00003226-200304000-00009
25. Lazaridou E, Fotiadou C, Ziakas N, Giannopoulou C, Apalla Z, Ioannides D. Clinical and laboratory study of ocular rosacea in northern Greece. *J EADV*. 2011; 25(12): 1428-1431. doi: 10.1111/j.1468-3083.2011.03995.x

Correspondencia: Dr. Wilson Araujo-Alvarado
Email: steven516wa@gmail.com



VISITA NUESTRA REVISTA

DERMATOLOGÍA PERUANA

REVISTA OFICIAL DE LA SOCIEDAD PERUANA DE DERMATOLOGÍA

INGRESA A:

www.dermatologiaperuana.pe

NÚMERO ACTUAL | NÚMEROS ANTERIORES | INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES | ENVÍO DE MANUSCRITOS | ENLACES DE INTERÉS | EDUCACIÓN MÉDICA CONTÍNUA