

Histopatología de la rosácea

Histopathology of rosacea

Alex Ventura-León¹, María A. Clavijo-Molleda²

DEFINICIÓN

La rosácea es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta al 10 % de la población mundial, con mayor frecuencia entre las edades de 20 y 30 años y con una predilección del sexo femenino, sin embargo, se ha identificado que en los varones puede tener presentaciones más severas

CLÍNICA

El compromiso cutáneo de esta enfermedad es predominantemente en cara, aunque también podría afectar cuello, tronco, orejas y ojos (Rosácea ocular). Dentro de los subtipos descritos encontramos:

La *Eritemato telangiectásica*, representada por dilataciones vasculares que abarcan la zona centro facial de la cara y se ve más frecuentemente en fototipo I y VI.

La *pápulo pustulosa*, representada por pápulas eritematosas abarcando predominantemente zona de mejillas, nariz y frente, se visualiza como pápulas rojas que pueden o no estar acompañadas de pústulas.

La *fimatosa*, representada por un engrosamiento de la zona de la piel con más frecuencia en nariz, esto se da por una hiperplasia de las glándulas sebáceas.

La *ocular*, que se manifiesta con compromiso ocular (sequedad e inyección conjuntival) y de párpados (blefaritis y edema).

Asimismo, en cualquiera de estos fenotipos se podrían acompañar la coexistencia de otras enfermedades como el acné (caracterizado por su lesión elemental el comedón), o la infección del demodex folliculorum que si bien se

encuentra en la piel de todos los seres humanos cuando prolifera con mayor densidad genera prurito, flushing y exacerbación de las presentaciones antes mencionadas de la rosácea. Algunos factores gatillo pueden exacerbar las molestias tales como el calor, el sol. El estrés, y los alimentos que contengan irritantes o capsaicina.

Es importante recalcar que esta condición de la piel muchas veces puede generar inseguridad, discomfort y daño psicológico en los pacientes ya que las lesiones pueden dejar cicatrices en la piel, por eso el diagnóstico oportuno es necesario.

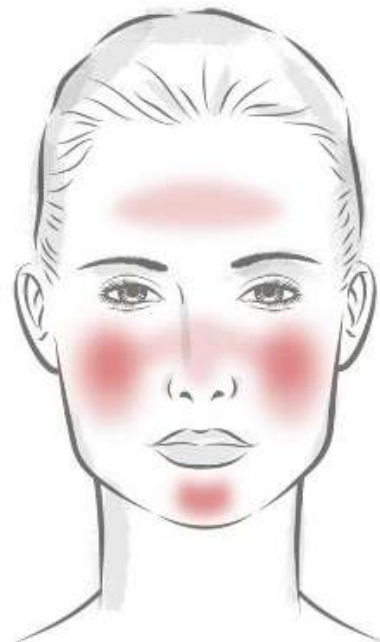


Figura N° 1. En la siguiente imagen se pueden observar las zonas predominantes de la rosácea.

1. Médico Patólogo del Hospital Cayetano Heredia y del Laboratorio Unilabs. Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.
2. MRI Dermatología Hospital Cayetano Heredia.

HISTOPATOLOGÍA

En una biopsia de un paciente con rosácea tendremos una epidermis que usualmente no muestra mayores alteraciones. Por otro lado, la dermis nos mostrará los principales hallazgos que nos ayudaran a establecer el diagnóstico.

En una vista panorámica nos llamará la atención el infiltrado perivascular y perifolicular que puede ser de grado variables dependiendo del estadio de la enfermedad.

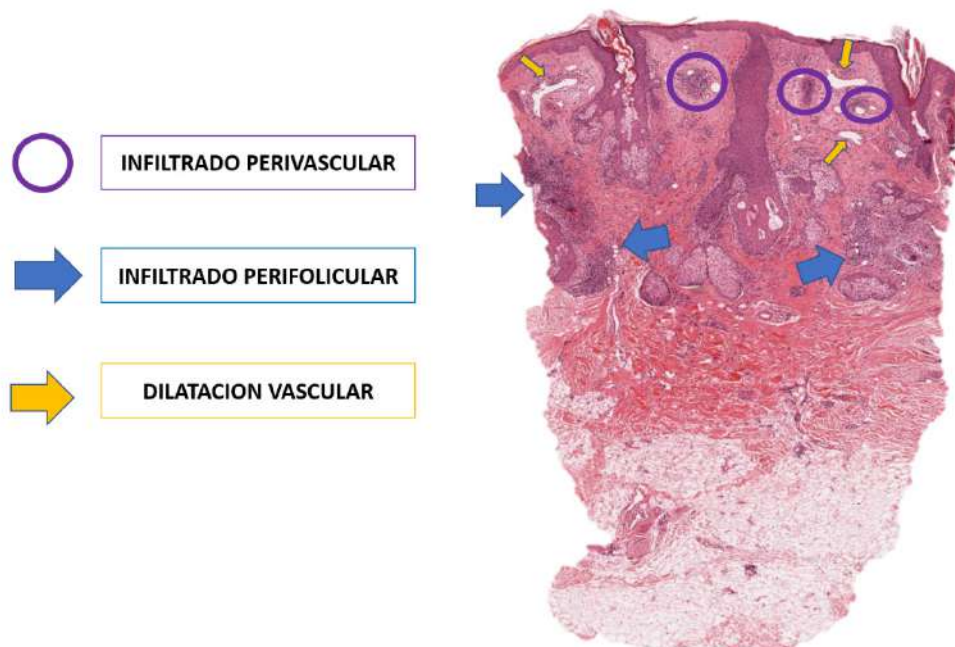


Figura N° 2. A un mayor aumento podemos observar, usualmente, signos de daño solar en las fibras de colágeno (elastosis solar) y que los infundibulos foliculares tienen leve dilatación en donde podremos observar, con cierta frecuencia, la presencia de Demodex folliculorum.

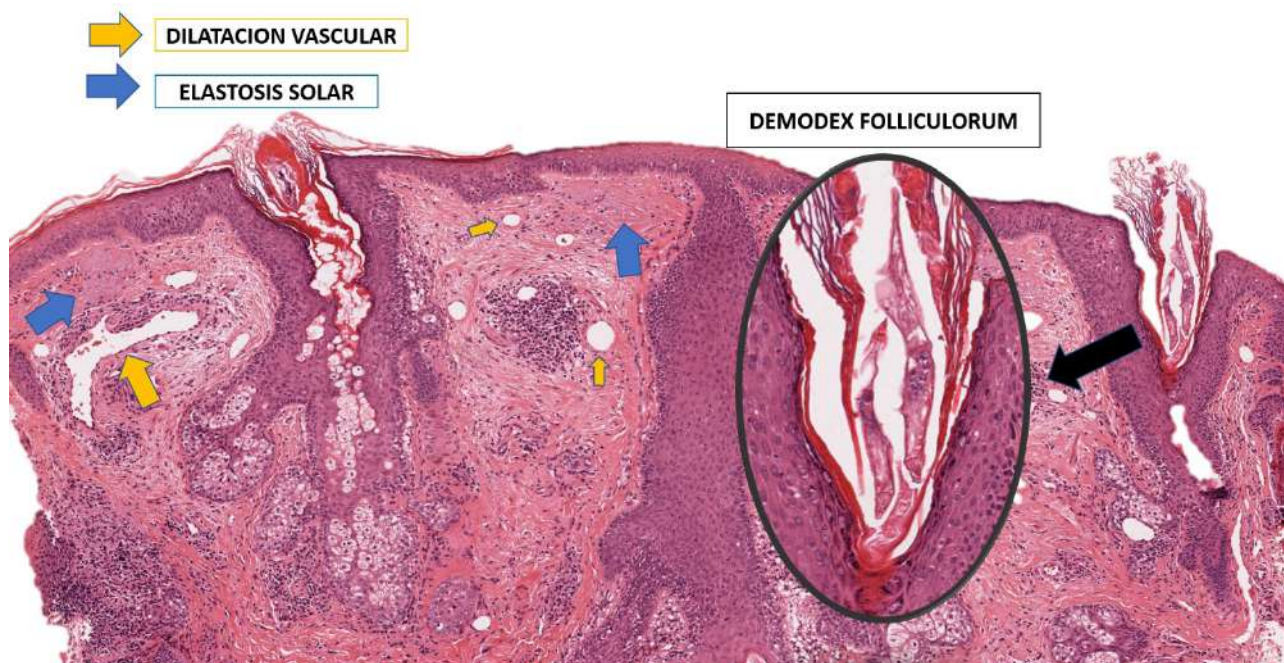


Figura N° 3. El infiltrado inflamatorio está conformado por linfocitos y algunas células plasmáticas, siendo este último un hallazgo muy útil para el diagnóstico.

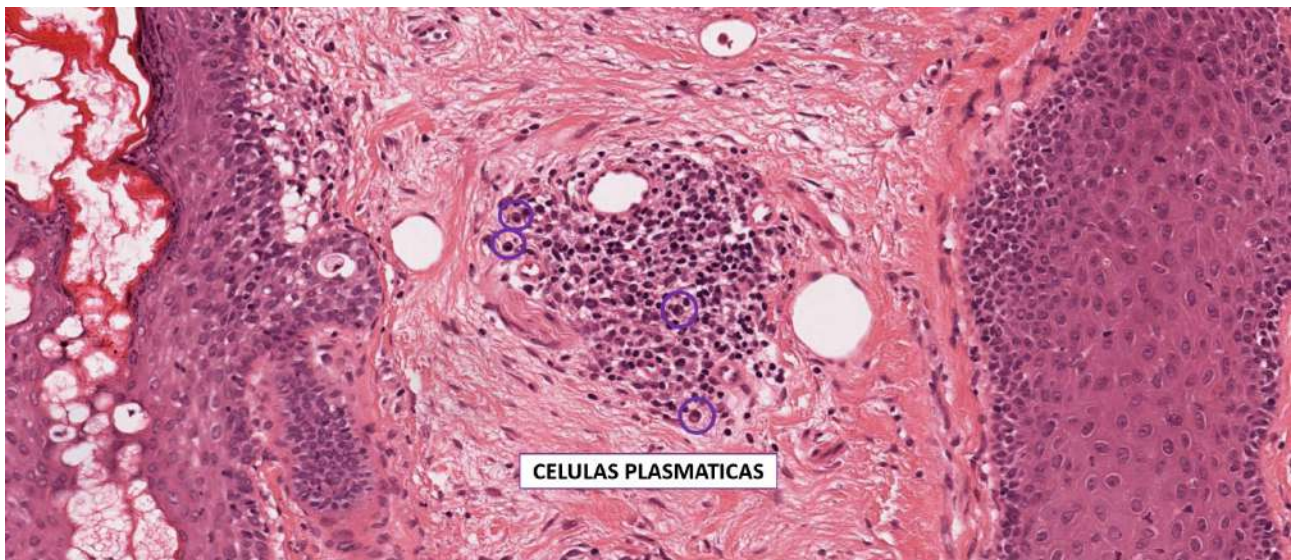


Figura N° 4. En ocasiones se pueden encontrar granulomas y eso suele ser secundario a la “ruptura” de los folículos pilosos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CLÍNICO

Dentro de los diagnósticos diferenciales de la rosácea se encuentran varios tipos de enfermedades inflamatorias por ejemplo el lupus eritematoso sistémico, el acné tardío, la dermatitis de contacto, la dermatitis seborreica, la dermatomiositis y el síndrome carcinoide. Si bien el diagnóstico de rosácea es clínico es importante investigar ciertos factores concomitantes que puedan explicar otras signos o síntomas del paciente y si es necesario complementar con algunos exámenes de laboratorio.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL HISTOLÓGICO

Desde un punto de vista histológico los principales diagnósticos diferenciales a tener en cuenta serían la dermatitis seborreica y lupus eritematoso.

En el caso de una dermatitis seborreica encontraremos cambios epidérmicos como paraqueratosis, acantosis y espongirosis. Estos cambios epidérmicos son rara vez observados en una rosácea.

En el caso de lupus eritematoso sistémico, el diagnóstico diferencial puede ser más complicado. La presencia de mucina o de cambios vacuolares de interfase son hallazgos que observaremos en los pacientes con lupus. Sin embargo, el correlato clínico es muy importante para establecer un diagnóstico más certero.

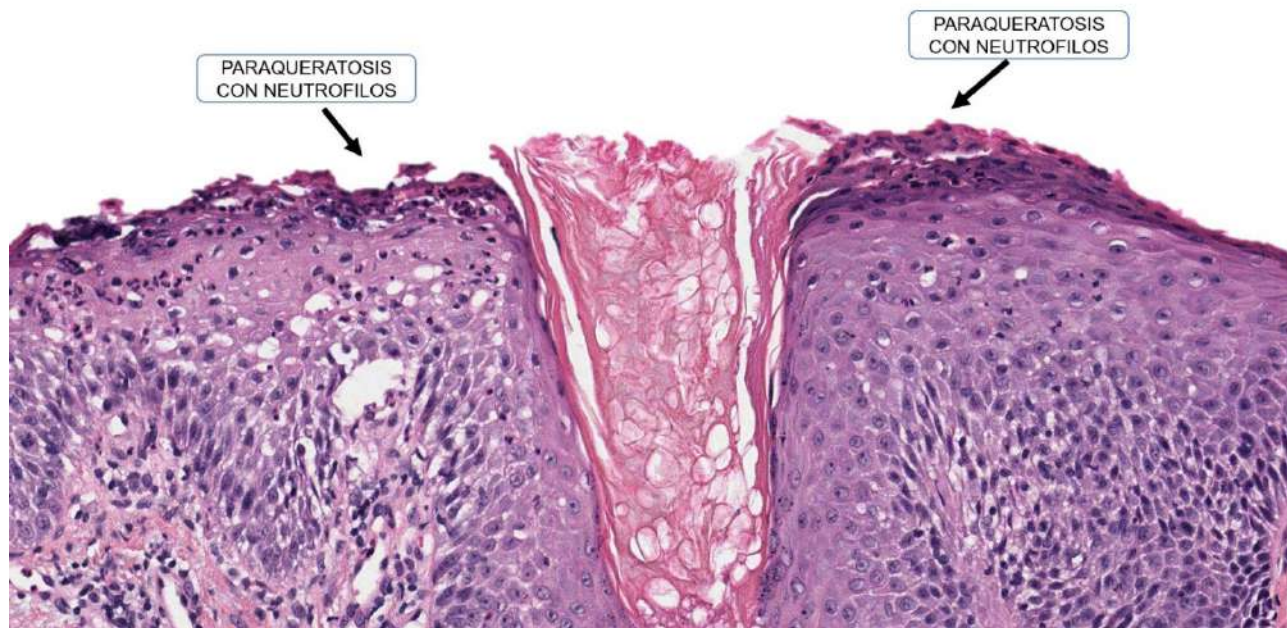


Figura N° 5. Cambios epidérmicos en una Dermatitis Seborreica: Paraqueratosis con neutrófilos a nivel de los infundíbulos foliculares, acantosis y espongiosis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gil Díaz MJ, Boixeda de Miguel JP, Truchuelo Díez M, Morais-Cardoso P. Rosácea: revisión y nuevas alternativas terapéuticas. *Semergen*. 2011;37(2):83-6.
2. Rainer BM, Kang S, Chien AL. Rosacea: Epidemiology, pathogenesis, and treatment. *Dermatoendocrinol*. 2017;9(1):e1361574.
3. Gallo RL, Granstein RD, 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):148-55
4. Imágenes histológicas obtenidas de www.pathpresenter.com

Correspondencia: Alex Ventura-León
Email: alex.ventura.l@upch.pe

María Alejandra Clavijo Molleda
Email: medclavijo2210@gmail.com