

ROSÁCEA. CLASIFICACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Rosacea. Classification, diagnosis and treatment

Jorge Tirado-Cedano

La rosácea es una dermatosis inflamatoria crónica, que se caracteriza por la aparición de eritema, pápulas, pústulas, nódulos, en algunos casos telangiectasias, hipertrofia de las glándulas sebáceas y fimas, afectando a la parte media de la cara y muchas veces con compromiso ocular, que puede producir blefaritis, conjuntivitis, queratitis, iritis y epiescleritis⁽¹⁾. Ocasiona alteración estética notable de la cara, lo que afecta intensamente la vida de relación social de los que la padecen, con sus consiguientes repercusiones psíquicas. Asimismo, hemos observado que, en los casos de inicio juvenil, se ha precedido de una fotodermatitis que permanece una vez establecida la rosácea^(2,3).

En esta dermatosis, de patogenia no aclarada y en la que incluso se está describiendo componentes inmunológicos en su génesis^(3,4), su histopatología traduce sufrimiento tisular, por la fragmentación del colágeno y el intenso infiltrado inflamatorio linfocitocitario que muestra⁽⁵⁾. Aunque la rosácea puede manifestarse por primera vez ya en la adolescencia, lo más frecuente es que se inicie entre los 40 y los 50 años. Aunque la enfermedad afecta en igual proporción a hombres y mujeres, la experiencia ha demostrado que ellas consultan más al médico porque están más preocupadas por su aspecto. Sin embargo, la enfermedad suele ser más leve en el sexo femenino y el rinofima⁽⁶⁾, es decir, el síntoma estigmático más evidente de la rosácea, es casi exclusivo de los varones. La rosácea se ha observado con mayor frecuencia en pacientes de piel clara, sobre todo en los tipos célticos de Europa septentrional, por lo que se la conoce popularmente como 'la maldición de los celtas'.

Por lo general, la rosácea tiene un largo periodo de evolución. Inicialmente, puede manifestarse como una tendencia a ruborizarse con facilidad y un sutil enrojecimiento del rostro, estado que podría ser descrito como fase de prerrosácea^(7,8).

Servicio de Medicina Especializada. Atención Domiciliaria. EsSalud. Lima. Perú
 Servicio de Dermatología. Clínica Vesalio. Lima. Perú
 Fecha de recepción: 6 de febrero de 2007
 Fecha de aceptación: 7 de marzo de 2007

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

En el caso de la rosácea, no existe un resultado de laboratorio uniformemente anormal, por lo que los análisis de sangre no son necesarios para el diagnóstico. Por lo general, las pústulas son estériles; por lo tanto, se puede descartar los cultivos bacterianos. Si hay presencia de descamación, deberá excluirse una infección micótica. La afectación ocular es frecuente y requiere un examen oftalmológico. A pesar de su alta incidencia, se carece de una nosología bien establecida de la rosácea. El término 'rosácea' ha sido aplicado a pacientes con un conjunto variado de cuadros clínicos que pueden formar o no parte integral de este trastorno⁽⁸⁾.

Características principales

La rosácea afecta de manera característica a las convexidades de la parte central de la cara. Según el Comité de Expertos de la Sociedad Nacional para la Rosácea, acerca de la clasificación y la estadificación de la rosácea, la presencia de una o más de las siguientes características indica la presencia de rosácea^(8,9):

- Rubefacción (eritema transitorio)
- Eritema no transitorio
- Pápulas y pústulas
- Telangiectasias.

Estos signos pueden presentarse con intensidad y aspectos muy distintos (Figura 1). Es muy habitual que los pacientes presenten más de una de estas características de diagnóstico.

Características secundarias

Los siguientes signos y síntomas se presentan muchas veces con una o más de las características principales de la rosácea que se ha mencionado. Sin embargo, en algunos pacientes pueden presentarse independientemente^(8,9).



- Escozor o prurito
- Placas
- Aspecto de sequedad
- Edema
- Manifestaciones oculares
- Localización periférica
- Fimas.

Para el diagnóstico de rosácea, es necesario tener como norma la presencia de una o más características primarias descritas, debiéndose incluir también una o más de las características secundarias.

SUBTIPOS

Las características primarias y secundarias de la rosácea descritas pueden ocurrir juntas. Los síntomas más comunes o agrupación de signos son designados provisionalmente como subtipos específicos de rosácea. Cada subtipo incluye los signos mínimos necesarios para hacer el diagnóstico del subtipo (sin embargo, no se limita necesariamente a éste), y los pacientes pueden tener características de más de un subtipo de rosácea al mismo tiempo^(8,9).

Subtipo 1: eritematotelangiectásica

Se caracteriza principalmente por rubefacción y eritema centro facial persistente (Figura 2). La presencia de telangiectasias es común, pero no esencial para el diagnóstico de este subtipo. Pueden también presentarse edema centro facial, picazón, sensación de ardor y aspereza o descamación. La historia de solo rubefacción es común entre pacientes que presentan rosácea eritematotelangiectásica.



Figura 1. Pápulas y telangiectasias en la nariz de un paciente con rosácea.



Figura 2. Rosácea eritematotelangiectásica.

Subtipo 2: papulopustular

Este subtipo se caracteriza por eritema centro facial persistente y pápulas o pústulas o ambas, en distribución centro facial. Sin embargo, las pápulas y pústulas también pueden presentarse periorificialmente (perioral, periocular o perinasal). El subtipo papulopustular se parece al acné vulgar, excepto por los comedones, que están ausentes (Figura 3). La rosácea y el acné pueden presentarse concomitantemente; así que, los pacientes pueden tener comedones y pápulas y pústulas de la rosácea. Los pacientes pueden referir la sensación de ardor y picazón. Este subtipo, a menudo ha sido visto después o en combinación con el subtipo 1, incluyendo la presencia de telangiectasias. Las telangiectasias pueden estar ocultas por el eritema persistente, pápulas o pústulas, y tender a hacerse más visibles después de la culminación del tratamiento de los componentes enmascaradores.

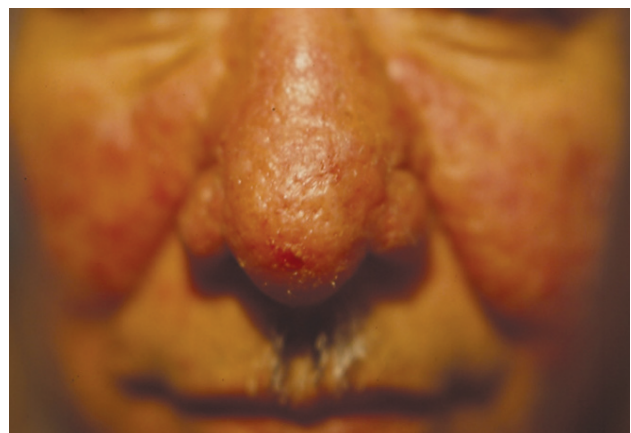


Figura 3. Rosácea papulopustular.

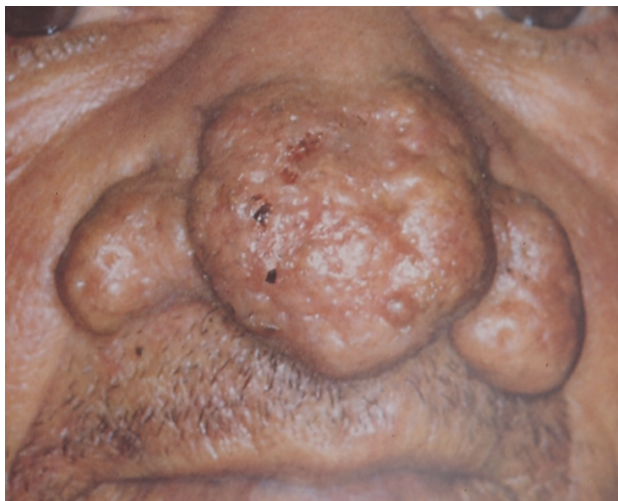


Figura 4. Rinofima.

Subtipo 3: fimatosa

Incluye engrosamiento de la piel, nodulaciones irregulares superficiales y aumento de tamaño. La rinofima es la presentación más común (Figura 4), pero la rosácea fimatosa puede ocurrir en otras localizaciones, incluyendo el mentón, la frente, las mejillas y las orejas. Los pacientes con este subtipo también pueden tener folículos expresivos en el área fimatosa, y pueden haber telangiectasias. Este subtipo ha sido frecuentemente observado después o en combinación de los subtipos 1 o 2, incluyendo eritema persistente, pápulas y pústulas. En el caso de rinofima, este estigma adicional puede ser especialmente pronunciado en el área nasal^(6,10).

Subtipo 4: rosácea ocular

El compromiso ocular en rosácea se da principalmente en pacientes con tendencia al rubor y mayores de 50 años⁽¹¹⁾, afectando de igual manera a hombres y mujeres. Existen casuísticas con compromiso del polo anterior del ojo, en porcentajes que varían entre 6% y 18%⁽⁴⁾. Algunas series encuentran incluso hasta 58% de casos con compromiso ocular, aunque éstas, en general, presentan problemas metodológicos, pudiendo ser subdiagnosticadas, sin un adecuado examen oftalmológico que certifique el diagnóstico^(1,12).

El diagnóstico de rosácea ocular puede ser considerado cuando los ojos de los pacientes tienen uno o más de los siguientes signos y síntomas: apariencia de ojo aguado o enrojecido, sensación de cuerpo extraño, ardor o punzada, sequedad, picazón, fotosensibilidad, visión borrosa, telangiectasias de la conjuntiva y el margen del párpado, o eritema periocular y del párpado. También, se considera blefaritis, conjuntivitis e irregularidad de los márgenes de los párpados^(9,13).

Existen diversas teorías sobre la génesis de la rosácea ocular, aunque ninguna ha sido totalmente demostrada, siendo probablemente de patogenia multifactorial^(12,13):

- Alteraciones glandulares: a nivel de glándulas sebáceas y de Meibomio, se podría producir queratinización anormal de las células epiteliales, lo que produce taponamiento de sus conductos, con la consecuente acumulación de secreción grasa que constituye un medio de cultivo ideal para bacterias.
- Componente infeccioso: entre la flora bacteriana, destaca aumento en el número de *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Corynebacterium* y *Propionibacterium acnes*; todos ellos producen lipasas que hidrolizan los componentes de la secreción meibomiana a ácidos grasos libres, que son tóxicos para los tejidos oculares, aún en concentraciones bajas.
- Componente inflamatorio: las lágrimas de los pacientes con rosácea muestran diversas alteraciones, entre ellas: a) aumento de la IL1 (relacionada con la diferenciación y quimiotaxis de linfocitos T y B), respecto a los controles, b) aumento de las metaloproteinasas (enzimas hidrolíticas que catalizan la degradación de la matriz extracelular, ruptura del colágeno y de otras proteínas que conforman el tejido conectivo), lo que sugiere la naturaleza inflamatoria del compromiso ocular. Algunos han sugerido una reacción de hipersensibilidad tipo IV, permaneciendo el posible antígeno desconocido hasta ahora.
- Film lagrimal: se ha descrito disminución de la producción de lágrimas, lo cual se objetiva mediante la prueba de Schirmer, e inestabilidad del film lagrimal, debida a disfunción de las glándulas de Meibomio; ello causa una composición anormal de la capa lipídica del film, que se detecta a través de la prueba de ruptura del film (*tear breakup time*) o BUT. Todo esto favorecería, por



Figura 5. Eritema, pápulas y pústulas en la mejilla de un paciente con rosácea granulomatosa.



un lado, la colonización bacteriana, con la consiguiente producción de lipasas, que alterarían la secreción normal de la glándula de Meibomio, constituyente fisiológico de la lágrima, enriqueciéndola con ácidos grasos de cadena corta, altamente irritantes para los tejidos oculares subyacentes. No se ha logrado identificar una variación significativa del pH lacrimal, aunque esto es discutible^(13,14).

Existen variantes de la rosácea, que no representan algún modelo morfológico o subtipo, reconociéndose actualmente a la rosácea granulomatosa como variante (Figura 5). Se caracteriza por pápulas duras, marrones, amarillas o rojas; o nódulos de tamaño uniforme. Pueden aparecer en localizaciones donde se suele observar las fimas, y no es necesaria la presencia de otros signos de rosácea para hacer el diagnóstico.

Existen otros desórdenes que pueden asociarse o ser identificados prematuramente, sin haber suficientes bases y condiciones para que sean consideradas como algún tipo de rosácea. Ellos son la *rosácea fulminans* conocida también como pioderma facial⁽¹⁵⁾, la erupción acneiforme inducida por esteroides que también puede presentarse en pacientes con rosácea y la dermatitis perioral, caracterizada por microvesículas y descamación en el área perioral.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En la rosácea de subtipo 1 o telangiectásica, debe tenerse siempre presente como los principales diagnósticos diferenciales a⁽¹⁶⁾:

- Síndrome carcinoide
- Dermatitis de contacto alérgica
- Angioedema
- Mastocitosis
- Lupus eritematoso⁽¹⁷⁾.

El diagnóstico diferencial más frecuente de la rosácea subtipo 2 o papulopustular es el acné vulgar⁽¹⁸⁾.

En la rosácea de subtipo 3 o fimatosa, los principales diagnósticos diferenciales a tener en cuenta son los siguientes:

- Acné nódulo-quistico/ conglobata
- Facies leonina de la lepra
- Leucemia
- Síndrome de Melkersson-Rosenthal
- Acromegalia.

Estos son aplicables, especialmente, una vez que el rinofima ha aparecido.

TRATAMIENTO

El tratamiento se basa en primer lugar en evitar las causas que puedan agravar los síntomas. Se recomendará al paciente que evite ambientes calurosos y húmedos, lo mismo que los fríos y ventosos. También, no exponerse al sol. Deberá limpiarse la piel de forma suave, sin frotar, y se evitará los productos astringentes o exfoliantes, al igual que los que contengan alcohol. Se recomienda aplicar protector solar si es necesario y se sugerirá igualmente la aplicación de algún cosmético que permita cubrir las rojeces.

Los objetivos del tratamiento dependen de la clasificación clínica de la rosácea y los cuidados de la piel que hay tener presente en estos casos⁽¹⁹⁾; tal es así que:

- La clasificación de la rosácea en función de las características que el paciente presenta será la base para establecer el tratamiento.
- Entre los cuidados a tener en cuenta está el cosmético, que mejorará la apariencia de la piel afectada, mejorando el estado emocional del paciente.
- Si hay también síntomas oculares, deberá acudir a un oftalmólogo, para que valore la situación.
- Siempre tener presente el grado de severidad de la rosácea, independientemente de la clasificación clínica de ésta^(9,20).

El tratamiento propiamente dicho suele consistir en la administración de antibióticos tópicos, como el metronidazol, que usualmente es la primera línea de defensa prescrita^(20,21). También, se ha descrito la aplicación tópica de otros antibióticos o escabicidas, inclusive^(22,23). Otros fármacos, como los inmunomoduladores tópicos, tipo el tacrolimus, está descrito que pueden tener efecto favorable sobre la rosácea eritematotelangiectásica⁽²⁴⁻²⁶⁾.

Los tratamientos sistémicos vía oral generalmente conllevan una respuesta satisfactoria. Entre los antibióticos de primera línea tenemos a las tetraciclinas: doxiciclina, minociclina y tetraciclina⁽²⁷⁾. La duración del tratamiento requerido dependerá de cada paciente y está dirigido a controlar los síntomas y evitar recaídas. Se recomienda mantener el uso de los antibióticos orales, independientemente de los antibióticos tópicos, cuando este último es diferente al sistémico, o que ambos, sistémico y tópico sean el mismo, con el fin de prevenir la resistencia bacteriana al antibiótico^(28,29).

La isotretinoína también puede ser prescrita cuando exista persistencia de pápulas y pústulas a pesar del tratamiento antibiótico, o en los casos de rosácea fimatosa⁽³⁰⁾. El tratamiento del enrojecimiento o rubor facial está dirigido a evitar todos los factores externos que pudieran producirlo; por



ejemplo, la exposición solar inadecuada, los saunas, pican-tes y ají en las comidas, beber licor y vino, etc., para lo cual es necesario la aplicación de bloqueadores solares en forma diaria y que contengan pantalla solar, como el óxido de zinc o dióxido de titanio, sombreros de ala ancha y lentes de sol para protección UV^(31,32), sobre todo para la forma ocular de rosácea. Además, de una dieta a temperatura adecuada, para no producir rubicundez al ingerirla, evitando las bebidas o los alimentos sólidos muy calientes. Finalmente, existen tratamientos invasivos y quirúrgicos dirigidos a tratar las fimas, nodulaciones persistentes y dilataciones vasculares, como las telangiectasias⁽³³⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Macsai MS, Mannis MJ, Huntley AC. Acne rosacea. En: Eye and skin disease. Philadelphia: Lippincott-Raven. 1996:335-41.
2. Valdivia L, Delgado C. Tratamiento de rosácea con oxígeno 100% a presión positiva en cámara hipobárica. *Dermatol Perú*. 1997;7(2):97-102.
3. Odon RB, James WC, Berger TG. *Andrew's Dermatología Clínica*. 9ª Ed. Madrid: Ed. Marbán, SL. 2004:300-2.
4. Linden C, Wahlberg JE. Does visual display terminal work provoke rosacea? *Contact Dermatit*. 1985;13:235-41.
5. Lever WF. *Histopatología de la piel*. 8ª Ed. Buenos Aires: Ed. Inter-médica. 1999:362-3.
6. Szymanska-Skrzypek A, Rhinophyma- diagnosis and treatment. *Otolaryngol Pol*. 2005;59(4):581-4.
7. Gessert CE, Bamford JT. Measuring the severity of rosacea: a review. *Int J Dermatol*. 2003;42(6):444-8.
8. Wilkin J, Dahl M, Detmar M, Drake L, Feinstein A, Odom R, Powell F. Standard classification of rosacea: Report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea. *J Am Acad Dermatol*. 2002;46:584-7.
9. Wilkin J, Dahl M, Drake L, Mark C, Detmar M, Liang M, Odom R, Powell F. Standard grading system for rosacea: Report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea. *J Am Acad Dermatol*. 2004;50:907-12.
10. Ross DA, Davies MP. Squamous cell carcinoma arising in rhinophyma. *J R Soc Med*. 1992; 85(4):236-7.
11. Hodge C, Friedrich J. Test your knowledge. Chronic red eye. *Aust Fam Physician*. 2003;32(5):353-4.
12. Ghanem VC, Mehra N, Wong S, Mannis MJ. The prevalence of ocular signs in acne rosacea: comparing patients from ophthalmology and dermatology clinics. *Cornea*. 2003;22(3):230-3.
13. Cárdenas R, Vallejo P, Rosácea ocular: un diagnóstico a menudo no considerado en rosácea. *Rev Chilena Dermatol*. 2006;22(1):26-30.
14. Michel JL, Cabibel F. Frequency, severity and treatment of ocular rosacea during cutaneous rosacea. *Ann Dermatol Venereol*. 2003;130(1 Pt 1):20.
15. Ormond P, Rogers S. Case 3. Pyoderma faciale (PF) (rosacea fulminans). *Clin Exp Dermatol*. 2003;28(1):107-8.
16. Marquart-Elbaz C, Cribier B. Facial dermatitis. Acne, rosacea, seborrheic dermatitis. *Rev Prat*. 2002;52(19):2185-90.
17. Van de Scheur MR, van der Waal RI, Starink TM. Lupus miliaris disseminatus faciei: a distinctive rosacea-like syndrome and not a granulomatous form of rosacea. *Dermatology*. 2003;206(2):120-3.
18. Webster GF. Acne vulgaris and rosacea: evaluation and management. *Review*. *Clin Cornerstone*. 2001;4(1):15-22.
19. Crouch RB, Foley PA, Baker CS. Analysis of patients with suspected photosensitivity referred for investigation to an Australian photodermatology clinic. *J Am Acad Dermatol*. 2003;48(5):714-20.
20. Nishimuta K, Ito Y. Effects of metronidazole and tinidazole ointments on models for inflammatory dermatitis in mice. *Arch Dermatol Res*. 2003;294(12):544-51. Epub 2003 Jan 29.
21. Slawson D. Permethrin cream useful in the treatment of rosacea. *Am Fam Physician*. 2003;67(8):1782-4.
22. Swenor ME. Is permethrin 5% cream effective for rosacea? *J Fam Pract*. 2003;52(3):183-4.
23. Morras PG, Santos SP, Imedio IL, Echeverria ML, Hermosa JM. Rosacea-like demodicidosis in an immunocompromised child. *Pediatr Dermatol*. 2003;20(1):28-30.
24. Wozniacka A, Sysa-Jedrzejowska A, Adamus J, Gebicki J. Topical application of NADH for the treatment of rosacea and contact dermatitis. *Clin Exp Dermatol*. 2003;28(1):61-3.
25. Thiboutot D, Thieroff-Ekerdt R, Graupe K. Efficacy and safety of azelaic acid (15%) gel as a new treatment for papulopustular rosacea: Results from two vehicle-controlled, randomized phase III studies. *J Am Acad Dermatol*. 2003;48(6):836-45.
26. Bernard LA, Cunningham BB, Al-Suwaidan S, Friedlander SF, Eichenfield LF. A rosacea-like granulomatous eruption in a patient using tacrolimus ointment for atopic dermatitis. *Arch Dermatol*. 2003;139(2):229-31.
27. Gupta AK, Chaudhry MM. Rosacea and its management: an overview. *Review*. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2005; 19(3):273-85.
28. Dobric I, Basta-Juzbasic A, Skerlev M. The effectiveness of tetracycline in the treatment of rosacea associated with epithelioid granulomas. *Acta Med Yugosl*. 1989;43(2):127-36.
29. Boni R, Nehrhoff B. Treatment of gram-negative folliculitis in patients with acne. *Am J Clin Dermatol*. 2003;4(4):273-6.
30. Hoting E, Paul E, Plewig G. Treatment of rosacea with isotretinoin. *Int J Dermatol*. 1986;25(10):660-3.
31. Del Rosso JK. Adjunctive skin care in the management of rosacea: cleansers, moisturizers, and photoprotectants. *Review*. *Cutis*. 2005; 75(3 Suppl):17-21; discussion 33-6.
32. Nichols K, Desai N, Lebwohl MG. Effective sunscreen ingredients and cutaneous irritation in patients with rosacea. *Cutis*. 1998; 61(6):344-6.
33. Mark KA, Sparacio RM, Voigt A, Marenus K, Sarnoff DS. Objective and quantitative improvement of rosacea-associated erythema after intense pulsed light treatment. *Dermatol Surg*. 2003;29(6):600-4.

ROSÁCEA. CLASIFICACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

EVALUACION VOL 17 (1)

1.- La primera línea de tratamiento tópico en la rosácea es:

- a) Metronidazol
- b) Tetraciclinas
- c) Cirugía o láser.
- d) Limeciclina
- e) Ninguno

2.- El tratamiento sistémico de la rosácea del grado 1 y 2 puede ser:

- a) Tacrolimus
- b) Vía oral
- c) Vía tópica.
- d) Todas
- e) Ninguno

3.- En el tratamiento tópico de la rosácea está incluido:

- a) Hidrocortisona al 1%
- b) Bloqueadores solares y filtros
- c) Ketoconazol al 2%
- d) Isotretinoína.
- e) Tetraciclinas

4.- El tratamiento de la rosácea fimatosa puede ser con:

- a) Metronidazol tópico solamente
- b) Isotretinoína vía oral
- c) Tratamiento quirúrgico
- d) Ninguno
- e) Solo b y c

5.- Los cuidados generales y de la piel en la rosácea se dirigen a evitar:

- a) El calor
- b) El sol
- c) El enrojecimiento
- d) Ninguno de los anteriores
- e) Solo a y b

6.- El diagnóstico diferencial del la rosácea papulopustular se hace con:

- a) Acné conglobata
- b) Lupus eritematoso
- c) Facies leonina de la lepra
- d) Acné vulgar.
- e) Todas las formas de acné

7.- La rosácea granulomatosa, según la clasificación de rosácea, ¿a qué subtipo pertenece?

- a) Subtipo 2
- b) Subtipo 3
- c) Solo es una variante
- d) Subtipo 4
- e) Entre el subtipo 2 y 3

8.- El diagnóstico de rosácea ocular se hace cuando existe:

- a) Sequedad ocular
- b) Telangiectasias en párpados y conjuntivas
- c) Conjuntivitis
- d) Fotosensibilidad
- e) Alternativas a y b
- f) Todas las anteriores

9.- En la génesis multifactorial de la rosácea ocular, el componente infeccioso se sospecha por las siguientes bacterias, excepto.

- a) *S. aureus*
- b) *Staphylococcus epidermidis*
- c) *Candida albicans*
- d) *Corynebacterium*
- e) *Propionibacterium acnes*

10.- El acné y la rosácea se parecen en que:

- a) Ambos presentan enrojecimiento facial
- b) Ambos pueden tener pápulas y pústulas
- c) No se parecen en nada
- d) Solo se parecen en la presencia de comedones
- e) Ninguna de las anteriores

11.- En la rosácea están alterados los siguientes análisis de laboratorio:

- a) Hemograma
- b) Bioquímica
- c) IFI
- d) Ninguno
- e) Todos

12.- El prurito en la rosácea se presenta cuando:

- a) La piel se encuentra enrojecida
- b) Hace calor
- c) No siempre está presente
- d) Es un síntoma secundario
- e) Es un síntoma principal



13.- La rosácea fimatosa puede presentarse después o en combinación de 2 subtipos. ¿Cuáles?

- a) 1 o 2
- b) 1 o 3
- c) 2 o 3
- d) 2 o 4
- e) Solo después del subtipo 2

14.- Las telangiectasias pueden no estar presentes y sin embargo se puede hacer el diagnóstico de:

- a) R. eritematotelangiectásica
- b) R. papulopustular
- c) R. fimatosa
- d) R. ocular
- e) R. granulomatosa

15.- La presencia de una o más de las siguientes características indican la presencia de rosácea, excepto:

- a) Rubefacción
- b) Pápulas y pústulas
- c) Eritema no transitorio
- d) Escozor o prurito
- e) Fimas

16.- ¿Cuál forma clínica de rosácea suele ser a veces subdiagnosticada?

- a) 1 y 2
- b) 2 y 3
- c) 4
- d) 3 solamente
- e) 3 y 4

17.- En la rosácea ocular, cuál es el componente menos importante:

- a) Inflamatorio
- b) Infeccioso
- c) Film lacrimal
- d) Todos
- e) Ninguno

18.- La rosácea es más frecuente en el sexo.....; sin embargo, el rinofima es casi exclusivo del sexo:

- a) Masculino
- b) Femenino
- c) Es igual de frecuente en ambos sexos
- d) Ninguno
- e) El rinofima es exclusivo de las mujeres

19.- La rosácea se presenta frecuentemente a qué edad:

- a) Antes de los 30 años
- b) Después de los 30 años
- c) Entre los 40 y 50 años
- d) Después de los 50 años
- e) Entre los 20 y los 30 años

20.- La alteración estética de la cara en un paciente con rosácea puede ser.

- a) Casi siempre pasa desapercibida
- b) Afecta social y psíquicamente a los que la padecen
- c) Afecta psíquicamente y no socialmente a los pacientes
- d) Los pacientes con rosácea se afectan mucho socialmente
- e) Ninguna

RESPUESTAS DE AUTOEVALUACIÓN

EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA

ROSÁCEA

Dermatol Perú. 2007;17(1):76-77

- | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|-----|---|---|---|---|---|
| 1. | a | b | c | d | e | 11. | a | b | c | d | e |
| 2. | a | b | c | d | e | 12. | a | b | c | d | e |
| 3. | a | b | c | d | e | 13. | a | b | c | d | e |
| 4. | a | b | c | d | e | 14. | a | b | c | d | e |
| 5. | a | b | c | d | e | 15. | a | b | c | d | e |
| 6. | a | b | c | d | e | 16. | a | b | c | d | e |
| 7. | a | b | c | d | e | 17. | a | b | c | d | e |
| 8. | a | b | c | d | e | 18. | a | b | c | d | e |
| 9. | a | b | c | d | e | 19. | a | b | c | d | e |
| 10. | a | b | c | d | e | 20. | a | b | c | d | e |