

Frecuencia, características epidemiológicas y clínicas de la rosácea ocular

Frequency, clinical and epidemiological characteristics of ocular rosacea

**Blanca Alzamora Barrios,¹⁻³ Luis W. Lu-Basauri,^{1,3-6}
Patricia Vargas-Chang,^{1,3} Gladys Vidarte-Orrego^{2,7}**

RESUMEN

OBJETIVO. Describir la frecuencia, características epidemiológicas y clínicas de la rosácea ocular (RO) en el servicio de Oftalmología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, en el período 2005-2012. **MATERIAL Y MÉTODOS.** Estudio transversal. Se revisó 112 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de RO y se obtuvo datos demográficos, sintomatología ocular, signos oculares a la evaluación por el especialista, agudeza visual (AV), resultados de exámenes auxiliares, resultado de evaluación dermatológica, antecedentes y tratamiento indicado para la patología ocular. **RESULTADOS.** La frecuencia de RO fue de 5,3 diagnosticados por cada 1 000 pacientes atendidos, el sexo femenino fue el más comprometido (83 %). El promedio de edad fue 43,98 años (rango: 12-84 años). Sesenta pacientes fueron sintomáticos, presentaron con mayor frecuencia sequedad/prurito (39 %) y disminución de agudeza visual (34 %). Los signos más frecuentes fueron blefaritis (83 %), chalación (24 %), congestión conjuntival (67 %), queratitis (87 %) y úlcera corneal (15 %). En total, 84 casos (75 %) presentaron signos conjuntivales, 83 pacientes (74 %) presentaron algún signo palpebral y 40 (35,7 %) presentaron lesiones corneales. **CONCLUSIÓN.** La frecuencia de diagnóstico de RO fue baja. El compromiso ocular fue frecuente en la rosácea cutánea, sin embargo, no hubo asociación entre la gravedad de los compromisos dérmico y ocular.

PALABRAS CLAVE: Rosácea ocular, Blefaritis, Úlcera corneal.

ABSTRACT

OBJECTIVE. To describe the frequency, epidemiological and clinical characteristics of ocular rosacea (OR) in the service of Ophthalmology Archbishop Loayza National Hospital in the period 2005-2012. **MATERIAL AND METHODS.** Cross-sectional study. One hundred and twelve patients records were reviewed diagnosed with OR and demographic data, ocular symptoms, ocular

evaluation by the specialist signs, visual acuity (VA), results of laboratory findings resulting from dermatological evaluation, history and treatment was obtained suitable for ocular pathology. **RESULTS.** OR frequency was 5,3 diagnosed per 1 000 patients treated, female gender was the most affected (83 %). The average age was 43,98 years (range: 12-84 years). Sixty patients were symptomatic, most often presented dryness/itching (39 %) and decreased visual acuity (34 %). The most common signs were blepharitis (83 %), chalazion (24 %), conjunctival injection (67 %), keratitis (87 %) and corneal (15 %) ulcer. In total, 84 cases (75 %) had conjunctival findings, 83 patients (74 %) showed some sign palpebral and 40 (35,7 %) had corneal lesions. **CONCLUSION.** The OR diagnostic frequency was low. Ocular involvement was frequent in cutaneous rosacea, however, no association between the severity of ocular and dermal commitments.

KEY WORDS. Ocular rosacea, Blepharitis, Corneal ulcer.

1. Servicio de Oftalmología. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima, Perú.
2. Servicio de Dermatología. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima, Perú.
3. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.
4. Biomedical Consultant at Nanogram.co
5. Swagel/Wootton Hiatt Eye Center.
6. Pennsylvania Eye Consultants.
7. Universidad Privada San Juan Bautista. Lima, Perú.

INTRODUCCIÓN

Rosácea es una enfermedad crónica inflamatoria del área centro facial, con compromiso dérmico (rosácea dérmica, RD) y en menor grado ocular (rosácea ocular, RO). Afecta a 13 millones de personas en EE UU¹ y de 1,5 % a 10 % de la población europea.² Es más frecuente en personas de 30 a 60 años de edad, de raza blanca; se observa en mujeres en razón 3:1 sobre varones, en estos con compromiso más grave. Su etiología es desconocida; se sospecha predisposición genética,³ factores infecciosos, endocrinos, inmunológicos y ambientales, sin demostrarse una relación definitiva.

El compromiso ocular por rosácea se asocia a lesiones dérmicas pero puede ser independiente de estas.⁴ La prevalencia en pacientes con RD varía entre 6 % y 58 %, ⁵⁻⁸ existe dificultad para el diagnóstico de RO en ausencia de compromiso dérmico.⁹⁻¹¹ La RO involucra principalmente el polo anterior del ojo, con cuadro clínico variado. Los síntomas pueden ser leves e inespecíficos como ardor, prurito y sensación de cuerpo extraño. Se describe al examen blefaritis telangiectasias palpebrales, inflamación e infección de las glándulas de Meibomio, conjuntivitis y lesiones más graves como queratitis, epiescleritis, escleritis, iritis, iridociclitis, pannus, y úlceras, perforación y cicatrización corneal, asociadas a disminución de la agudeza visual.^{4,12}

Los criterios diagnósticos de RO han sido establecidos en conjunto con RD y se basan en los signos clínicos, aunque ocasionalmente los exámenes auxiliares los complementan.¹³ Entre las pruebas oftálmicas usadas figuran el tiempo de ruptura de la película lagrimal (BUT), que mide el intervalo entre el último parpadeo completo y la aparición del primer punto seco en la película precorneal, para estimar la densidad de la película;¹⁴ y el test de Schirmer, que evalúa la producción de lágrimas.

En Perú, existen pocos estudios acerca de esta patología^{7,15} y se desconoce su prevalencia. El objetivo de este estudio fue describir la frecuencia, características epidemiológicas y clínicas de la RO en el servicio de Oftalmología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL), en el período 2005-2012.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de corte transversal realizado en el servicio de Oftalmología del HNAL. Se incluyó a pacientes que acudieron al servicio de Oftalmología sin diagnóstico

inicial de RO, que posteriormente fue confirmado y a pacientes con diagnóstico de rosácea referidos por el servicio de Dermatología. Se excluyó a aquellos que no aceptaron participar del estudio.

Se revisó las historias clínicas de los pacientes con RO que fueron evaluados en el servicio de Oftalmología durante el período 2005-2012. Se obtuvo antecedentes, datos epidemiológicos, sintomatología ocular, signos oculares a la evaluación por el especialista, agudeza visual (AV), resultados de exámenes auxiliares y resultado de evaluación dermatológica.

La información obtenida pasó a formar parte de una base de datos informática elaborada con programa Excel 2007 y el análisis estadístico fue realizado con el programa SPSS versión 20.0. Se realizó estadística univariada o descriptiva y se obtuvo frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión. Para evaluar la asociación entre variables cualitativas se empleó la prueba ji cuadrado de Pearson. Los cálculos fueron realizados con un índice de confianza del 95%.

RESULTADOS

Se revisó un total de 112 historias clínicas. La frecuencia de rosácea fue de 5,3 casos/1000 pacientes atendidos entre 2005 y 2012, 93 pacientes (83 %) eran mujeres. La mayoría eran procedentes del departamento de Lima (91 %). El promedio de edad fue $44,0 \pm 17,6$ años (12 a 84 años), el grupo de edad predominante es el situado entre 41 y 60 años (Tabla 1).

Tabla 1. Datos demográficos de pacientes con rosácea ocular. Servicio de Oftalmología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Características	n = 112	%
▲ Edad al diagnóstico (años)		
– Menos de 20	12	11
– 21-40	32	28
– 41-60	43	39
– Más de 60	25	22
▲ Género		
– Femenino	93	83
– Masculino	19	17
▲ Procedencia		
– Lima	102	91
– Provincia	10	9



Figura 1. Pacientes con lesiones cutáneas de rosácea.

En total 63 pacientes (56 %) tenían diagnóstico de RD antes de la evaluación oftalmológica; sin embargo, no hubo asociación entre la gravedad de los compromisos dérmico y ocular (prueba ji cuadrado, $p > 0,05$). No se obtuvo información sobre antecedente familiar de rosácea.

Se encontró que 92 % de los pacientes presentaron uno o más síntomas y 8 % fueron asintomáticos; 41 pacientes (39 %) refirieron sequedad/prurito ocular; 36 (34 %), disminución de agudeza visual; 22 (23 %), ojo rojo; 20 (19 %), sensación de cuerpo extraño; 14 (13 %), tumoración palpebral, bilateral en seis casos. En otros, se incluyó fotosensibilidad y cansancio visual (Tabla 2).

Tabla 2. Síntomas de rosácea ocular en pacientes (n=104) del servicio de Oftalmología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Síntomas	Frecuencia	%
▲ Sequedad/prurito	41	39
▲ Disminución de agudeza visual	36	34
▲ Ojo rojo	23	22
▲ Sensación de cuerpo extraño	20	19
▲ Tumoración	14	13
▲ Ardor/hincada	13	12
▲ Lagrimeo	11	10
▲ Cefalea	10	9
Otros	20	19

Se evidenció que 83 pacientes (74 %) presentaron algún signo palpebral, el principal fue blefaritis en 69 pacientes (83 %) seguido de chalación y meibomitis; otros signos encontrados fueron orzuelo, telangiectasias, edema palpebral y alteración de la inserción de las pestañas (triquiasis, distriquisis y madarosis). De los 69 pacientes

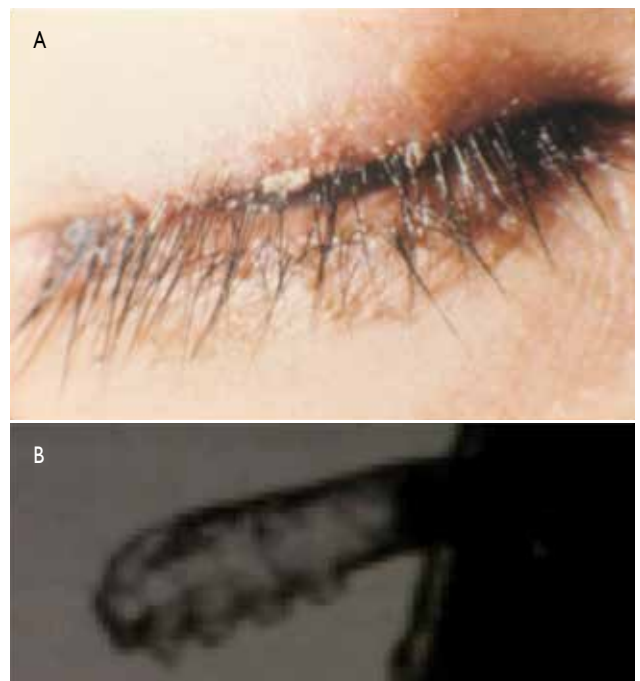


Figura 2. Chalación PSOD A) asociado blefaritis parasitaria. B) *Demodex folliculorum*.

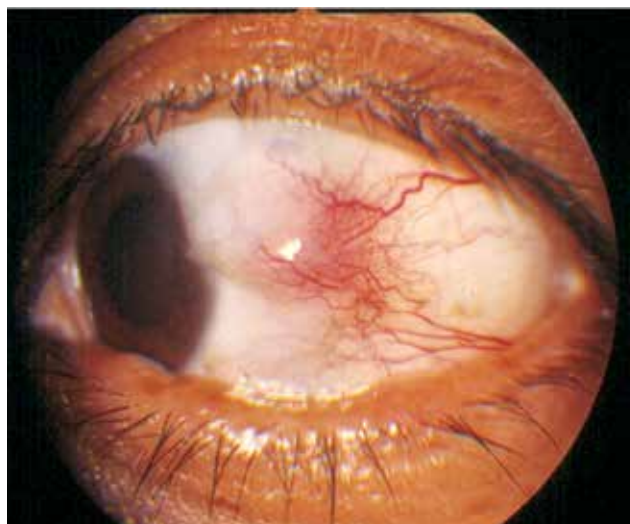


Figura 3. Úlcera micótica y pannus.



Figura 4. Paciente con rosácea cutánea, blefaritis parasitaria, pseudofaquia más nubécula y leucoma corneal (secuela de úlcera corneal micótica ojo derecho).

con blefaritis, 40 tuvieron estudio microbiológico de pestañas, de los cuales 37 (93 %) presentaron resultado positivo a *Demodex folliculorum*; y en 3 de ellos, cultivo positivo a *Staphylococcus aureus*.

En total, 84 casos (75 %) presentaron signos conjuntivales. La congestión conjuntival (67 %) y la pinguécula (55 %) fueron los signos más frecuentes (Tabla 3). Los casos de conjuntivitis fueron unilaterales; 10 asociados a blefaritis, 7 positivos a *D. folliculorum* y 3 con cultivo positivo a *S. aureus*. Además, se halló hipertrofia papilar y telangiectasia conjuntival.

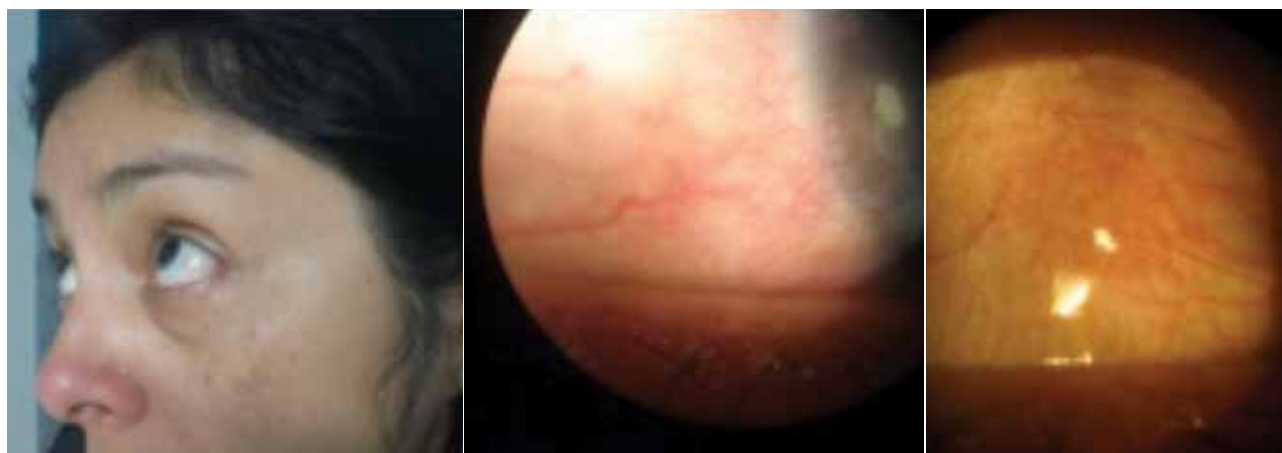


Figura 5. Rosácea cutánea. Ojo derecho : episcleritis, absceso corneal y pannus. Ojo izquierdo: conjuntivitis nodular.

Tabla 3. Signos palpebrales, conjuntivales y corneales de rosácea ocular en pacientes del servicio de Oftalmología del HNA Loayza

Signos	Frecuencia	%
▲ Palpebrales (n=83)		
– Blefaritis	69	83
– Chalación	20	24
– Meibomitis	8	10
– Otros	5	6
▲ Conjuntivales (n=84)		
– Congestión vascular	56	67
– Pinguécula	47	55
– Pterigión	30	35
– Conjuntivitis	13	15
– Otros	4	5
Corneales (n=40)		
– Queratitis	35	87
– Nubécula	10	25
– Neovascularización	6	15
– Úlcera	6	15
– Leucoma	2	5

Se presentaron 40 pacientes con lesiones corneales (35,7%). La más frecuente fue la queratitis (87%), seguida de nubécula, *pannus* y úlcera corneal unilateral (Tabla 3). Se observó disminución significativa de la agudeza visual en 11 casos (17%); 6 de ellos presentaron lesiones corneales al examen y 6 cursaron con úlcera corneal, una de ellas fue de etiología bacteriana (*Streptococcus pneumoniae*) y dos de etiología micótica. El tiempo de ruptura de la película lagrimal (BUT) fue realizado en 67 pacientes (60%), hubo alteración en 47%. El test de Schirmer fue realizado en 35 pacientes (31%), se encontró disminución de la secreción de lágrimas en 50%.

DISCUSIÓN

Rosácea es una patología dermatológica diagnosticada con frecuencia. Afecta cerca de 13 millones de norteamericanos,⁷ se desconoce su prevalencia en Perú. Se caracteriza por su curso fluctuante, lesiones dérmicas variadas y compromiso ocular que puede llevar a la ceguera. Su patogenia es aún desconocida, por lo que se ha planteado una serie de causas como predisposición genética, enfermedades gastrointestinales, hipertensión arterial e infecciones por *D. folliculorum* entre otras.¹⁶ En

el presente estudio se encontró la asociación de rosácea con presencia de *D. folliculorum* en lesiones acneiformes y en folículos pilosos palpebrales.

La edad de presentación de la RD es descrita entre los 30 y 50 años;¹¹ en el presente estudio fue más frecuente entre los 41 y 60 años. Se encontró que 10% de pacientes eran menores de 20 años, y dos de ellos, menores de 12 años. La característica de este grupo de edad es el antecedente de chalación a repetición, previo al diagnóstico de RD. Esta asociación de síntomas y signos oculares presentes antes de las manifestaciones dérmicas es descrita hasta en un 20% de casos según las series.^{7,16} Esto explicaría por qué la rosácea tiene una frecuencia de diagnóstico baja, como se encontró en este estudio.

Los síntomas de RO son reportados generalmente como leves y poco específicos, en muchos pacientes pueden ser molestias menores. En el presente estudio se encontró que la mayoría refirió sequedad/prurito ocular, así como disminución de agudeza visual y ojo rojo; ocho casos fueron asintomáticos, pero con alteraciones del segmento anterior.

Se ha descrito la blefaritis como el compromiso ocular más frecuente, la cual suele ser crónica y bilateral asociada a la disfunción glandular y alteración de la película precorneal.^{13,16} La etiología de la blefaritis pudiera ser parasitaria, bacteriana o mixta.¹⁶ Cuarenta casos de pacientes con blefaritis contaron con estudio microbiológico. Solo 3 casos de blefaritis fueron causados por *S. aureus* y los 37 restantes por *D. folliculorum*. Otros estudios reportan similares hallazgos.³ El tratamiento que se indicó en estos casos fue con óxido amarillo de mercurio al 1% (2 ciclos de 1 aplicación diaria, durante 3 días, con un intervalo de 15 días), similar a anteriores reportes^{17,18}; asociado a ivermectina, 200 µg/kg, vía oral (1 gota x kg de peso) 2 dosis, con un intervalo de 45 días, cuyo uso ya ha sido reportado por otros autores¹⁹⁻²² con remisión en 100% de los casos. El uso de la solución de limpieza palpebral y pestañas elaborado con aceite de árbol de té (*Melaleuca alternifolia*) se ha reportado como tratamiento coadyuvante para blefaritis parasitaria.^{22,23} En el presente estudio, 10 casos de blefaritis parasitaria recibieron tratamiento de limpieza palpebral con este medicamento; se obtuvo una respuesta favorable. De la misma manera el resultado fue satisfactorio en los 27 casos restantes, en los que se utilizó champú para bebés.

La frecuencia de lesiones corneales en RO varía entre 14% y 41% en series internacionales^{11,27} y entre 6% y 93% en

series nacionales.^{18,24} En el presente estudio, se encontró alta frecuencia de lesiones corneales (40 %), la más común fue la presencia de úlcera corneal (15 %). La etiología encontrada fue bacteriana por *S. pneumoniae* en un caso, que respondió al tratamiento con moxifloxacino 0,5 %, una gota, cada tres horas, durante dos semanas. Las otras dos úlceras fueron micóticas, producidas por *Candida sp.* y por hongo filamentoso respectivamente. Ambas recibieron tratamiento con clotrimazol al 1%, una gota cada hora el primer mes y el segundo mes se fue reduciendo la dosis, con respuesta satisfactoria, similar a reporte nacional anterior.²⁵

La alta frecuencia de lesiones corneales encontradas permitiría suponer que la población peruana tendría mayor riesgo de estas lesiones o reflejaría cronicidad. Se describe secuencialidad en el compromiso corneal, que es dependiente de la gravedad y episodios de reactivación de la enfermedad.^{11,15} En relación al tratamiento dermatológico, se reporta actualmente el uso de antibióticos sistémicos como doxiciclina o metronidazol.¹⁶ En el presente estudio se encontró que la mayoría de pacientes recibieron tratamiento con doxiciclina, 100 mg, dos veces al día, el primer mes, y luego una vez, al día, el segundo mes. Los pacientes con RD granulomatosa recibieron tratamiento con metronidazol, 500 mg, dos veces al día, el primer mes, y luego, una vez al día, el segundo mes. Como terapia coadyuvante, a todos los pacientes con RD les prescribieron metronidazol 0,75 % gel facial y bloqueadores solares.

Una limitación del estudio es que haya sido de diseño retrospectivo, ya que las historias clínicas no siempre consignan los datos que el estudio requiere; aún con esto se considera que este estudio es importante y que aporta buena información de la frecuencia, las características clínicas y la respuesta al tratamiento de la RO. Otra limitación es que la RO no es una patología muy frecuente, por lo que ha habido que acumular ocho años para poder hacer un análisis con una cantidad suficiente de pacientes.

En conclusión, la frecuencia de diagnóstico de RO fue baja. El compromiso ocular fue frecuente en la rosácea cutánea; sin embargo, no hubo asociación entre la gravedad de los compromisos dérmico y ocular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. National Rosacea Society. Information for physicians; patient education materials: Rosacea Review Spring 2008. Awareness Program Highlights Evidence of Rosacea's Impact and Prevalence. Disponible en: http://www.rosacea.org/rr/2008/spring/article_1.php [Acceso en 05 de Enero de 2010].
2. Berg M, Lidén S. An epidemiological study of rosacea. *Acta Derm Venereol.* 1989; 69(5):419.
3. Barco D, Alomar A. Rosácea. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99:244-56.
4. Wilkin J, Dahl CM, Detmar M, Drake L, Feinstein A, et al. 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.
5. Wilkin J, Dahl M, Detmar M, Drake L, Liang M, et al. 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.
6. Linden C, Wahlberg JE. Does visual display terminal work provoke rosacea? *Contact Dermatit.* 1985; 13:235-41.
7. Yañez B, Morante V. Rosácea ocular: clínica y alteraciones de la película lagrimal. *Folia Dermatol Peru* 2006;17(1):17-20.
8. Macsai MS, Mannis MJ, Huntley AC. Acne rosacea. En: *Eye and skin disease.* Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996; pp 335-41.
9. Powell FC. Rosacea. *New England J Med* 2005;352:793-803.
10. Kligman AM. Ocular Rosacea. Current concepts and therapy. *Arch Dermatol* 1997;133:89-90.
11. Alkpek Ek, Merchant A, Pinar V, Foster CS. Ocular rosacea. Patient characteristics and follow-up. *Ophthalmology* 1997;104:1863-7.
12. Alonzo L, Guarneros A, Valdés Webster R. Rosácea ocular: presentación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2006; 15(3).
13. Zengin, N, Tol, H, Gunduz, K, Okudan, S, Balevi S, Endogru, H. Meibomian gland dysfunction and tear film abnormalities in rosacea. *Cornea* 1995;14:144-6.
14. Pflugfelder SC, Tseng SC, Sanabria Q, Kell LL, García CG, Felix C. Evaluation of subjective assessments and objective diagnostic tests for diagnosing tear-film disorders known to cause ocular irritation. *Cornea* 1998;17:38-56.
15. Haro D, Huamani J, Yoshiyama J. Manifestaciones oftalmológicas de la Rosácea. *Folia Dermatológica Peruana.* 1999;10(4).
16. Lobos C, Saavedra T, Beelo P, Arellano J, Valdivia H, Gallardo P. Estudio de compromiso ocular en pacientes con rosácea. *Rev Chil Dermatol.* 2008; 24:212-7.
17. Alzamora B, Santa Cruz S, Ruis J, et al. Blefaritis parasitaria por Demodex folliculorum: Nuevas pautas de tratamiento. *Revista Per Oftal.* 2002;17(1):20-2.
18. Lajo B, Alzamora B, Ardiles G. Blefaritis Parasitaria por Demodex folliculorum en el Hospital Loayza Período 2000 y 2005. *Rev Per Oftal.* 2006;29(1):22-8.
19. Dourmishev AL, Dourmishev LA, Schwartz RA. Ivermectin: Pharmacology and application in dermatology. *Int J Dermatol.* 2005;44(12):981-8.
20. Victoria J. Usos Clínicos de la Ivermectina estado actual de su uso en humanos. *Rev Col Dermatol.* 1999;7(1):11-5.
21. Czepita D, Kuzna-Grygiel W, Czepita M, Grobelny A. Demodex folliculorum and Demodex brevis as a cause of chronic marginal blepharitis. *Am Acad Med Stetin.* 2007;53(1):63-7.
22. Galvis V, Tello A, Alvarez L. Blefaritis por Demodex. Review of Ophthalmology en español. Disponible en: http://joomla.clatinmedia.com/index.php?option=com_content&view=article&id=93:blefariti [Acceso en 10 de diciembre de 2012].
23. Gao Y, Di Pascuales M, Elizando A, Tsong S. Clinical treatment of Ocular Demodocosis by lid scrub with tea tree oil. *Cornea.* 2007;26(2):136-43.
24. Aguinaga O, Diaz M, Estrada S, Tobaru L, Carbone A. Rosácea Ocular. *Rev Per Oftal.* 1986;12(2):31-3.
25. Alzamora B. Ensayo Clínico entre Clotrimazol al 1%, Ketoconazol sistémico y Fluconazol sistémico en el tratamiento de la Queratitis Micótica [Tesis doctoral]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1998.

Correspondencia: Dra. Blanca Alzamora Barrios
blanca.alzamora@upch.pe

Fecha de recepción: 19 de febrero de 2014.

Fecha de aprobación: 28 de febrero de 2014.