

Rosácea fulminante en una paciente con colitis ulcerativa

RESUMEN

La rosácea fulminante, anteriormente conocida como piodermia facial, es una dermatosis poco frecuente que afecta casi exclusivamente a mujeres jóvenes y que se distingue por la erupción repentina de pápulas y pústulas confluentes, así como nódulos y pseudoquistes localizados generalmente en la cara, aunque puede extenderse a otras regiones. La manifestación simultánea de rosácea fulminante y enfermedad inflamatoria intestinal es poco común, existen casos de esa asociación reportados en la bibliografía internacional, pero hasta nuestro conocimiento éste es el primero reportado en México. Se comunica el caso de una paciente con colitis ulcerativa en tratamiento con infliximab, que padeció rosácea fulminante y se describe una posible asociación entre ambas afecciones.

Palabras clave: rosácea fulminante, pioderma facial, colitis ulcerativa.

Francisco Simental-Lara¹
Rosa María Ponce-Olivera²

¹ Dermatólogo adscrito al Hospital General de Zona núm. 29, IMSS. México, DF.

² Jefa del Servicio de Dermatología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, México, DF.

Rosacea Fulminans in a Patient with Ulcerative Colitis

ABSTRACT

Rosacea fulminans, formerly called pyoderma faciale, is a rare dermatosis that occurs almost exclusively in young women and is characterized by a sudden eruption of papules and confluent pustules and nodules and pseudocysts usually located on the face, but it can spread to other regions. The simultaneous presentation of rosacea fulminans and inflammatory bowel disease is rare, there are cases of this association reported in the world literature, but to our knowledge it is the first reported in Mexico. We describe a case of rosacea fulminans in a patient with ulcerative colitis treated with infliximab and discuss a possible association between the two conditions.

Key words: rosacea fulminans, pyoderma faciale, ulcerative colitis.

Recibido: 14 de mayo 2014

Aceptado: 5 de agosto 2014

Correspondencia: Dra. Rosa María Ponce Olivera
Servicio de Dermatología
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga
Dr. Balmis 148
06726 México, DF
doctoraponce@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

Simental-Lara F, Ponce-Olivera RM. Rosácea fulminante en una paciente con colitis ulcerativa. Dermatol Rev Mex 2014;58:471-475.

ANTECEDENTES

La rosácea fulminante es una enfermedad poco frecuente de origen desconocido que afecta principalmente a mujeres después de la adolescencia. Se distingue por un brote abrupto y sin pródromos, que consiste en pápulas, pústulas, nódulos confluentes con trayectos fistulosos drenantes en la cara.¹ Se acompaña de eritema y edema pronunciado. Puede decirse que no es una variante de acné conglobata; no obstante, tampoco es una piodermatitis, sino que representa una forma extrema de rosácea conglobata de comienzo súbito. Por su analogía con el acné fulminante se le ha llamado rosácea fulminante. La causa de este trastorno aún se desconoce; sin embargo, se han considerado factores vasculares, hormonales e inmunológicos.² Se comunica el caso de una mujer con colitis ulcerativa, sin antecedentes de acné, que padeció un cuadro súbito de rosácea fulminante.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 34 años de edad, soltera, estudiante de inglés, originaria y residente de la Ciudad de México, con diagnóstico de colitis ulcerativa desde 2012. Tenía el antecedente de haber sido tratada con mesalazina oral, 4.5 g diarios, y supositorios de mesalazina cada 12 horas, prednisona a diferentes dosis, que se mantenía en 10 mg/día desde hacía seis meses con control subóptimo, por lo que se agregaron cinco infusiones intravenosas de infliximab, una cada mes; desde hacía dos años recibía complementos de vitaminas B₁, B₂ y B₆.

Acudió a consulta de dermatología por padecer una dermatosis diseminada que afectaba la cabeza en la zona de la frente, la región periocular, las mejillas, el mentón, la región mandibular y el cuello en caras laterales. Se distinguía por pápulas, pústulas, nódulos, trayectos fistulosos, escama, edema y eritema bupalpebral; se observa-

ron algunas telangiectasias en las mejillas y cuatro comedones abiertos en la frente (Figuras 1 y 2).



Figura 1. Pápulas, pústulas y nódulos en la frente, las mejillas y el mentón y eritema y edema bupalpebral.



Figura 2. Nódulos y trayectos fistulosos en la región mandibular y el cuello.

La paciente refirió haber iniciado con la dermatosis un mes antes con la aparición súbita de pápulas y pústulas y eritema en los párpados, por lo que se automedicó con esteroide local y ungüento comercial de neomicina y retinol; al interrogatorio negó antecedentes de acné en la adolescencia y refirió eritema y ardor facial agravados con la exposición solar y el estrés.

Los estudios de laboratorio fueron normales, sólo mostraron anemia normocítica que se adjudicó a las pérdidas rectales debido a la colitis ulcerativa. Se solicitaron estudios de laboratorio para valorar la prescripción de isotretinoína (no se consideró la dapsona por no haber momentáneamente en existencia en México y por su probable efecto colateral de anemia) y se citó a la paciente para toma de biopsia de piel, pero no regresó a su seguimiento. El diagnóstico final, establecido con base en los antecedentes y el cuadro clínico, fue de rosácea fulminante, dermatitis por contacto por neomicina y retinol y erupción acneiforme por esteroides locales.

DISCUSIÓN

En la clasificación clínica de rosácea de la Sociedad Nacional de Rosácea que se realizó en 2004, se excluye a la rosácea fulminante (anteriormente conocida como pioderma facial); en esta clasificación no se le considera subtipo ni variante de la rosácea,³ esto quizá por tener un cuadro clínico y un mecanismo fisiopatogénico diferente al de la rosácea habitual. El término de pioderma facial se usó por primera vez en 1940⁴ para describir casos que no parecían corresponder a acné, sino más bien a una erupción pápulo-nodular confluyente que afectaba la mayor parte de la cara y que tenía otras causas distintas al acné. En 1992 Plewing la consideró una variante agresiva de la rosácea y fue el primero en describir la respuesta a la isotretinoína y a los corticoesteroides como parte del trata-

miento.¹ Hoy día sabemos que esta afección no es acné ni piodermatitis.

Esta dermatosis se diferencia del acné fulminante con base en su curso fulminante en ausencia de síntomas sistémicos, la localización predominantemente facial (aunque también puede haber lesiones extrafaciales) y la ausencia de comedones.⁵ La rosácea fulminante es una entidad poco frecuente de aparición brusca, que afecta principalmente a mujeres jóvenes, aunque también se han descrito casos en hombres.⁶ Los datos clínicos se distinguen por pápulas, pústulas y nódulos, así como trayectos fistulosos drenantes interconectados, a menudo fluctuantes de inicio súbito y de localización preferentemente facial.⁷

Existen reportes que asocian a la rosácea fulminante con la colitis ulcerativa y con la enfermedad de Crohn; también se ha informado la aparición de la rosácea fulminante con reactivación de la enfermedad inflamatoria intestinal.^{8,9} Otras asociaciones han implicado el consumo de vitamina B₆ y B₁₂ semanas previas a la erupción facial,¹⁰ la administración de interferón pegilado alfa-2b y ribavirina,¹¹ el embarazo y los anticonceptivos orales.¹²

El diagnóstico en la paciente se estableció por los datos clínicos, la ausencia de antecedente de acné, el inicio abrupto de la dermatosis y los antecedentes de eritema y ardor facial. Describimos el reporte por su interesante asociación con colitis ulcerativa, esta última de dos años de evolución. Nos queda poco claro si la rosácea fulminante en nuestra paciente representó una manifestación dermatológica de la enfermedad inflamatoria intestinal o si esta asociación fue mera coincidencia. Otro punto que llamó la atención fue el consumo de vitaminas B₁, B₂ y B₆ que le proporcionó el gastroenterólogo y que pudo haber contribuido, como menciona Jansen,⁹ a desencadenar la dermatosis. El hallazgo de los comedones, así como del eritema y la

escama en la cara y el cuello, y más evidente en los párpados, no lo consideramos parte de la rosácea fulminante, sino una erupción acneiforme y una dermatitis por contacto, respectivamente, porque la paciente manifestó haberse aplicado un esteroide de mediana potencia en la cara y un ungüento de neomicina con retinol en los párpados.

A la fecha no se ha encontrado una asociación significativa entre la rosácea y la enfermedad gastrointestinal, se sugiere una posible relación debido a la propensión de los pacientes con rosácea de padecer una respuesta de eritema facial ante estímulos gástricos normales. Se sugiere que *Helicobacter pylori*, un microorganismo gramnegativo que vive en la mucosa gástrica, puede estar implicado en la patogénesis de la rosácea, posiblemente por el aumento de las concentraciones de gastrina que pueden estimular el *flushing*. La expresión de la respuesta inmunitaria, dirigida contra el propio intestino o contra antígenos asociados, como bacterias entéricas, es responsable de generar inflamación en la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerativa. Es probable que los mecanismos inmunitarios también desempeñen cierto papel en la patogénesis de la rosácea. Algunos investigadores han demostrado anergia a la sensibilización con dinitroclorobenceno y depósito de inmunoglobulinas en la unión dermoepidérmica, como en el lupus eritematoso. El infiltrado inflamatorio presente en la rosácea tiene algunas características encontradas en las reacciones de hipersensibilidad. Se sabe que los anticuerpos antinucleares y los anticuerpos contra el colágeno pueden ser producidos por los linfocitos en pacientes con rosácea.¹³

Otro aspecto de interés en el caso comunicado fue la administración de infliximab y la aparición de rosácea. Encontramos un único reporte de rosácea severa después del tratamiento con infliximab en una paciente con colitis ulcera-

tiva;¹⁴ sin embargo, creemos que debido a la baja frecuencia de este evento adverso con el tratamiento anti-TNF α , es poco posible que haya sido el responsable de la reacción cutánea en nuestro caso.

El tratamiento convencional contra la rosácea no es efectivo contra la rosácea fulminante. En la actualidad el tratamiento tópico y sistémico con glucocorticoides por periodos cortos y la administración sistémica de isotretinoína durante varios meses es el tratamiento de elección. Otras alternativas son: tetraciclinas, dapsona y anticonceptivos estrogénicos.² No fue posible evaluar el tratamiento con isotretinoína en nuestra paciente porque no regresó a seguimiento.

CONCLUSIONES

La rosácea fulminante es una entidad dermatológica de causa desconocida, que aún no está bien clasificada y que creemos puede deberse a factores hormonales, inmunológicos y vasculares. Su asociación con la colitis ulcerativa puede deberse a mecanismos inmunológicos compartidos por el intestino y la piel. A pesar de que la rosácea se ha reportado como un efecto adverso de los fármacos anti-TNF α , consideramos que este caso no se asoció con infliximab, aunque debe tenerse presente como un posible efecto secundario de este grupo de medicamentos. El tratamiento con isotretinoína asociada o no con esteroides locales o sistémicos es el de elección.

REFERENCIAS

1. Plewig G, Jansen T, Kligman AM. Pyoderma faciale. A review and report of 20 additional cases: is it rosacea? Arch Dermatol 1992;128:1611-1617.
2. Gutiérrez MP, Barengo MA, Lascano AR. Rosácea fulminans. Presentación de dos casos. Arch Argent Dermatol 2007;57:11-13.
3. Wilkin J, Dahl M, Detmar M. Standard classification of rosacea: report of the National Rosacea Society Expert Committee on the classification and staging of rosacea. J Am Acad Dermatol 2002;46:584-587.

4. O'Leary PA, Kierland RR. Pyoderma faciale. Arch Dermatol Syphilol 1940;41:451-462.
5. Fender AB, Ignatovich Y, Mercurio MG. Pyoderma faciale. Cutis 2008;81:488-490.
6. Smith LA, Meehan SA, Cohen DE. Rosacea fulminans with extrafacial lesions in an elderly man: successful treatment with subantimicrobial-dose doxycycline. J Drugs Dermatol 2014;13:763-765.
7. Sanz-Motilva V, Martorell A, Rivera R. Rosácea fulminans por corticoides tópicos. Rev Med Chile 2012;140:637-639.
8. Sigl I, Bauerdorf R. GranulomatoÈ se Rosacea assoziiert mit Colitis ulcerosa: 2 Fallbeispiele. Z Hautkr 1989;64:499-502.
9. Dessoukey MW, Omar MF, Dayen HA. Pyoderma faciale manifestation of inflammatory bowel disease. Int J Dermatol 1996;35:724-726.
10. Jansen T, Romiti R, Kreuter A, et al. Rosacea fulminans triggered by high-dose vitamins B₆ and B₁₂. J Eur Acad Dermatol Venereol 2001;15:484-485.
11. Jensen SL1, Holmes R. Rosacea fulminans associated with pegylated interferon alpha-2B and ribavirin therapy. J Drugs Dermatol 2003;2:554-556.
12. Ferahbas A, Utas S, Mistik S. Rosacea fulminans in pregnancy: case report and review of the literature. Am J Clin Dermatol 2006;7:141-144.
13. Romiti R, Jansen T, Heldwein W. Rosacea fulminans in a patient with Crohn's disease: A case report and review of the literature. Acta Derm Venereol 2000;80:127-129.
14. Kosmidou M, Gaitanis G, Nomikos K. Severe rosacea in a patient on infliximab for ulcerative colitis: pathophysiological considerations. Acta Derm Venereol 2009;89: 222-223.

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOPATOLOGÍA

SERVICIO DE DERMATOPATOLOGÍA, HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O.D.

Requisitos para presentar la solicitud como candidato al curso de especialización y residencia en **Dermatopatología**:

1. Ser dermatólogo con reconocimiento universitario o estar cursando el último año de la especialidad de Dermatología.
2. Presentar solicitud por escrito dirigida a la **Dra. Patricia Mercadillo Pérez**, profesora titular del Curso Universitario de la Especialidad en Dermatopatología, Jefa del Servicio de Dermatopatología, Hospital General de México O.D. Tel./fax: 50043845 y 55433794.
3. Anexar a la solicitud Curriculum Vitae.
4. Entrevista con el Profesor Titular del curso. La documentación debe entregarse en el periodo del 01 de agosto al 30 de septiembre del 2014.
5. Se seleccionan dos candidatos.
6. El curso tendrá una duración de dos años, iniciando el primero de marzo y concluyendo el último día de febrero. El curso es de tiempo completo con una duración diaria de ocho horas.

Se extenderá diploma Universitario de la Especialización en Dermatopatología por la Universidad Nacional Autónoma de México