

1123461

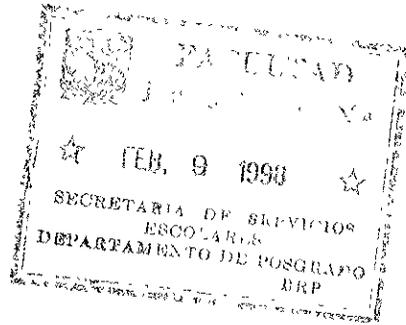


29.

ROSACEA OCULAR, MANIFESTACION Y TRATAMIENTO

Tesis sustentada por el Dr. Rubén Muñoz-Flores de la Torre para obtener el título del curso de Especialidad en Oftalmología como Cirujano Oftalmólogo. Trabajo presentado en el Congreso anual de residentes de la Asociación Para Evitar la Ceguera, Hospital "Dr. Luis Sánchez Bulnes" Cd. de México, Febrero de 1998.

Dr. Rafael Sánchez Fontan
Jefe de Enseñanza A.P.E.C.



FECHA DE ENTREGA

251439

1998

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

1.-RESUMEN

El acné rosácea es una enfermedad dermatológica idiopática que frecuentemente produce manifestaciones oculares. Presentamos un estudio retrospectivo de 12 casos que desarrollaron rosácea ocular y se observó que tipo de manifestaciones presentaron y cual fue su tratamiento. Diez pacientes fueron del sexo femenino entre la 3ra. y 6ta. década de la vida y solo 2 pacientes del sexo masculino uno de la 2da. y otro de la 3ra. década de la vida. De los 12 pacientes que se les tomó la Agudeza Visual (AV) el 54% presentaron mejoría visual posterior al tratamiento. El 25% presentaron diagnóstico previo de acné rosácea. El 100% de los pacientes al momento de la consulta presentaban por lo menos un síntoma oftalmológico, de éstos un 16% presentaron primero manifestaciones oculares y después cutáneas, y el 84% restante presentaron tanto manifestaciones oculares como dermatológicas simultáneamente. El 91.6% de los pacientes presentaban algún tipo de manifestación corneal, de los cuales un 36.3% se presentó en forma unilateral. Además de encontrar lesiones en párpados y en conjuntiva se encontraron a nivel cutáneo. El tratamiento de los 12 pacientes fue con tetraciclinas a una dosis de 250 mg cada 6 hrs., con lágrima artificial en un 91.6% y en un 33.3% se les administró algún tipo de esteroide. En el 36.6% de los casos se le administró cefalotina y gentamicina tópica ya que los pacientes cursaban con úlceras corneales. La evolución fue buena en el 83.3 % de los pacientes y los pacientes restantes no se aplicaron el tratamiento y no se tuvo seguimiento suficiente. La rosácea ocular es una enfermedad que no se diagnostica tan fácilmente tanto por el oftalmólogo, ya que no examina la cara y por el dermatólogo, que no examina los ojos, siendo ésta una entidad mas frecuente sin ser diagnosticada.

2.- JUSTIFICACION

La importancia del presente estudio se basa en conocer las manifestaciones y el tratamiento de la rosácea ocular ya que es una enfermedad común, y es usualmente no diagnosticada por el oftalmólogo por no examinar cuidadosamente la cara de los pacientes y el dermatólogo rutinariamente no interroga los síntomas oculares. Es por eso que al leer éste documento todos pensaremos que nuestro paciente pueda cursar con un cuadro de rosácea ocular.

3.- ANTECEDENTES

La rosácea es una enfermedad común y crónica que afecta los ojos, la piel de la frente, mejillas, mentón y nariz (1,2). Principalmente ocurre entre la 5ta. y 6ta. década de la vida(6,10,11) pero puede presentarse a finales de la adolescencia o a principios de la 3ra. década(6,10).

3.1.- ETIOLOGIA

La rosácea tanto ocular como el acné son una entidad bien conocida pero de etiología desconocida. Se han propuesto innumerables hipótesis:

3.1.1.- ORIGEN INFECCIOSO

Parece ser que una infección secundaria, generalmente estafilocócica, agravaría y prolongaría las lesiones particularmente en los ojos(1,12).

3.1.2.- FOTOSENSIBILIDAD

La exposición al frío y al viento indudablemente actúan similar en ciertos pacientes como también la exposición al sol(1,12).

3.1.3.- DESORDENES PSICOSOMATICOS

Parece ser que con frecuencia agravan el cuadro clínico.

3.1.4.- TRANSTORNOS DIGESTIVOS

Se ha encontrado una anomalía en la secreción gástrica usualmente en la condición de hipoclorhidria, pero el grado de deficiencia del ácido no corre paralelo con la severidad de la rosácea.

3.1.5.- DESORDENES DE VASODILATACION

La pronunciada telangectasia y el eritema en la rosácea como posible anomalía vasomotora, arterial y venosa, pero parece ser más funcional que estructural.

3.1.6.- DIETA

Especialmente un exceso de carbohidratos y de condimentos estimulantes serían un factor importante en la excitación de las exacerbaciones (café, OH) (1,12).

3.1.7.- ANORMALIDADES DE LAS GLANDULAS SEBACEAS

Es común apreciar secreción de las glándulas de Meibomio en pacientes con rosácea ocular.

3.2.- MANIFESTACIONES DERMATOLÓGICAS

El involucramiento de la piel en la rosácea está caracterizado por eritema, telangectasias, papulas, pústulas e hipertrofia de las glándulas sebáceas. Las lesiones están distribuidas en la parte central de la cara como frente, nariz, barba y cuello. La rosácea es diferenciada del acné vulgaris por la ausencia de comedones(1).

3.3.- MANIFESTACIONES OCULARES

En el ojo nosotros podemos observar en la rosácea lesiones desde mínimas hasta severas. Como blefaritis, hiperemia conjuntival, epifora, ardor ocular, chalaziones recurrentes, vascularización corneal, perforación corneal y escleral, escleritis e iritis también se han reportado en pacientes con rosácea ocular(1,9,10,11,).

3.4.- MANIFESTACIONES RELACIONADAS CON LA PIEL Y EL OJO

Las manifestaciones oculares solas no son muy específicas para diagnosticarse(10,11). En pacientes que tienen manifestaciones tanto en la piel como en los ojos, el 20% de ellos primero presentan manifestaciones oculares, 53% primero lesiones en la piel y un 27% las desarrollan simultáneamente(10).

4.- PACIENTES Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo en el cual se revisó la libreta de ingresos del servicio de cornea de la Asociación para Evitar la Ceguera en México, Hospital Dr. Luis Sánchez Bulnes entre los meses de Enero de 1991 hasta Noviembre de 1994, incluyéndose en el estudio a 12 pacientes con diagnóstico de rosácea ocular. Diez pacientes fueron de sexo femenino y 2 del masculino. Todos los diagnósticos fueron hechos por Oftalmólogos del servicio, basados por las manifestaciones cutáneas y oculares. Todos los pacientes presentaban por lo menos dos o más síntomas sugestivos de rosácea ocular, como hiperemia conjuntival, sensación de cuerpo extraño, epífora, ardor, prurito, fotofobia y disminución de la A.V. siendo éstos los criterios de inclusión.

5.-RESULTADOS

De los 12 pacientes que ingresaron al servicio de cornea con el diagnóstico de rosácea ocular, 10 fueron del sexo femenino y 2 del sexo masculino, la edad promedio de las mujeres fue de 37 años 3 meses y de los hombres de 18 años. Cuatro de los pacientes tenían el diagnóstico de acné rosácea. El 84% presentaron manifestaciones oculares y cutáneas simultáneas, y solo el 16% presentaron primero manifestaciones oculares. El tiempo que transcurrió desde que iniciaron los síntomas hasta la primera consulta por el oftalmólogo fue muy variado, desde semanas hasta meses. El total de los pacientes que asistieron a consulta por presentar síntomas oculares manifestaron ojo rojo en un 75%, sensación de cuerpo extraño 7 casos, fotofobia en el 41.6%, epifora en el 50% y solo en un 16.6% se encontró disminución de la A.V. . Se encontraron lesiones cutáneas en el 83.3% del total de los pacientes, de éstos el 70% de los casos tenían lesiones en párpado como aumento de grosor del borde palpebral. En el 50% de los casos se observó hiperemia y aumento de la secreción oleosa de las glándulas palpebrales, un 10% de los casos presentaban chalaziones y úlceras en los bordes palpebrales. En un 100% presentaron hiperemia conjuntival, en la cornea se encontraron cambios estructurales en un 91.6%, de los cuales el 81.8% se encontró leucomas e infiltrados, así como vascularizaciones superficiales(panus) y en estroma medio. De éstos el 54.5% presentaron úlceras corneales y en el 27.7% se observó una queratitis superficial puntata. Sólo en un paciente se encontró adelgazamiento corneal. La afección corneal se presentó en forma unilateral en un 36.6% y el resto en forma bilateral. El 100% de los pacientes recibieron tratamiento sistémico y tópico, de los cuales todos recibieron tetraciclinas a una dosis de 250mg c/6 hrs. por varias semanas(fue variado la duración del Tx. en cada paciente) disminuyendo el número de tomas hasta suspender el medicamento después de varios meses. El 91.6% de los pacientes recibieron lágrima artificial, en el 33.3% acetato de

prednisolona gotas. En el 36.6% de los casos se les administro en forma tópica antibioticos como la gentamicina y la cefalotina por presentar úlceras corneales sin haberles realizado un cultivo previo. La evolución fue buena en el 83.3% de los pacientes, pero hubiera sido favorable para todos ya que 2 de los pacientes suspendieron el tratamiento por su administración prolongada.

6.-DISCUSION

Hasta ahora la rosácea ocular es una entidad clínica bien conocida de etiología desconocida, cada día es más común pero todavía no es bien diagnosticada por el oftalmólogo ya que no realiza una adecuada historia clínica y no examina la cara cuidadosamente de los pacientes y el dermatólogo no infiere frecuentemente en los síntomas oculares. En nuestro estudio el sexo que predominó fue el femenino de 6:1 mientras que en una revisión realizada por el Dr. Browning refiere que existe predominio del sexo femenino de 2:1(1). La rosácea ocular es más frecuente en pacientes de edad media entre la 3ra. y 5ta. década de la vida(1), pero puede presentarse a finales de la 2da. década como lo encontramos en nuestro estudio con 2 de los pacientes entre la 2da. y 3ra. década. También lo reporta el Dr. Donshik que se puede encontrar al final de la 1ra. y a principios de la 2da. década de la vida(3). La rosácea ocular es considerada a ser una enfermedad bilateral, de acuerdo a lo reportado por el Dr. Jenkins et al(2), de nuestro estudio se les encontró afección bilateral en un 72.7% de los casos. Borrie encontró que los pacientes con rosácea ocular y acné rosácea a la vez, presentaron en un 20% la afección primeramente en los ojos. En el 27% las manifestaciones oculares y cutáneas se presentaron en forma simultánea y en el 53% las cutáneas precedieron a las oculares(3). Lo encontrado por nosotros fue que en el 25 % de los casos tenían un diagnóstico previo de acné rosácea, en el 16.6% de los casos se presentó primero las manifestaciones oculares y en un 83.3% se presentó lesiones cutáneas y oculares simultáneas al ingreso de nuestro

hospital. Las manifestaciones en la rosácea ocular no son específicas y pueden envolver a los párpados, conjuntiva y cornea. Algunos tipos de manifestaciones son : blefaritis, meibomitis, chalaziones, hiperemia conjuntival, queratitis superficial puntata, entre otras. A nivel corneal en la periferia se pueden encontrar vascularizaciones, seguido de un infiltrado subepitelial o leucoma profundo, adelgazamiento corneal posterior a una úlcera o a reabsorción de algun infiltrado(3). En nuestros pacientes las manifestaciones oculares se presentaron en los parpados en el 83.3%, en la cornea en el 91.6% y en la conjuntiva en el 100% de nuestros pacientes.

Comparando nuestros resultados encontrados con la serie reportada por el Dr. Browning en 1986 el cual se ve la prevalencia de signos y síntomas oculares en la rosácea ocular.(tabla 1)

	BROWNING	A.P.E.C.
BLEFARITIS	93%	81.8%
CHALAZION	13%	8.3%
HIPEREMIA CONJUNTIVAL	80%	100%
QUERATOPATIA PUNTATA	41%	27.2%
VASCULARIZACION	67%	81.8%
ADELGAZAMIENTO CORNEAL	10%	9%

El tratamiento ocular de la rosácea incluye el aseo de parpados con compresas calientes, masage en el borde libre del párpado y antibióticos tanto orales como tópicos que ataquen a germen gram+(2) de los orales el que más se ha empleado es las tetraciclinas a una dosis de 250mg c/ 6 hrs. por varios meses segun los describió por Sneddon en 1966 por primera vez(4). En los últimos años se han introducido otros tipos de antibióticos al tratamiento de la rosácea como la doxiciclina el cual en su efecto es muy similar al de las tetraciclinas, teniendo una gran ventaja que se puede dar una sola toma al

día y los efectos colaterales son menores como la no afección del aparato digestivo, teniendo mejor tolerancia gástrica(5), se han empleado otro tipo de antibióticos como el metronidazol en gel al 0.75%(6,7) tópico que se coloca en el borde del párpado. Teniendo éste varias ventajas en los pacientes tratados previamente con tetraciclinas con mal resultado, ya que es más económico y su eficacia es excelente en el tratamiento de la rosácea cutánea(8,9) se ha observado que la forma como actúan los antibióticos en la rosácea es supresiva más que curativa aunque no se conoce por que mecanismo lo hagan.

7.-CONCLUSION

Podemos concluir que si nuestro paciente es multitratado y no ha mejorado su cuadro clínico debemos pensar en que se trate de un cuadro de rosácea ocular aunque no tengamos manifestaciones cutáneas. Así conociendo las manifestaciones de ésta entidad podremos prevenir mayores lesiones a nuestros pacientes.

8.-BIBLIOGRAFIA

- 1.- Browning DJ, Proia AD. Ocular Rosacea. *Surv Ophthalmol.* 1986;31: 145-158.
- 2.- Sergul A, Robert S.F. et al. Acne rosacea with Keratitis in childhood. *Arch Ophthalmol.* 1993; 111: 228-230
- 3.- Donschik Peter C. et al. Inflammatory and papulosquamous disorders of the skin and eye, *Clin Dermatol.* 1992; 10:3, 553-547.
- 4.- Frucht-Pery J. et al. Efficacy of Doxycycline and Tetracycline in ocular rosacea. *Am J Ophthtalmol* 1993; 116: 88-92.
- 5.- Frucht-Pery J. et al. The effect of Doxyxyclyne on ocular rosacea . *Am J Ophthtalmol* 1987; 107: 434-435.
- 6.- Marks R, Ellis J. Comparative effectiveness of Tetracycline and ampicillin in rosacea: A controlled Trial. *Lancet*, 2:1049-1052, 1971.
- 7.- Pye RJ, Burton JL; Treatmen of rosacea by Metronidazole. *Lancet* 1:1211-1212.1976.
- 8.- Bleicher PA, Charles JH, Sober AJ. Topial Metronidazole therapy for rosacea *Arch Dermatol* 1987; 123: 609-614.
- 9.- LoweNJ, Henderson T, Millikan LE, et al. Topical metronidazolefor severe and recalcitrant rosacea: a prospective open trial. *Cutis* 1989;43: 283-6.
- 10.- Borrie P:Rosacea with special reference to its ocular manifestations. *Br J Dermatol* 65: 458-463, 1953
- 11.- Wise G: Ocular rosacea. *Am J Ophthalmol* 26: 591-609, 1943
- 12.- Duke-Elder S: Diseases of the outer eye, *System of Ophthalmology*, vol 8 part I., St Louis, CV Mosby, 1965, 534-546.