

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Instituto Mexicano del Seguro Social  
Dirección de Prestaciones Médicas  
Unidad de Atención Médica  
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” Centro Medico Nacional La Raza  
Departamento de Dermatología

**ASOCIACION DE LA INFECCION POR *HELICOBACTER PYLORI* EN  
PACIENTES CON ROSACEA”**

**Tesis**

Para Obtener el Grado de Especialista En Dermatología

P R E S E N T A :

**DRA. ROSA MARIA GUEVARA CASTILLO**

ASESORES

DRA. NANCY PULIDO DIAZ

DRA. REYNA MENDEZ DEL MONTE

DR. PABLO RAMIREZ MENDOZA

MEXICO DF

2009



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

## **INDICE**

<b>Índice</b>	<b>Página</b>
II. Resumen	4
III. Antecedentes	6
IV. Material y Métodos	13
V. Resultados	15
VI. Discusión	20
VII. Conclusiones	23
VIII. Bibliografía	24
IX. Anexos	29

## RESUMEN

**Título:** “Asociación de la infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con rosácea”

**Objetivo:** Evaluar si existe asociación entre infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con rosácea

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio de serie de casos, incluyéndose a todos los pacientes con diagnóstico de rosácea de primera vez, en el periodo de un año, en el departamento de dermatología del Centro Médico Nacional la Raza, para evaluar la asociación de infección de *Helicobacter pylori* en tales pacientes, por lo cual a todos ellos se les realizó endoscopia de tubo digestivo alto y toma de biopsia. Los objetivos secundarios fueron valorar la incidencia de rosácea en la población de estudio y determinar las principales formas clínicas y su asociación con la infección por *Helicobacter pylori*. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva.

**Resultados:** Durante el periodo de un año del estudio, de los 1440 pacientes evaluados se realizó el diagnóstico de rosácea en 10 pacientes lo que correspondió al 0.69% de los casos, de los cuales: 7 presentaron el subtipo clínico papulopustular (70%), 2 eritematotelangiectásico (20%) y 1 fimatoso (10%). A todos se les realizó endoscopia y toma de biopsia, en 3 pacientes (30%) se encontró infección por *Helicobacter pylori*.

**Conclusiones:** La rosácea es una enfermedad poco común en la práctica clínica dermatológica menos del 1%, predominando la forma papulopustular. Mediante estos datos no es posible determinar si existe una relación causal entre la infección por *Helicobacter pylori* y la presencia de rosácea.

**Palabras clave:** Rosácea, *Helicobacter pylori*

## **SUMMARY**

**Title:** "Association of *Helicobacter pylori* infection in patients with rosacea"

**Objective:** To assess whether there is an association between *Helicobacter pylori* infection in patients with rosacea.

**Material and Methods:** A case study series, including all patients diagnosed with rosacea for the first time in the period of one year in the department of dermatology of La Raza National Medical Center, to evaluate the association of *Helicobacter pylori* infection in such patients, making them all was performed by endoscopy to upper gastrointestinal and take of biopsy. Secondary objectives were to assess the incidence of rosacea in the study population and identify the main clinical forms and its association with *Helicobacter pylori* infection. The data were analyzed using descriptive statistics.

**Results:** During the period of one year of study of 1440 patients evaluated was diagnosed in 10 patients with rosacea that corresponded to 0.69% of cases, of which 7 showed the clinical subtype Papulopustulosa (70%) 2 eritematotelangiectasico (20%) and 1 fimatoso (10%). All of them perform endoscopy and biopsy, in 3 patients (30%) were found *Helicobacter pylori* infection.

**Conclusions:** Rosacea is an uncommon disease in clinical practice dermatological less than 1%, the predominant form Papulopustulosa. Through these data is not possible to determine whether there is a causal link between *Helicobacter pylori* infection and the presence of rosacea.

**Keywords:** Rosacea, *Helicobacter pylori*

## **ANTECEDENTES**

La rosácea es una enfermedad inflamatoria crónica poco frecuente, en particular en individuos con fototipo cutáneo I y II. En el Centro Médico Nacional la Raza en promedio se valoran 1440 pacientes de primera vez al año y de ellos los pacientes con rosácea corresponden a menos del 1% del total de los casos. En estadios iniciales, la afección es más frecuente en mujeres de 30 a 50 años de edad (relación 3:1), aunque en los hombres es más probable el desarrollo de tejidos grotescos e hiperplasia de las glándulas sebáceas que conducen al rinofima (relación 20:1) (1). En abril del 2002 se realizó un Comité Nacional de expertos sobre rosácea, donde se logró estandarizar criterios diagnósticos para su clasificación. Siendo suficiente la presencia de uno o más de los siguientes rasgos en áreas convexas de la cara: eritema, pápulas, pústulas y telangiectasias (2). Con una distribución predominantemente centrofacial, aunque también pueden afectarse otros sitios periféricos como orejas, cuello y zona V del escote. La evolución es de carácter crónico, fluctuante, con periodos de exacerbación promedio de 3 meses; siendo el eritema el principal signo. (3)

Existen rasgos secundarios como afección cutánea periocular, sensación de quemazón, edema, placas, sequedad, manifestaciones oculares y localizaciones periféricas; que dan pauta para las subclasificaciones, que adquieren importancia en relación a las implicaciones terapéuticas. Existen 4 subtipos de rosácea denominadas como: tipo 1 o eritematotelangiectásico, tipo 2 pápulo-pustulosa o rosácea clásica, tipo 3 o fimatosa y tipo 4 u ocular. Los episodios de exacerbación pueden ser espontáneos o desencadenarse por estrés emocional, bebidas calientes, ingesta de alcohol, especias, ejercicio, temperatura frío o caliente y baños con agua caliente. El rasgo fundamental del subtipo 1 son las telangiectasias en dorso de nariz y región malar. La forma pápulo-pustulosa se caracteriza por un cuadro inflamatorio persistente o episódico, constituido

por pápulas que evolucionan a pústulas, acompañado de edema. La piel periocular está generalmente afectada. La forma fimatosa es poco común, aparecen engrosamientos marcados de la piel y nodulaciones superficiales en la nariz (rinoforma), una o ambas orejas (otofima), mentón (gnatofima), frente (metofima) o párpados (blefarofima); secundario a la hiperplasia de las glándulas sebáceas y del tejido conectivo. En la rosácea ocular, las manifestaciones oculares más frecuentes son la blefaritis y la conjuntivitis. La iritis, escleritis y queratitis son las complicaciones más severas. La afectación ocular es frecuente y puede preceder varios años a las manifestaciones cutáneas, sin ser reconocida como parte de la misma entidad (3,4).

El grado de severidad puede ser clasificado según Plewig y Kligman en 3 estadios: Estadio I: cuanto presenta eritema persistente por horas o días, y puede desarrollar telangiectasias e hipersensibilidad a productos médicos o cosméticos tópicos; Estadio II: caracterizado por eritema, papulas y pústulas que persiste semanas o meses y Estadio III: eritema intenso, telangiectasias importantes, pústulas, nódulos solitarios o formando placas con edema e hiperplasia del tejido (fimas). Otros métodos de evaluación validados son los siguientes: en cuanto al eritema se utiliza una escala de 4 puntos (0=normal, 1=leve, 2=moderado y 3=severo); para las pápulas y pústulas (0.5= 1 a 3; 1=4 a 6; 1.5=7 a 9; 2 =≥10 ) (5). La etiología de la rosácea es desconocida, habiéndose propuesto varios mecanismos etiológicos como degeneración de la matriz dérmica, causas vasculares, agentes químicos, agentes ingeridos, cambios climáticos, anomalías de la unidad pilosebacea o causas infecciosas (2,3). Entre estas últimas, se ha propuesto la infección por *Demodex folliculorum* (6), bacteria común en la piel normal, ya que se localiza preferentemente en las áreas afectadas por la rosácea (3), y que en estos pacientes se ha detectado una respuesta inmunológica frente al *Demodex* (7,8). No obstante, la prevalencia del microorganismo en adultos sanos llega al 100%,

por lo que la simple asociación no es prueba de su relación etiopatogénica (9,10). El interés por la posible relación de la rosácea con *H. pylori* surgió desde 1920 por Ryle y Barber, cuando se observó la asociación de la rosácea con algunas enfermedades digestivas, como la gastritis, la hipoclorhidria o diversas anomalías de la mucosa yeyunal (11). También se han asociado síntomas como dispepsia, estreñimiento, diarrea o molestias abdominales. Además suele presentar ritmo estacional semejante al de la úlcera péptica (12), y asimismo se conoce desde hace tiempo que algunos antibióticos utilizados en la erradicación, como la claritromicina o el metronidazol (13), pueden por sí solos tener cierta utilidad en el manejo de algunos pacientes con rosácea. El *H. pylori* es una bacteria gram negativa que coloniza la pared del estómago y habita en un pH de 2, por lo que no se ha podido encontrar como habitante de la piel; en relación a esto se dice que el *H. pylori* es un factor más en la etiología de la rosácea, pues se conoce bien la producción de óxido nítrico y gastrina que produce y que funcionan como potentes vasodilatadores (14). Las tasas de infección por *H. pylori* son mayores en países en vías de desarrollo en comparación con países desarrollados, pero las razones específicas de estas diferencias aún no están claras; la infección crónica inicialmente empieza en la niñez. En un estudio transversal realizado en 5861 mexicanos de 11-21 de edad se encontró una prevalencia total de *H. pylori* de 47.6%; 40.6% en preadolescentes (11-14 años), 48.6% en adolescentes (15-17 años) y 59.8% en adultos jóvenes (18-24 años), (15). En 1994, Reborna y cols. (16) encontraron que los pacientes con rosácea tenían una mayor frecuencia de infección por *H. pylori*, documentada por endoscopia, que la observada en la población general en Italia (90 vs 50%). Desde entonces varios estudios han encontrado una alta prevalencia de la infección por *H. pylori* en estos pacientes (17-21), incluso al comparar con grupos controlados de pacientes de la misma edad y sexo (22), aunque otros autores no han encontrado una mayor prevalencia de la infección

(12,23-27). En un estudio realizado en España, por Martín de Argila y cols, se encontró que la seroprevalencia de la infección fue del 84,1% (37/44 pacientes), muy superior a la de la población general situada en torno al 53% ( $p < 0.01$ ) (28). Además, un 61,4% de los pacientes presentaban sintomatología digestiva en el momento de la primera visita confirmando la asociación entre rosácea y síntomas digestivos (25). No obstante, la prevalencia de la infección en este estudio fue tan sólo un 26,7%, si bien esta se estableció mediante serología. También se ha publicado que la erradicación de *H. pylori* mejora la sintomatología de la rosácea o incluso hace desaparecer las lesiones cutáneas (4,23), mientras que otros autores no han encontrado dicha mejoría (27). Las diferencias entre los resultados de estos estudios puede deberse a que no han diferenciado entre las diversas formas de presentación de la rosácea. En 1999, Son y cols. (26) no encontraron diferencias en la evolución de la rosácea tras la erradicación en función de la forma de presentación clínica. Por el contrario, Suárez y cols. (29) en 1999 demostraron una mejoría en la sintomatología cutánea del 64% de las rosáceas pápulo-pustulosas y tan sólo del 14,3% de las formas eritematosas. En relación con esto, Díaz y cols. (30), sugieren recientemente que la severidad de la rosácea pudiera estar estrechamente relacionada con la infección por la bacteria. En otro trabajo realizado por Utas y cols. (12), aunque no existía diferencia en la prevalencia de la infección por *H. pylori* con el grupo control, sí se obtuvo una mejoría clínica significativa en los pacientes con rosácea, aunque lamentablemente no se diferenciaron las formas de presentación. Por su parte, Bamford y cols. (31), realizaron un estudio doble ciego, dividiendo a los pacientes en dos tratamientos (erradicador y placebo), encontrando una mejoría significativa del eritema en los pacientes erradicados frente al grupo control y una disminución en las pápulas y pústulas en ambos grupos.

Tabla: registro de publicaciones que evalúan la potencial asociación entre rosácea y H. pylori. (11)

Diseño de referencia, número de pacientes y conclusión.

<b>Rebora et al.</b> (15,16)	Serie de casos	31 pacientes	Alta prevalencia de histología y serología en una población: respuesta positiva a la terapia de erradicación de H. pylori
<b>Powell et al.</b> (19)	Serie de casos	20 pacientes	Anticuerpos altos de H. pylori en la población general.
<b>Kolibasova et al.</b> (32)	Reporte de caso	1 paciente	Marcada respuesta en la erradicación de H. pylori
<b>Utas et al.</b> (12)	Estudio de casos y controles + Serie de casos no controlada erradicación H. pylori eradication	25 casos y 87 controles; estudio 8 pacientes para erradiar	No hay diferencia en la seroprevalencia, pero significativa respuesta en la erradicación de H. pylori.
<b>Szlachic et al.</b> <b>Szlachic</b> (21)	Estudio casos y controles + no controlado. Serie de casos H. pylori erradicacion	60 casos y 60 controles Estudio de erradicación 53 pacientes	Diferencia en la prevalencia de infección. Marcada respuesta en la terapia de erradicación de H. pylori.
<b>Mayr-Kanhauser et al.</b> (33)	Caso reporte	1 paciente	Marcada respuesta en la terapia de erradicación de H. pylori.
<b>Schneider et al.</b> (22)	Estudio casos y controles	94 casos y 88 + 14 controles	No hay diferencia en la seroprevalencia
<b>Sharma et al.</b> (24)	Estudio casos y controles	45 casos y 43 controles	No hay diferencia en la seroprevalencia
<b>Jones et al.</b> (23)	Estudio casos y controles	52 de 204 casos (serología) y 133 controles (histología + examen de urea rápida)	No hay diferencia en la seroprevalencia (casos) vs. Prevalencia de la infección (controles)  No hay diferencia en la seroprevalencia (casos) entre el tratamiento y el placebo en relación a la actividad del H. pylori.
<b>Bamford et al.</b> (31)	Estudio para erradicación Aleatorizado doble-ciego, placebo-controlado.	44 pacientes aleatorizados	No hay diferencia en la respuesta al tratamiento vs placebo en relación a la actividad del H. pylori.
<b>Herr &amp; You</b> (26)	Estudio de casos y controles + Estudio de erradicación placebo-controlado.	50 casos y 50 controles; 20 erradicacion and 20 placebo controls	No hay diferencia en la prevalencia de infección o respuesta al tratamiento de erradicación.

Hasta el momento, según las conferencias de consenso más recientes (34), no existe suficiente evidencia para recomendar la erradicación de la infección en los pacientes con rosácea. No obstante, creemos que es obligado seguir investigando en esta línea.

El diagnóstico de rosácea es predominantemente clínico, catalogado por un Dermatólogo experimentado. Para determinar la infección de H. pylori propiamente se cuentan con diferentes estudios como son la biopsia por endoscopia para histología, cultivo y la prueba de ureasa. Cada una con sus ventajas y desventajas, por lo que presentamos el rango de sensibilidad y especificidad que presentan dichos estudios (15).

Tabla II. Comparativo de eficacia y disponibilidad en exámenes para detección de H. pylori.

Prueba	Sensibilidad	Especificidad	Disponibilidad
<b>Invasiva</b>			
Histología	88-95%	90-95%	++++
Cultivo	80-90%	95-100%	++
Test ureasa	90-95%	90-95%	++++
<b>No invasivo</b>			
13 C UBT (Prueba de urea del aliento)	90-95%	90-95%	++++
Serología	80-95%	80-95%	+++
ELISA			

Con la histología detecta la presencia del bacilo de H. pylori por medio de simple tinción de rutina con hematoxilina y eosina, o bien con tinciones complementarios como Giemsa, Genta, Gimenez o Warthin-Starry. Además de dar el beneficio de detectar gastritis atrofia o datos de metaplasia. Solo con el inconveniente de ser un estudio invasivo y con los riesgos que esto implica.

El cultivo teóricamente puede identificar el bacilo, pero este puede ser inestable. Es un estudio accesible, se requiere una muestra muy pequeña de tejido obtenida por endoscopia, pero tiene el inconveniente de ser invasiva y de contaminación de la muestra.

La prueba de ureasa es rápida y sencilla, pero indica solo la presencia o ausencia de infección. Los CLO hidroliza la urea y libera amonio, el cual es detectado por colorimetría. Ha probado ser más baratos, y presentan una sensibilidad y especificidad similar a la histología. La sensibilidad de la prueba de ureasa de biopsia parecen ser muy baja (~60%) en los pacientes con sangrado de tubo digestivo, desventaja que se suple al tomar biopsias múltiples (15).

La prueba de respiración de urea: es una técnica no invasiva, basada en el principio de una solución de urea con carbono-13, el cual es hidrolizado por la enzima ureasa del *H. pylori*. El CO<sub>2</sub> resultante es absorbido por la mucosa gástrica y vía circulación sistémica excretado por la respiración a través de CO<sub>2</sub>. La 13C-urea prueba de respiración demuestra la infección actual y no es radiactivo (15,35). Puede usarse como un prueba diagnóstica y de seguimiento para evaluar respuesta a tratamiento. La 14C-urea respiración similar pero radiactiva.

La detección de *H. pylori* por serología es sencilla de realizar a través de suero, en búsqueda de anticuerpos de IgG circulantes, por la unión de enzimas al ensayo inmunosorbent (ELISA) o por aglutinación de látex (15,36). Es poca específica y no sería el estudio ideal para demostrar asociación causal entre la infección y la rosàcea.

Esquema estándar: pantoprazol 40 mg + claritromicina 500 mg + amoxicilina 1gr dos veces al día por 10 días, otro esquema es: pantoprazol 40mg + amoxicilina 1gr dos veces al día por 5 días; seguido de pantoprazol 40mg, claritromicina 500mg y tinidazol 500mg 2 veces al día por 5 días más (37).

## **MATERIAL Y METODOS**

Se realizó un estudio de serie de casos para evaluar la presencia de *Helicobacter Pylori* en pacientes con diagnóstico de rosácea de primera vez. Los pacientes fueron captados de la consulta externa del Departamento de Dermatología para adultos del Hospital de alta Especialidad del Centro Médico Nacional la Raza, durante el periodo comprendido entre el mes de mayo de 2007 y junio de 2008. Se incluyeron en el estudio a todos los pacientes mayores de 17 años, que cumplieran con los criterios de diagnóstico para rosácea de acuerdo al Comité Nacional de expertos que consisten en: eritema, telangiectasias, pápulas o pústulas confirmado por 2 Dermatólogos y que previo al estudio se encontrarán sin tratamiento antimicrobiano sistémicos mínimo 3 meses y tópicos 4 semanas. Los criterios de exclusión fueron pacientes que tuvieran policitemia vera, enfermedad del tejido conectivo (lupus eritematoso sistémico, dermatomiositis), síndrome carcinoide, mastocitosis, pacientes con uso crónico de esteroide tópico en región centrofacial, pacientes embarazadas o lactando y pacientes que se negarán a la realización de la prueba endoscópica de detección de *H. pylori* o que estuvieron tomando inhibidores de bomba de protones 2 semanas antes del estudio. Los datos epidemiológicos y clínicos fueron recolectados a través de una encuesta y se interrogó acerca de: edad, género, utilización de antibióticos sistémicos en los últimos 3 meses, utilización de antibióticos y esteroides tópicos en las últimas 4 semanas, presencia de sintomatología gástrica como dolor en epigastrio, pirosis, así como si habían recibido tratamiento para erradicación de *Helicobacter pylori* previamente. Los pacientes se clasificaron en base al subtipo clínico de rosácea en alguna de las siguientes: eritematotelangiectásico definido como presencia de eritema persistente centrofacial, mayor de 10 min, telangiectasias y fácil irritabilidad de la piel; papulopustular definido como presencia de eritema persistente, pápulas, pústulas, telangiectasias, afección

ocular y edema facial; fimatoso definido como presencia de engrosamiento de la piel de nariz, mentón, orejas y frente, poros cutáneos prominentes, asilado o con signos anteriores y el ocular definido como presencia de inyección conjuntival, chalación recurrente, queratitits, episcleritis, iritis, asociado o no a cambios cutáneos. Así mismo se evaluaron en cuanto al grado de severidad según Plewig y Kligman en 3 estadios: Estadio I (leve): definido como eritema persistente por horas o días, y puede desarrollar telangiectasias e hipersensibilidad a productos médicos o cosméticos tópicos; Estadio II (moderado): caracterizado por eritema, papulas y pústulas que persiste semanas o meses y Estadio III (severa): eritema intenso, telangiectasias importantes, pústulas, nódulos solitarios o formando placas con edema e hiperplasia del tejido (fimas). A todos ellos se les realizo endoscopia de tubo digestivo superior con endoscopio rígido Pentax, previa sedación intravenosa con midazolam y se les realizo toma de 3 biopsias gástricas tomadas de fondo, cuerpo y antro, las cuales fueron enviadas a patología para su análisis mediante tinción con hematoxilina eosina, y/o Giemsa, por un patólogo cegado para investigar la presencia de *Helicobacter pylori*. Los pacientes se clasificaron como con presencia o no de infección y se determino con que subtipo clínico se asociaban más. El análisis de los datos fue mediante estadística descriptiva, expresados en porcentajes y presentados mediante tablas, clasificadas de acuerdo a edad, sexo, tipo de lesión, grado de severidad, presencia o no de *Helicobacter pylori*.

## RESULTADOS

En el periodo comprendido entre mayo del 2007 a Junio del 2008, de las 1440 consultas otorgadas de primera vez, se diagnosticaron a 10 nuevos pacientes con rosácea lo que correspondió al 0.69% de las consultas y de ellos 7 fueron mujeres (70%) y 3 hombres (30%), el promedio de edad puede 27.7 años (tabla 1).

De los 10 pacientes en 3 (30%) se diagnóstico infección por *Helicobacter pylori* (tabla 1, gráfica 1). En cuanto a las formas subclínicas de rosácea: 7 pacientes (70%) tuvieron la forma papulopustular, 2 eritematotelangiectasico (20%) y 1 fimatoso (10%) (Tabla 2, Gráfica 2). Respecto a la correlación entre forma subclínica e infección por *Helicobacter pylori*: 2 pacientes del subtipo papulopustular tuvieron la infección y 1 del tipo eritematotelangiectasico. Respecto al grado de severidad en 3 pacientes (30%) se encontró una forma moderada y en ellos se encontró la presencia de infección por *Helicobacter pylori*. Los otros 7 (70%) presentaron formas leves (tabla 1).

La sintomatología gástrica fue referida por 4 de los 10 pacientes (40%) y consistió en presencia de dispepsia (Tabla 3, Gráfica 3).

De los 10 pacientes ninguno menciona haber recibido al menos 3 meses previos al estudio algún esquema de tratamiento antimicrobiano sistémico ni antibióticos tópicos en las 4 semanas previas a la realización de la endoscopia. Ningún paciente recibió previamente tratamiento con algún esteroide tópico.

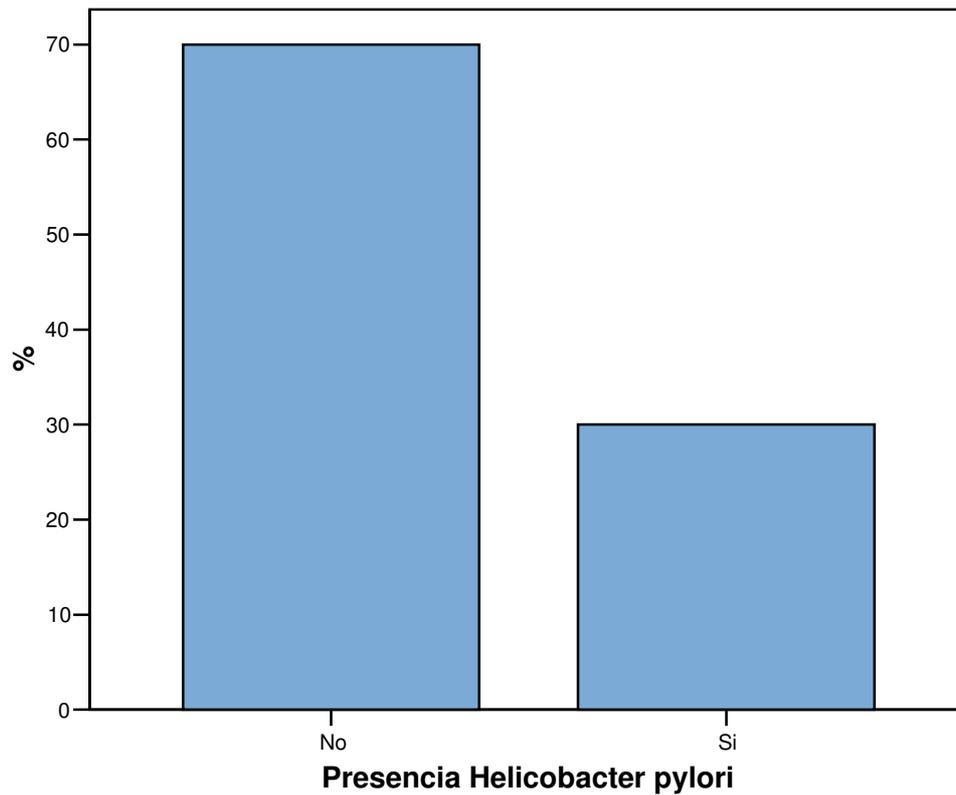
Figura 1.

Edad	Sexo	Presencia Helicobacter pylori	Subtipo clínico	Grado de severidad
18	Femenino	No	Papulopustular	Leve
26	Femenino	No	Papulopustular	Leve
32	Femenino	No	Papulopustular	Leve
34	Masculino	Si	Eritematotelangiectásico	Moderado
36	Masculino	Si	Papulopustular	Moderado
36	Femenino	Si	Papulopustular	Moderado
47	Femenino	No	Papulopustular	Leve
48	Masculino	No	Fimatoso	Leve
51	Femenino	No	Eritematotelangiectásico	Leve
54	Femenino	No	Papulopustular	Leve

**Tabla 1. Presencia Helicobacter pylori**

Presencia H. Pylori	Frecuencia	Porcentaje
No	7	70.0
Si	3	30.0
Total	10	100.0

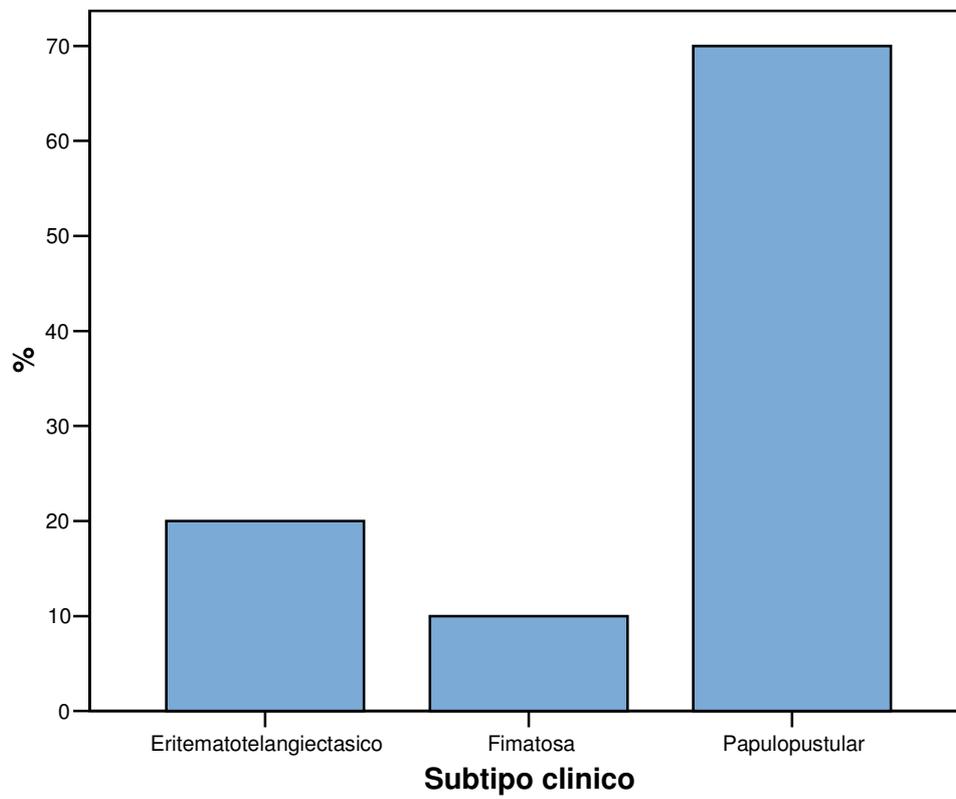
**Gráfica 1. Presencia Helicobacter pylori**



**Tabla 2. Subtipo clínico**

Subtipo clínico	Frecuencia	Porcentaje
Eritematotelangiectásico	2	20.0
Fimatoso	1	10.0
Papulopustular	7	70.0
Total	10	100.0

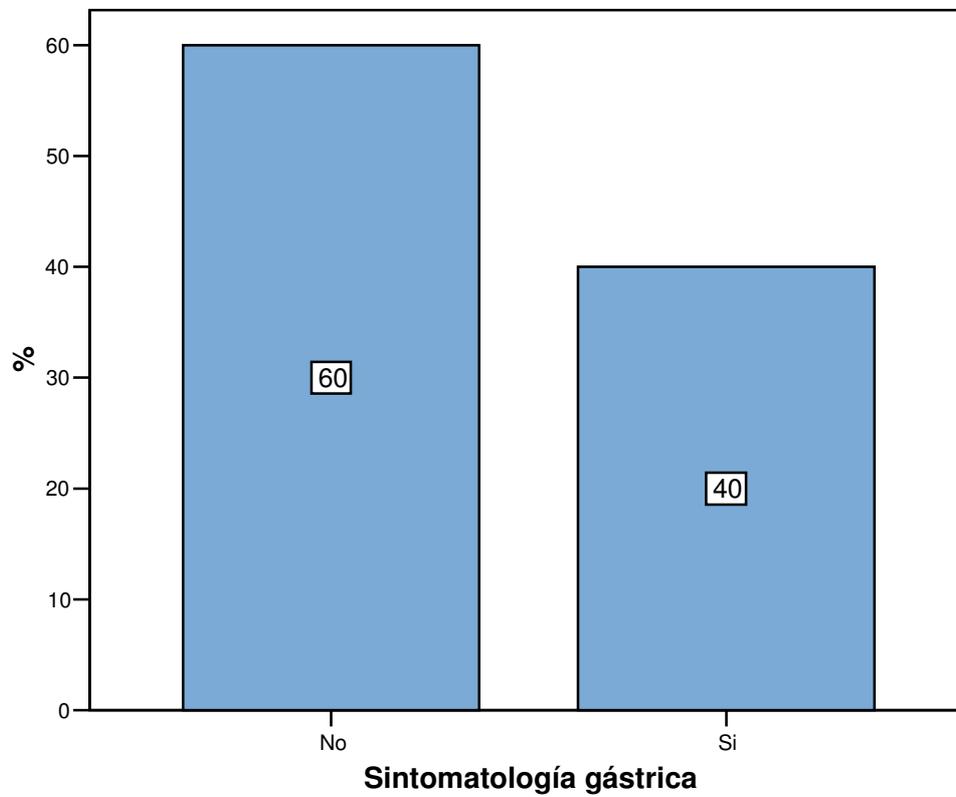
**Gráfica 2. Subtipo clínico**



**Tabla 3. Sintomatología gástrica**

Síntomas gástricos	Frecuencia	Porcentaje
No	6	60.0
Si	4	40.0
Total	10	100.0

**Gráfica 3. Sintomatología gástrica**



## DISCUSION

La rosácea es una dermatosis poco común por lo cual su etiología es desconocida y su etiopatogénesis es multifactorial, estudios realizados en pacientes con rosácea sugieren que la infección por *Helicobacter pylori* puede ser un factor causal pero otros que es solo un agravante, mas que una causa etiológica.(31)

Se realizo esta investigación en búsqueda de la asociación de *Helicobacter pylori* en pacientes que tuvieran manifestaciones típicas de rosácea vistos en la práctica clínica dermatológica, quienes tuvieran manifestaciones activas de la enfermedad.

La mayoría de los pacientes tuvieron rangos leves a moderados de la enfermedad: sin embargo no tuvimos un mayor número de pacientes para discriminar entre grados más severos, dado que la incidencia de la enfermedad en este año de estudio fue tan solo del 0.69% a pesar de ser un Hospital de concentración.

En esencia todos los pacientes tuvieron algún grado de eritema, pápulas, pústulas y telangiectasia en mejillas, dorso nasal, frente y mentón.

Numerosos autores han reportado la asociación de infección por *Helicobacter pylori* y rosácea, sin embargo aun existe discrepancia entre los resultados.

La efectividad de erradicación de la infección de *Helicobacter pylori* con metronidazol parece afirmar la hipótesis de un rol etiopatogénico del *Helicobacter pylori* en el establecimiento de las lesiones de rosácea.

Es difícil establecer el rol del *Helicobacter pylori* en la patogénesis de la rosácea; en nuestro estudio se encontró la presencia de *Helicobacter pylori* en el 30% de los pacientes estudiados mediante estudio endoscópico lo cual no difiere de la prevalencia en la población sana en México que es de aproximadamente el 40% ( 15)

Rebora et al (16) Reportó la frecuencia de *Helicobacter pylori* en estómagos de 31 pacientes con rosácea de los cuales 84% fueron encontrados positivos.

Por medio de otros métodos diagnósticos como la serología con títulos altos de anticuerpos contra *Helicobacter pylori*, Powel et al (20) también reportó la afectación de 19 de 20 pacientes con rosácea, además de Schneider et al (23) reportó anticuerpos anti *Helicobacter pylori* en solo 49% de pacientes afectados con rosácea.

Del 30% de pacientes que fueron reportados positivos en nuestro estudio el 20% presentaban la forma subclínica papulopustulosa, y solo 10% presento el subtipo eritematotelangiectásico.

De los pacientes con la presencia de *Helicobacter pylori* solo el 40% presento sintomatología gástrica que orientará a investigar enfermedad ácido péptica. Aunque en el estudio de Herr et al. (27) No se encontraron diferencias significativas entre la prevalencia de anticuerpos anti *Helicobacter pylori* en pacientes con rosácea asociados a alteraciones gastroduodenales.

En nuestro estudio no se reportó ningún caso de rosácea de tipo subclínico ocular ya que en muchas ocasiones el diagnóstico no es reconocido; ni de la asociación con la forma fimatosa.

En todos los pacientes el grado de afección de la enfermedad fue de leve a moderada, llamando la atención que los 3 pacientes que tuvieron detección de *Helicobacter pylori* tenía un grado de afección moderada, por lo cual nos hace suponer que a mayor grado de afección dérmica puede ser que se detecte en más pacientes tal infección. En algunos estudios se ha observado la prevalencia de *Helicobacter pilori* relacionado a formas severas de rosácea, y en estos pacientes si se ha encontrado que esta asociación agrava la presentación clínica, que puede ser clave en las inconsistencias observadas en múltiples estudios, y se ha visto que en estas formas subclínicas el tratamiento de erradicación ha mostrado ser efectivo mejorando la sintomatología dermatológico.

En el estudio reportado por Szalachic et al (22) se demostró una marcada mejoría de la rosácea a través de la exitosa erradicación del *Helicobacter pylori* 96% (51/53) en pacientes que mostraban la forma subclínica papulopustulosa.

Los datos que emergen de nuestra serie de casos no permiten confirmar la hipótesis afirmada por científicos que proponen la correlación entre la presencia de *Helicobacter pylori* y rosácea.

Sin embargo podemos asumir que la infección por *Helicobacter pylori* en sujetos predispuestos se comporta como uno de los estímulos numerosos que pueden contribuir en la enfermedad, sin llegar a ser un factor único etiológico sino un factor precipitante o exacerbante.

## CONCLUSIONES

La rosácea es una enfermedad poco común en la práctica clínica dermatológica en nuestra población, y en nuestro estudio se encontró en menos del 1% de los pacientes valorados durante el año. Las formas papulopustulosas son las que predominan y en sus formas leves y moderadas principalmente, las mujeres se afectan con mayor frecuencia.

Igual que en reportes anteriores la presencia del *Helicobacter pylori* es muy parecida a la de la población sana ya que solo se encontró en 30% de nuestros pacientes. Tal infección se encontró principalmente en la forma subclínica papulopustulosa y en los grados de afección moderada .

Por lo tanto no es posible determinar si existe una relación causal entre la infección por *H pylori* y la presencia de rosácea, lo que si se puede afirmar es que dicha infección condiciona un agravamiento de la enfermedad y que su erradicación puede contribuir a la mejoría de los pacientes.

## BIBLIOGRAFIA

1. Freedberg IM, Elsen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, et al. Fitzpatrick Dermatología en Medicina General. 6ta Edición. , Madrid España ; Médica Panamericana; 2005
2. Wilkin J, Dahl M, Detmar M, Drake L, Feinstein A, Odom R, 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.
3. Crawford GH, Pelle MT, and James WD. Rosacea: I. Etiology, pathogenesis, and subtype classification. J Am Acad Dermatol.2004; 51:327-41.
4. Powell Frank C.. F.R.C.P.I. Rosacea. The New England J Medicine. 2005;352: 793-803.
5. Bamford J TM, Gessert CE and Renier Collen M Measurement of the severity of rosacea. J Am Acad Dermatol 2004;51:697-703.
6. Sibenge S, Gawkrödger DJ. Rosacea: a study of clinical patterns, blood flow and the role of Demodex folliculorum. J Am Acad Dermatol 1992; 26:590-3.
7. Nunzi E , Rebora A, Hamerlinck F, Cormane RH. Immunopathological studies on rosacea. Br J Dermatol 1980; 103:543-51.
8. Grosshans E, Dangler T, Kien TT, Kremer M. Demodex folliculorum and rosacea: experimental and immunological studies 1980; 55: 1211-8.
9. Bonnar E, Eustace P, Powell FC. The Demodex mite population in rosacea. J Am Acad Dermatol 1993; 28: 443-8.
10. Dubois S. Recherche du Demodex folliculorum hominis dans la peau saine. Ann Dermatol Syph 1910; 1: 188-90.

11. Camilo Diaz, O'callaghan CJ, Khan A and Ilchyshyn A. Rosacea: A Cutaneous Marker of Helicobacter pylori Infection? Results of a Pilot Study. Clinical report. *Acta Derm Venereol* 2003; 83: 282–286.
12. Utas S, Özbakir Ö, Turasan A, Utas C. Helicobacter pylori eradication treatment reduces the severity of rosacea. *J Am Acad Dermatol* 1999; 40: 433-5.
13. Rebora A. The management of rosacea. *Am J Clin Dermatol* 2002; 3: 489-96.
14. Rebora Alfredo, Drago Francesco. Helicobacter pylori and rosacea. *Dermatology* 2000; 43: 884.
15. Camargo M C; Lazcano-Ponce ; Torres Javier ; Velasco-Mondragon E ; Quiterio Manuel; Correa Pelayo . Determinants of Helicobacter pylori Seroprevalence in Mexican Adolescents. *Helicobacter*. 2004; 9(2):106-114
16. Rebora A, Drago F, Picciotto A. Helicobacter pylori in patients with rosacea. *Am J Gastroenterol* 1994; 89: 1603-4.
17. Rebora A, Drago F, Parodi A. May Helicobacter pylori be important for dermatologists? *Dermatology* 1995; 191: 6-8.
18. Rojo-García JM, Muñoz-Pérez MA, Escudero J, Camacho F, Hergueta P, Herrerías JM. Helicobacter pylori in rosacea and chronic urticaria. *Acta Derm Venereol* 2000; 80: 156-7.
19. Erei A, Oztas M, Ilter N, Senol E, Sultan N, Grurer MA. Helicobacter pylori seroprevalence in patients with acne rosacea. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 1995; S151 (abstract).
20. Powell FC, Daw MA, Duguid C. Positive Helicobacter pylori serology in rosacea patients. *Irish J Med Sci* 1992; 161: 75 (abstract).

21. Pytko-Polonczyk, Szlachcic, Sliwowski, Karczewska, Bielanski, Konturek. Helicobacter pylori (HP) infection in rosacea. Gut 1999;45 : A88.
22. Szlachcic A, Sliwowski Z, Karczewska E, Bielanski W, Pytko-Polonczyk J, Konturek SJ. Helicobacter pylori and its eradication in rosacea. J Physiol Pharmacol 1999; 50: 777-86.
23. Schneider MA, Skinner RBJ, Roserberg EW. Serologic determination of Helicobacter pylori in rosacea patients and controls. Clin Res 1992; 40: 831 (abstract).
24. Jones MP, Knable AL, White MJ, Durming SJ. Helicobacter pylori in rosacea: lack of an association. Arch Dermatol 1998; 134: 511 (abstract).
25. Sharma VK, Lynn A, Kaminski M, Vasudeva R, Howden CW. A study of the prevalence of Helicobacter pylori infection and other markers of upper gastrointestinal tract disease in patients with rosacea. Am J Gastroenterol 1998; 93: 220-2.
26. Son SW, Kim IH, Oh CH, Kim JG. The response of rosacea to eradication of Helicobacter pylori. Br J Dermatol 1999; 140: 984-5.
27. Herr H, You CH. Relationship between Helicobacter pylori and rosacea: it may be a myth. J Korean Med Sci 2000; 15: 551-4.
28. Martín de Argila C, Boixeda D, Canton R, Mir N, de Rafael L, Gisbert J, et al. Helicobacter pylori infection in a healthy population in Spain. Eur J Gastroenterol Hepatol 1996; 8:1165-8.
29. Suárez R, Medina S, Trasobares L. Rosacea y Helicobacter pylori. Estudio de 27 casos. Actas Dermosifilogr 1999; 90: 162-6.

30. Diaz C, O'Callaghan CJ, Khan A, Ilchysin A. Rosacea: a cutaneous marker of Helicobacter pylori infection? Results of a pilot study. *Acta Derm Venereol* 2003; 83: 282-6.
31. Bamford JT, Tilden RL, Blankush JL, Gangeness DE. Effect of treatment of Helicobacter pylori infection on rosacea. *Arch Dermatol* 1999; 135: 659-63.
32. Kolibasova K, Tothova I, Baumgartner J, Filo V. Eradication of Helicobacter pylori as the only successful treatment in rosacea. *Arch Dermatol* 1996; 132: 1393-6
33. Mayr-Kanhauser S, Kranke B, Kaddu S, Mullegger RR. Resolution of granulomatous rosacea after eradication of Helicobacter pylori with clarithromycin, metronidazole and pantoprazole. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2001; 13: 1379 – 1383.
34. Monés J, Gisbert JP, Borda F, Domínguez-Muñoz E; Grupo Conferencia Española de Consenso sobre Helicobacter pylori. Indications, diagnostic tests and Helicobacter pylori eradication therapy. Recommendations by the 2nd Spanish Consensus Conference. *Rev Esp Enferm Dig* 2005; 97: 348-74.
35. Logan PR, Polson PF, Misiewicz JJ, et al. Simplified single sample 13 Carbon urea breath test for Helicobacter pylori, comparison with histology, culture and ELISA serology. *Gut* 1991; 32: 1461 – 1464.
36. Brown KE, Peura DA. Diagnosis of Helicobacter pylori infection. *Gastroenterol Clin North Am* 1993; 22: 105 – 115.
37. Pytko-Polonczyk, Szlachcic, Sliwowski, Karczewska, Bielanski, suplemento No. III, September 1999; p. A88.

38. Treiber, Ammon, Schneider. AMOC - A short new quadruple therapy vs standard triple therapy for *Helicobacter pylori* eradication 09/352. GUT. Volume 41(3S) Supplement 1, September 1997, p 96A.



**ANEXOS**  
Anexo 1.

### **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

México., Distrito Federal a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2008

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: "ASOCIACIÓN DE LA INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* EN PACIENTES CON ROSÁCEA". Registrado ante el Comité Local de Investigación con el número 49. El objetivo del estudio es determinar la asociación de infección por *helicobacter pylori* en pacientes con Rosácea, en nuestro hospital. Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder preguntas sobre mi historia médica. Se me realizará una exploración física rutinaria y revisarán mi expediente. Se me realizará una endoscopia de tubo digestivo superior, que consiste en la introducción de un tubo semirígido a través de la boca y que llega hasta la parte superior del intestino delgado, mediante el cual se visualizará la parte interna del estómago y se tomará un fragmento de tejido con una pinza, para analizarlo en búsqueda de la bacteria denominada *helicobacter pylori*. Previo al procedimiento se me administrará por la vena un medicamento anestésico que me dormirá parcialmente para facilitar la realización de la endoscopia y evitar molestias. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes: al ser un procedimiento invasivo existe el riesgo remoto de ruptura del esófago o del estómago, y en caso de presentarse requeriría de una operación en cuyo caso se atendería inmediatamente. Al inyectarme por la vena el medicamento anestésico, puedo presentar alergia al medicamento utilizado, manifestado por ronchas en la piel o incluso hasta dificultad para respirar que se presentan en muy pocos casos y que en caso de presentarse se atenderían de inmediato. Los beneficios de este estudio serán que en caso de encontrar una asociación entre mi enfermedad con la infección por esta bacteria pueda recibir una alternativa más de tratamiento que mejoré mi padecimiento dermatológico. El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto. El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente

Investigadores :

Dra Nancy Pulido Diaz. Matricula: 10278788 \_\_\_\_\_

Dra. Rosa Maria Guevara Castillo. Matricula 99281175 \_\_\_\_\_

Teléfonos: (55) 55832783 (55) 9777932

Testigos

\_\_\_\_\_  
Testigo Nombre y firma

\_\_\_\_\_  
Testigo Nombre y firma

## Anexo 2

**“ PREVALENCIA DE INFECCION POR *HELICOBACTER PYLORI* EN  
PACIENTES CON ROSACEA”**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

- ANTECEDENTES RELEVANTES (Antecedentes crónico, degenerativos, Diagnósticos ya conocidos de policitemia vera, enfermedad del tejido conectivo (LES, Dermatomiositis), Síndromes carcinoides, Mastocitosis).

---



---

RECUERDA USTED:	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Uso de antibióticos sistémicos en los últimos 3 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de antibióticos tópicos en las últimas 4 semanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de esteroides tópicos en las últimas 4 semanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El enrojecimiento facial, dura más de 10 minutos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Comezón o enrojecimiento en los ojos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene sintomatología gástrica? <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/></span>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Qué síntomas? _____		
Ya ha recibido tratamiento para erradicación de <i>H. pylori</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cuál y cuánto tiempo		

---

## CLASIFICACION CLINICA:

Subtipo Clínico	Definición	Marcar tipo
1. Eritematotelangiectásico	Eritema persistente centrofacial, mayor de 10 min. Telangiectasias y fácil irritabilidad de la piel.	
2. Pápulopustular	Eritema persistente, pápulas, pústulas, telangiectasias, afección ocular y edema facial.	
3. Fimatoso	Engrosamiento de la piel de nariz, mentón, orejas y frente. Poros cutáneos prominentes, asilado o con signos anteriores.	
4. Ocular	Inyección conjuntival, chalación recurrente, queratitis, episcleritis, iritis, asociado o no a cambios cutáneos.	

Subtipo Clínico	Grado de severidad	Marcar grado
1. Eritematotelangiectásico	0. Ninguno 1. Eritema ocasional 2. Eritema frecuente, persistente, moderadas telangiectasias. 3. Eritema severo, persistente, edema y telangiectasias prominentes.	
2. Pápulopustular	1. 0.5 = 1 a 3 pápulas 2. 1 = 4 a 6 pápulas 3. 1.5 = 7 a 9 pápulas 4. 2 = $\geq 10$ pápulas	
3. Fimatoso	0. Nada 1. Apertura folicular levemente prominente, piel seborreica, no datos clínicos de hipertrofia o cambios del contorno. 2. Apertura folicular prominente, leve hipertrofia de tejidos blandos, cambios leves en contorno. 3. Marcada seborrea, poros cutáneos muy prominentes, distorsión de contorno.	
4. Ocular	1. Nada 2. Leve inyección conjuntival y resequeidad. 3. Lo anterior + Chalación recurrente 4. Lo anterior + dolor, fotosensibilidad, episcleritis, iritis.	