

TRABAJOS ORIGINALES

Rosácea ocular: clínica y alteraciones de la película lagrimal

*Ocular rosacea:
clinical findings and tear film stability*

Bety Yáñez¹, Victoria Morante².

RESUMEN

Objetivo: Describir los hallazgos oculares asociados a rosácea y determinar las alteraciones de la película lagrimal.

Material y métodos: Se estudiaron de manera prospectiva pacientes con diagnóstico de rosácea evaluados en la consulta de Dermatología y derivados al servicio de Oftalmología (enero 2001 a setiembre 2003). El examen oftalmológico consistió en la toma de la agudeza visual, biomicroscopía, presión intraocular, evaluación de las glándulas de Meibomio, medida del tiempo de ruptura de la película lagrimal y test de Schirmer con anestesia.

Resultados: 62 pacientes fueron estudiados, 27% fueron varones y 73% mujeres, rango de edad de 17 a 76 años (media 48.3). La frecuencia de rosácea ocular fue 79%. Las molestias oculares más frecuentes fueron ojo rojo (53%) y sensación de cuerpo extraño (40%). Los hallazgos principales fueron blefaroconjuntivitis (74%) y complicaciones corneales (48%). Una relación estadísticamente significativa se halló entre afectación corneal y severidad de disfunción de las glándulas de Meibomio y tiempo de ruptura de la película lagrimal disminuido ($p < 0.05$). Los valores del test de Schirmer estuvieron disminuidos en 19%.

Conclusión: Se encontró una elevada prevalencia de rosácea ocular. La alteración de la película lagrimal producida por la disfunción de las glándulas de meibomio se asoció con mayor severidad de rosácea ocular.

Palabras clave: Rosácea; Rosácea ocular.

SUMMARY

Purpose: To describe ocular manifestations in patients with rosacea and report tear film stability.

Methods: In a prospective study we evaluated patients diagnosed with rosacea at the Dermatology Service referred for ocular assessment from January 2001 to September 2003. Patients underwent ophthalmologic exams, visual acuity, intraocular pressure, ocular fundus, meibomian gland evaluation, tear break-up time and Schirmer test with anesthesia.

Results: Sixty two patients were studied, 17 (27%) were men and 45 (73%) women. The range of age was 17 to 76, mean 48.3. The main complaints were red eye (53%) and foreign body sensation (40%) and the most frequent signs were blepharoconjunctivitis (74%) and corneal complications (48%). Meibomian gland dysfunction was observed in 69% and abnormal break-up time in 61%. A significant relationship was observed between corneal involvement with severity of meibomian gland dysfunction and lower break-up time ($p < 0.05$). Schirmer scores were diminished in 19%.

Conclusions: The rosacea and its ocular involvement is not uncommon in hispanic patients. Meibomian gland dysfunction is related with severe ocular disease in rosacea.

Key words: Rosacea; Ocular rosacea.

¹ Médico Asistente del Servicio de Oftalmología, Hospital Nacional "Dos de Mayo".

² Médico Jefe del Servicio de Dermatología, Hospital Nacional "Dos de Mayo".

Correo electrónico: byanez@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La rosácea es una enfermedad inflamatoria de la piel que afecta predominantemente la nariz y mejillas. Es más frecuente en mujeres y usualmente se presenta entre los 30 a 50 años de edad^{1,2}. No existen datos publicados sobre su prevalencia de acuerdo a raza, pero se acepta su preferencia por la raza blanca³.

No se conoce exactamente la etiología de la rosácea, a pesar de haberse propuesto varias teorías. Las hipótesis incluyen componentes gastrointestinal, psicológico, infeccioso, climático e inmune, aunque no se ha encontrado evidencia científica de uno de ellos como causa primaria⁴. La patogénesis de la rosácea no está definida, pero se presume que esté genéticamente determinada por una respuesta vascular anómala que se desarrollará en la tercera a sexta décadas de la vida.

La afectación ocular por rosácea se denomina rosácea ocular. La mayor parte de pacientes con enfermedad de la piel presentará algún grado de patología oftalmológica. De los estudios publicados en la literatura se sabe que su prevalencia está en el rango de 3% a 58%³.

Existen pocos trabajos realizados en nuestro medio acerca de esta patología². Una de las razones por las que el diagnóstico de esta enfermedad no se hace es porque sus síntomas principales, irritación y enrojecimiento de los ojos, frecuentemente pasan desapercibidos para el médico tratante y a veces se presentan de forma separada a la afectación facial.

El paciente refiere aparición de chalaziones a repetición y blefaroconjuntivitis crónica (30%)⁵. Además, se describen epiescleritis, escleritis, uveitis anterior y lesión corneal, que se presenta como queratopatía punctata superficial; y úlceras catarrales marginales que pueden llegar a la perforación en aproximadamente 9% de casos que conlleva a un riesgo potencial de disminución de la agudeza visual⁵.

Su diagnóstico precoz y un adecuado tratamiento, generalmente con antibióticos tópicos y sistémicos, reducirá los síntomas y ayudará a prevenir las complicaciones.

El propósito de este estudio es describir los hallazgos oculares asociados a rosácea y determinar las alteraciones de la película lagrimal en estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron a todos los pacientes con diagnóstico de rosácea que acudieron a la consulta de Dermatología y que fueron derivados al servicio de Oftalmología del Hospital Nacional "Dos de Mayo" para evaluación, en el período comprendido de enero 2001 a septiembre 2003.

En una ficha se recogió información sobre antecedentes familiares de rosácea, los principales síntomas que presentaba el paciente, uso de lentes de contacto, medicación adicional y el antecedente de enfermedades asociadas, hipertensión arterial (HTA) y atopia. Todos estos datos así como el resto de la información fueron recogidos en una base de datos elaborada en el programa Access 2001.

El examen oftalmológico consistió en la toma de la agudeza visual, biomicroscopía y presión intraocular. La superficie ocular y la película lagrimal fueron estudiadas en el siguiente orden para evitar la influencia de una prueba en otra: tinción con fluoresceína, medida del tiempo de ruptura de la película lagrimal invasivo (BUT) y test de Schirmer con anestesia.

El BUT se realizó instilando una gota de fluoresceína sódica, se midió el intervalo entre el último parpadeo completo y la aparición del primer punto seco en la película pre-corneal. Se recogió la media entre tres medidas. Los resultados fueron determinados de manera semicuantitativa usando una escala de 0 a 3 graduaciones, como ha sido descrito previamente⁶.

El test de Schirmer con anestesia se realizó colocando una gota de anestésico tópico (0.5% proparacaína). La lectura de la tira se realizó a los cinco minutos. Una lectura positiva (menor de 5mm) se consideró como producción acuosa basal deficiente³.

Se puso en evidencia la disfunción de las glándulas de Meibomio según la cantidad de secreción oleosa que se obtuvo a la presión manual de dicha estructura y se valoró mediante una escala de 1+ a 3+ que se graduó como, leve = +, moderada = ++ y severa = ++++. Se documentó la patología ocular hallada con fotografías de segmento anterior en los casos que lo ameritaron⁶.

Para la evaluación estadística de los resultados se utilizó el programa SPSS 10.

RESULTADOS

Se estudiaron 62 pacientes cuyas edades estuvieron entre 17 a 76 años (media 48.3). Un 73% (45) fueron mujeres y 27% (17) varones. El tiempo de diagnóstico de rosácea fue de 0 a 30 años (media 4 meses) y el de diagnóstico de rosácea ocular de 0 a 7 años (media 9 meses).

Sólo diez pacientes (16%) indicaron tener antecedentes familiares de rosácea. Ninguno era usuario de lente de contacto. Ocho (12.9%) tenían HTA y cinco (8 %) eran atópicos. Una paciente tenía el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y otra de SIDA.

La frecuencia de rosácea ocular fue de 79%. Las molestias oculares más frecuentes fueron ojo rojo (53%) y sensación de cuerpo extraño (40%) (**Tabla I**).

Tabla I. Principales síntomas en pacientes con rosácea ocular.

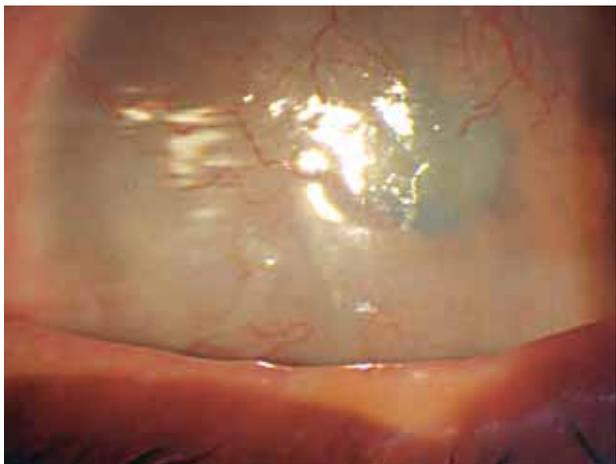
Síntomas	N°	%
Ojo rojo	33	53.2
Sensación de cuerpo extraño	25	40.3
Baja agudeza visual	20	32.3
Quemazón	16	25.8
Fotofobia	9	14.5
Escamas	3	4.8

Los hallazgos principales fueron blefarconjuntivitis (74%) y complicaciones corneales (48%) (**Fotografías 1-3**), siendo la más frecuente la queratopatía punctata superficial (**Tabla II**).

Se encontró disfunción de las glándulas de Meibomio (DGM) en un 69% y un BUT anormal en el 61%. Una relación estadísticamente significativa se halló entre lesión corneal y severidad de DGM con BUT disminuido (test exacto de Fisher, $p < 0.05$). Los valores del test de Schirmer estuvieron disminuidos en el 19%.



Fotografía 1. Lesiones pápulo eritematosas, pústulas y telangiectasias en región malar y chalazión y blefaritis en párpados.



Fotografía 2. Opacidad corneal y neovascularización secundaria a rosácea.



Fotografía 3. Queratoconjuntivitis secundaria a rosácea.

Tabla II. Principales hallazgos clínicos en pacientes con rosácea ocular.

Hallazgos clínicos	N°	%
Blefarconjuntivitis	46	74.2
Queratopatía punctata superficial	18	29.0
Chalazión/orzuelo	15	24.2
Opacidad corneal	13	21.0
Queratitis ulcerativa periférica	12	19.4
Neovascularización corneal	7	11.3
Epiescleritis	5	8.1
Infiltrados corneales	4	6.5

DISCUSIÓN

No se encuentran estudios de prevalencia de rosácea en el Perú. Se estima que afecta aproximadamente a 13 millones de norteamericanos. Está ampliamente aceptado que la rosácea afecta principalmente a personas de piel blanca, descendientes del norte de Europa o de origen celta³. En este estudio sólo un 16% respondió tener antecedentes familiares de rosácea, siendo mayor esta asociación obviamente en la población norteamericana (40%)³.

Usualmente se presenta entre los 30 a 50 años de edad^{1-3,7}, frecuencia que se observó también en los pacientes evaluados. Se encontró un mayor número de pacientes menores de 30 años (19%) a diferencia del 9% encontrado por Akpek³. Es más frecuente en mujeres, coincidiendo los resultados de este estudio con lo descrito en la literatura, 73% fueron mujeres y 27% varones^{2,3,7,8}.

La prevalencia de rosácea ocular en la población estudiada fue bastante alta (79%). Este resultado se pudo obtener porque evaluamos en su mayoría a los pacientes que manifestaban algún problema ocular. Si bien no existen muchos estudios publicados al respecto, ésta varía entre 3% a 58%^{3,7}.

Los síntomas de rosácea ocular son siempre leves y pueden pasar como molestias menores para muchos pacientes.

Las molestias oculares más frecuentes fueron ojo rojo (49%) y quemazón (26%), similar a lo descrito por otros autores^{2,3,7,8}.

Los hallazgos oculares más frecuentes fueron blefarroconjuntivitis (60.5%) y queratopatía punctata superficial (33%), resultados que coinciden con lo hallado en estudios previos^{3,7,8}. La afectación corneal es la que conlleva mayor gravedad, por el riesgo potencial de disminución de la agudeza visual. En los pacientes estudiados fue de 49%, superior al 41% descrito por Akpek y cols.³ La queratopatía punctata superficial con predominio de distribución inferior fue el hallazgo más común, resultado que coincide con estudios previos^{3,7,8}.

En este trabajo se encontró una relación estadísticamente significativa entre daño corneal y severidad de DGM y BUT disminuido. La DGM tiene un papel preponderante en la patogénesis del daño ocular en rosácea⁹. Se reconoce que

existe una asociación entre anomalías de la película lagrimal y DGM en estos pacientes⁹.

No se presentaron complicaciones corneales de gravedad, estando el 95% de pacientes en rangos de visión superiores a 20/70. Sólo una paciente presentó una escleritis nodular que requirió tratamiento con corticoides sistémicos. A la mayoría de pacientes se les indicó un régimen de limpieza de párpados, sustituto lagrimal y doxiciclina o metronidazol oral de acuerdo al caso.

Finalmente, la rosácea es una enfermedad bastante frecuente en nuestro medio observándose una elevada prevalencia de rosácea ocular. Debido a que es una patología con riesgo de producir ceguera y muchas veces la sintomatología que presenta es mínima, es importante que se realice un diagnóstico precoz y que el manejo de estos pacientes se haga de manera coordinada por Dermatología y Oftalmología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BELIN MW, DELUISE VP, DUNN SP. Section 7: External disease and cornea. American Academy of Ophthalmology. 2000;226.
2. HARO DE, HUAMANÍ JP, YOSHIYAMA J. Manifestaciones oftalmológicas de la rosácea. Rev Per Oft. 2000;24(2):39-43.
3. AKPEK EK, MERCHANT A, PINAR V, FOSTER CS. Ocular rosacea. Patient characteristics and follow-up. Ophthalmology. 1997;104:1863-7.
4. WILKIN J, DAHL M, DETMAR M, DRAKE L, FEINSTEIN A, ODOM R, POWELL F. Standard classification of rosacea: Report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea. J Am Acad Dermatol. 2002;46(4):584-57.
5. PAVAN-LANGSTON D. Manual of ocular diagnosis and therapy. Little, Brown and Co. 3rd ed;1999.
6. PFLUGFELDER SC, TSENG SC, SANABRIA O, KELL LL, GARCÍA CG, FELIX C, et al. Evaluation of subjective assessments and objective diagnostic tests for diagnosing tear-film disorders known to cause ocular irritation. Cornea. 1998;17:38-56.
7. MICHEL JL, CABIBEL F. Frequency, severity and treatment of ocular rosacea during cutaneous rosacea. Ann Dermatol Venereol. 2003;130:20-8.
8. GHANEM VC, MEHRA N, WONG S, MANNIS MJ. The prevalence of ocular signs in acne rosacea: comparing patients from ophthalmology and dermatology clinics. Cornea. 2003;22: 230-3.
9. 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.