

Compromiso ocular en pacientes con rosácea. Hospital Arzobispo Loayza. 2004-2005

Ocular involvement in patients with rosacea. Hospital Arzobispo Loayza. 2004-2005

Castro MC ^a

RESUMEN

La rosácea es una de las pocas dermatosis con importante morbilidad ocular asociada y que es independiente de la severidad de la afección cutánea. El objetivo del presente estudio es conocer el compromiso ocular en los pacientes con rosácea y compararlo con otras enfermedades dermatológicas.

Materiales: Se realizó un estudio prospectivo caso-control en el Servicio de Dermatología del Hospital Arzobispo Loayza, con 50 casos de rosácea y 50 pacientes con otras enfermedades dermatológicas como controles. Todos los casos y controles completaron una ficha demográfica, exámenes dermatológico y oftalmológico, medición agudeza visual, examen con lámpara de hendidura y test de Schirmer.

Resultados: La edad promedio de los pacientes y controles fue de 35 ± 15 y 34.8 ± 15 años, respectivamente, con un porcentaje de 74% de mujeres en ambos grupos. Hubo significativamente mayor prevalencia de ojo rojo, sensación de cuerpo extraño, lagrimeo, molestias oculares después de las manifestaciones cutáneas, enrojecimiento palpebral, blefaritis, telangiectasias palpebrales, congestión periquerática, queratitis puntiforme y disminución de la función lagrimal en los pacientes con rosácea. Luego del análisis de regresión logística múltiple las variables que permanecieron independientemente asociadas a rosácea fueron: blefaritis (OR: 7.7, 95% IC: 1.6-33.5, $p = 0.007$), congestión periquerática (OR: 9.0, 95% IC: 1.1-74.5, $p = 0.04$) y disminución de la función lagrimal en el ojo derecho (OR: 0.9, 95% IC: 0.87-1.0, $p = 0.04$).

Conclusiones: La rosácea presenta significativamente un mayor compromiso ocular que otras enfermedades dermatológicas. Esto sugiere que los pacientes con rosácea deben tener un control oftalmológico periódico asociado al control dermatológico.

Palabras clave: rosácea, compromiso ocular, caso-control.

ABSTRACT

Rosacea is one of the few dermatosis which can be associated with significant ocular morbidity regardless of the severity of the cutaneous involvement. The objective of the present study is to recognize the ocular involvement in patients with rosacea and to compare it with other common dermatologic diseases.

Materials: A prospective case-control study was carried out at the Dermatology Unit of the Hospital Arzobispo Loayza among 50 cases of rosacea and 50 patients with other dermatologic diseases as controls. Demographic data, dermatologic and ophthalmologic examinations, visual acuity, slit lamp and Schirmer tests were registered for all patients.

Results: The average age for cases and controls was 35 ± 15 and 34.8 ± 15 years old respectively; with 74% of women in both groups. Prevalence of red eye, foreign body sensation, tearing, onset of ocular features following cutaneous disease, eyelid hyperemia, blepharitis, eyelid telangiectasia, perikeratic congestion, punctate keratitis and diminished tear function was significantly higher in patients with rosacea. Variables like blepharitis (OR: 7.7, 95% CI: 1.6-33.5, $p = 0.007$), perikeratic congestion (OR: 9.0, 95% CI: 1.1-74.5, $p = 0.04$), and impairment of tear function in the right eye (OR: 0.9, 95% CI: 0.87-1.0, $p = 0.04$) remain independently associated with rosacea after the multiple logistic regression analysis.

Conclusions: Ocular involvement is significantly more associated to rosacea than other dermatologic diseases. This suggests that patients with rosacea must have a periodic ophthalmologic examination besides dermatologic assessment.

Key words: rosacea, ocular involvement, case-control.

INTRODUCCIÓN

La rosácea es una dermatosis caracterizada por eritema centro facial transitorio o persistente, telangiectasias y a menudo pápulas y pústulas. Basados en los hallazgos físicos, la rosácea puede clasificarse en 4 tipos: eritematotelangiectásica, papulopustular, fimatosa y ocular. El compromiso ocular es independiente de su severidad dermatológica.

Aún no se conoce la causa de la rosácea, así como tampoco los factores de riesgo para la enfermedad ocular, pudiendo ésta última preceder a los signos cutáneos en varios años.

La prevalencia del compromiso ocular en la rosácea varía de un 3% a un 60%.¹ Se refiere que los signos y síntomas oculares no son tan frecuentes en fases iniciales de la rosácea o fase de flushing, pero que su frecuencia aumenta cuando la rosácea progresa a las fases más crónicas.² Se estima que la frecuencia del compromiso ocular está más asociada a la rosácea facial y ocurre en el 75% en las mujeres mayores de 45 años de edad, especialmente en el periodo perimenopáusico.

Las manifestaciones de la rosácea ocular pueden conducir a un deterioro importante de la visión. Los signos oculares pueden aparecer antes que ocurran las manifestaciones cutáneas en el rostro y este hecho puede hacer que el diagnóstico de la rosácea ocular se retarde y/o que muchas veces se acompañe de tratamientos inapropiados. Las remisiones y exacerbaciones oftálmicas pueden producirse independientemente de los problemas cutáneos. La rosácea ocular puede ser más prevalente entre las mujeres que entre los hombres, y puede observarse cierta estacionalidad, siendo las recaídas oculares aparentemente más frecuentes en primavera o en los inicios del verano en los climas templados.³ La rosácea ocular es causa de hasta un 6.3% de las afecciones de la córnea superficial;⁴ siendo los signos más frecuentes de la rosácea ocular la sensación de cuerpo extraño, ardor, queratitis punctata, chalazión y blefaritis; menos frecuentes pero más peligrosos para la visión son el adelgazamiento, la vascularización y la infiltración corneal. También se ha descrito la presencia de sensación moderada de cuerpo extraño, dolor, ardor, además opacidades subepiteliales y erosiones corneales recurrentes. No existe una hipótesis etiopatogénica capaz de explicar todas las manifestaciones de la rosácea ocular.⁵

Pese a todo lo anteriormente descrito, hay pocos reportes en nuestro medio sobre la prevalencia de las complicaciones oculares en los pacientes con rosácea, por lo cual se realiza este estudio, con el objetivo de determinar las manifestaciones oculares asociadas en el paciente con rosácea y compararlas con aquellas que ocurren en un grupo de pacientes con otras enfermedades dermatológicas;

así mismo se busca establecer factores de riesgo para el compromiso oftalmológico entre los pacientes con rosácea y los cambios en la secreción lagrimal en dichos pacientes.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio prospectivo, caso-control en los Servicios de Dermatología y Oftalmología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Perú, durante un año (Octubre 2004 a Octubre 2005). El estudio incluyó a 50 pacientes con rosácea ("casos") que fueron aleatoriamente escogidos del total de 150 casos que acuden al Servicio de Dermatología del Hospital Arzobispo Loayza; se seleccionaron además 50 pacientes con otra enfermedad dermatológica, pareados por edad y sexo ("controles") que también acudían al mismo Servicio de Dermatología durante el mismo periodo del estudio (Octubre del 2004 a Octubre del 2005).

A todos los casos y controles se les confeccionó una ficha demográfica, se les realizó un examen clínico dermatológico que fue realizado por un solo dermatólogo (el autor) y un examen oftalmológico con tinción de Fluoresceína y Rosa de Bengala en Lámpara de Hendidura y el test de Schirmer (dichos exámenes fueron realizados por un solo oftalmólogo del Servicio de Oftalmología del mismo hospital).

Previa solicitud de autorización institucional pertinente, se procedió a realizar la inclusión de los pacientes completando la ficha médica que contenía datos demográficos, dermatológicos y oftalmológicos individuales de los pacientes. Todos los pacientes, previa explicación del procedimiento y fines, firmaron un consentimiento informado que explica las características y alcances del estudio.

El análisis estadístico se realizó mediante análisis univariado, la comprobación estadística de las variables continuas fueron hechas con el T-student y presentadas como promedio y desviación estándar. Las variables discretas se evaluaron con el test chi cuadrado y son presentadas como porcentajes. Todas las variables con un $p < 0.05$ fueron incluidas en el análisis de regresión logística múltiple. Se usó el programa estadístico SPSS versión 13.0. Se obtuvieron tasas, frecuencias, porcentajes y relaciones, que se presentan en cuadros y gráfico.

RESULTADOS

La edad promedio de los pacientes con rosácea y controles fue de 35 ± 15 y 34.8 ± 15 años, respectivamente; el porcentaje de mujeres en ambos grupos fue de 74%. El porcentaje de pacientes con un tiempo de enfermedad dermatológica menor igual a un año fue de 56% para el grupo de rosácea y de 52% para los controles. En cuanto

a la ocupación se observó que en el grupo de rosácea un 50% fueron principalmente profesionales y estudiantes y esta cifra fue de 62% en los controles. La exposición al sol estuvo presente en el 100% de los pacientes con rosácea y en el 98% de los controles. El consumo de alcohol eventual y sólo fines de semana fue de un 74% de los casos y de 62% en los controles. El consumo de ají en los casos fue de 64% y en los controles de 70%. El stress estuvo presente en el 98% de los casos y en el 100% de los controles. Sin embargo, ninguna de estas diferencias entre los pacientes con rosácea y controles fue estadísticamente significativa (Tabla 1), por lo que no se pudo establecer factores de riesgo demográficos para el compromiso ocular entre los pacientes con rosácea versus controles.

Tabla 1: Características demográficas entre los pacientes con rosácea vs. controles

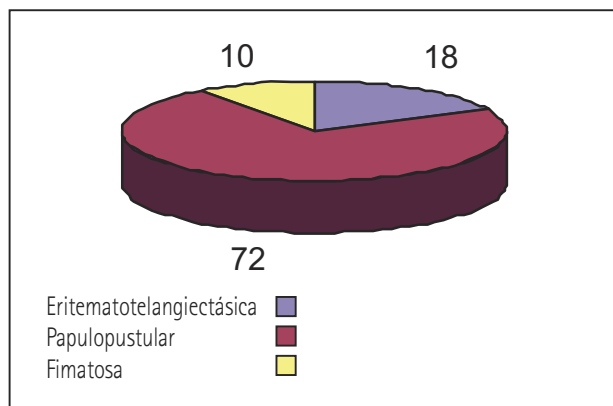
Características Demográficas	Rosácea (n=50) %	Controles (n=50) %
Edad (años)	35.0 ± 15.0	34.8 ± 15.0
Tiempo enfermedad (≤ 1 año)	56	74
Género (mujer)	74	74
Ocupación (profesional+estudiantes)	50	62
Exposición al sol	100	98
Horas de exposición al sol	3.8 ± 2.5	3.2 ± 2.3
Consumo alcohol (eventual + fin semana)	74	62
Ají	64	70
Stress	98	100

La distribución de las enfermedades dermatológicas en el grupo control fue: acné (18%), tiñas (14%), onicomicosis (14%), verrugas (8%), queratosis seborreicas (8%), melasma (6%), acrocordones (6%), dermatitis de contacto en manos (6%), alopecia androgenética (6%) y otras (14%).

En cuanto a las características clínicas dermatológicas de los pacientes con rosácea (50 pacientes), el 18% presentaron el estadio clínico eritematotelangiectásico, 72% el estadio papulopustular y sólo el 10% presentaron fimas (todas fueron rinofimas) (Figura 1).

Cuando se compararon a los pacientes con rosácea y controles, hubo mayor prevalencia significativa de los siguientes hallazgos oculares en los pacientes con rosácea: ojo rojo en el 56% de los casos y 26% de los controles ($p \leq 0.01$); sensación de cuerpo extraño en el 58% y 32% respectivamente ($p \leq 0.01$); lagrimeo en el 52% y 42% respectivamente ($p \leq 0.01$). Otro hallazgo interesante fue que las molestias oculares se presentaron principalmente después de iniciado el cuadro cutáneo en los pacientes con

Figura 1: Tipos clínicos de rosácea (%)



rosácea en el 62% y los controles en el 44% ($p < 0.05$). Los otros síntomas oculares también se presentaron en mayor porcentaje en el grupo de los pacientes con rosácea pero no fueron estadísticamente significativos (Tabla 2). El 100% de los casos presentó al menos algún compromiso ocular versus el 96% de los controles. El 10% presentó por lo menos uno o más signos, el 6% presentó uno o más síntomas y el 84% presentó uno o más signos y síntomas.

Tabla 2: Características del compromiso oftalmológico de pacientes con rosácea vs. controles

Compromiso Oftalmológico	Rosácea (n=50) %	Controles (n=50) %
Ojo rojo †	56	26
Dolor ocular	30	26
Sensación de cuerpo extraño †	58	32
Fotofobia	52	48
Lagrimeo †	52	42
Molestias oculares:		
Sin molestias	8	24
Molestias antes	30	32
Molestias después *	62	44
Tiempo de las molestias (meses)	15.1 ± 23.6	12.5 ± 15.6

† $p \leq 0.01$, * $p < 0.05$ comparando rosácea vs. controles.

En relación al examen oftalmológico se encontró una diferencia estadísticamente significativa en los casos en relación a los controles: enrojecimiento palpebral (22% vs. 4% respectivamente, $p \leq 0.01$), blefaritis (92% vs. 62% respectivamente, $p \leq 0.0001$), telangiectasias palpebrales (20% vs. 4% respectivamente, $p < 0.05$), congestión periquerática

(24% vs. 4% respectivamente, $p \leq 0.01$), queratitis puntiforme (46% vs. 26% respectivamente, $p < 0.05$) y disminución de la función lagrimal (test de Schirmer ojo derecho, realizado con anestesia: 10.8 ± 7.2 vs. 16.6 ± 10 respectivamente, $p \leq 0.001$). Las otras pruebas oftalmológicas no fueron estadísticamente significativas (Tabla 3).

Tabla 3: Diagnóstico mediante pruebas oftalmológicas en pacientes con rosácea y controles

Pruebas Oftalmológicas	Rosácea (n=50) %	Controles (n=50) %
Agudeza visual Ojo Derecho (escala decimal)	0.70 ± 0.4	0.8 ± 0.3
Agudeza visual Ojo Izquierdo (escala decimal)	0.67 ± 0.3	0.71 ± 0.3
Enrojecimiento palpebral †	22	4
Blefaritis δ	92	62
Telangiectasias *	20	4
Congestión nodular	4	0
Congestión periquerática †	24	4
Queratitis puntiforme *	46	26
Queratitis infiltrativa	0	0
Pannus	6	0
Úlcera corneal	4	0
Escleritis	0	0
Epiescleritis	0	0
Test Schirmer Ojo Derecho (mm) †	10.8 ± 7.2	16.6 ± 10
Test Schirmer Ojo Izquierdo (mm)	12.0 ± 8.0	15.4 ± 9.6

† $p \leq 0.01$, † $p \leq 0.001$, δ $p \leq 0.0001$, * $p < 0.05$ comparando rosácea vs. controles.

Todas las variables que en el análisis univariado resultaron significativamente diferentes ($p < 0.05$) entre los casos y controles (ojo rojo, sensación de cuerpo extraño, lagrimeo, molestias oculares después del cuadro dermatológico, enrojecimiento palpebral, blefaritis, telangiectasias, congestión periquerática, queratitis puntiforme, test de Schirmer alterado en ojo derecho) fueron incluidas en el modelo de regresión logística múltiple y después de este análisis, las variables que permanecieron independientemente asociadas a rosácea fueron: blefaritis (OR: 7.7, 95% IC: 1.6–33.5, $p = 0.007$), congestión periquerática (OR: 9.0, 95% IC: 1.1–74.5, $p = 0.04$) y disminución de la función lagrimal del ojo derecho (OR: 0.9, 95% IC: 0.87–1.0, $p = 0.04$).

DISCUSIÓN

En este estudio prospectivo caso-control, en que 50 pacientes con rosácea ("casos") fueron comparados con 50

pacientes con otra patología dermatológica ("controles"), se comprobó la gran prevalencia de algún problema oftalmológico en los pacientes con rosácea (100%). En nuestro estudio, la edad promedio de los pacientes con rosácea y controles fue de 35 ± 15 y 34.8 ± 15 años respectivamente; el 74% fueron mujeres en ambos grupos. Un estudio nacional con 30 pacientes con rosácea reportó que un 66.6% eran mujeres, con un rango de edad de 22 a 65 años.⁶ Un estudio con 20 pacientes con rosácea en Brasil encontró que el 55% eran mujeres y el promedio de edad fue de 56 años,⁷ y otro realizado en Suecia reportó sólo un 14% de mujeres.⁸

En cuanto a las características clínicas dermatológicas de los pacientes con rosácea en el presente estudio se encontró que de los 50 pacientes, el 18% fue estadio clínico eritematotelangiectásico, el 72% papulopustular y el 10% fimatoso; el 100% tuvo algún compromiso ocular, ya sea síntomas o signos. Un estudio refiere que de 81 pacientes estudiados el 81% tuvieron rosácea eritematotelangiectásica y el 19% papulopustular.⁸ Otro estudio de 318 pacientes con rosácea cutánea encontró que el 6% tuvieron rosácea ocular, predominando los signos de conjuntivitis y queratitis.⁹ No hay correlación ante la severidad de la enfermedad cutánea y la enfermedad ocular.²

Se encontró en el grupo de pacientes con rosácea una mayor prevalencia significativa de los siguientes síntomas oftalmológicos vs. controles: ojo rojo (56% vs. 26% respectivamente, $p \leq 0.01$), sensación de cuerpo extraño (58% vs. 32% respectivamente, $p \leq 0.01$), lagrimeo (52% vs. 42% respectivamente, $p \leq 0.01$) y molestias oculares después de las manifestaciones cutáneas (62% vs. 44% respectivamente, $p < 0.05$). Así mismo, en relación al examen oftalmológico se encontró una significativa mayor prevalencia en los pacientes con rosácea versus controles en las alteraciones a nivel de párpados: enrojecimiento palpebral (22% vs. 4% respectivamente, $p \leq 0.01$), blefaritis (92% vs. 62% respectivamente, $p \leq 0.0001$) y telangiectasias palpebrales (20% vs. 4% respectivamente, $p < 0.05$); a nivel de conjuntiva se encontró congestión periquerática (24% vs. 4% respectivamente, $p \leq 0.01$); a nivel de la córnea queratitis puntiforme (46% vs. 26% respectivamente, $p < 0.05$) y disminución de la función lagrimal en el ojo derecho (test de Schirmer: 10.8 ± 7.2 vs. 16.6 ± 10 , $p \leq 0.001$). Con respecto a este último hallazgo del compromiso ocular unilateral, está reportado que las manifestaciones oftalmológicas de la rosácea no son de igual intensidad en ambos ojos.⁶ Este mismo investigador reportó en su serie nacional de 30 pacientes con rosácea, sin grupo control, que el 93% tuvieron ojo rojo, 66% sensación de cuerpo extraño, 60% dolor ocular, 53% lagrimeo, 100% enrojecimiento palpebral, 93% blefaritis y meibomitis, 73% telangiectasias palpebrales, 66% conjuntivitis nodular; 60% pannus corneal y 53% congestión periquerática. El 93% tuvieron queratitis

puntiforme, 73% queratitis marginal, 66% queratitis infiltrativa y 60% pannus. En otra serie en Brasil, se reporta un 35% de lagrimeo, 40% dolor ocular, 30% sensación de cuerpo extraño, 70% telangiectasias palpebrales, 65% meibomitis y 50% blefaritis.⁷ Un estudio en 32 pacientes con rosácea e igual número de pacientes con psoriasis, a los que se les realizó el test de Schirmer sin anestesia, reportó que el 56.3% de los pacientes con rosácea versus el 25% de los pacientes con psoriasis tuvieron <8mm en el papel filtro ($p < 0.002$); y un 46% de los pacientes con rosácea versus un 18.8% de los pacientes con psoriasis tuvieron <5mm en el test ($p < 0.10$).¹⁰ En nuestro estudio el 13% de los pacientes con rosácea tuvieron de 0 – 5 mm en el test de Schirmer del ojo derecho con anestesia, mientras que un 30% tuvieron de 5 – 10mm, y un 44% tuvieron más de 10 mm. Un estudio con 176 pacientes con rosácea comparó las manifestaciones oculares reportadas por los oftalmólogos versus las reportadas por los dermatólogos. El resultado final fue que aquellos pacientes vistos por el oftalmólogo tenían un mayor frecuencia de diagnóstico de disfunción de la glándula de Meibomio ($p < 0.001$), telangiectasias ($p = 0.004$),

blefaritis ($p = 0.008$), hiperemia conjuntival interpalpebral ($p = 0.005$) que los reportados por los dermatólogos, lo cual reafirma que el manejo de estos pacientes debe hacerse en forma conjunta entre dermatólogos y oftalmólogos.¹¹

CONCLUSIONES

Los pacientes con rosácea presentan significativamente mayor compromiso ocular que los controles (ojo rojo, sensación de cuerpo extraño, lagrimeo, molestias oculares después del cuadro dermatológico, enrojecimiento palpebral, blefaritis, telangiectasias palpebrales, congestión periquerática, queratitis puntiforme, disminución de la función lagrimal en ojo derecho). Después del análisis de regresión logística múltiple las variables que permanecieron independientemente asociadas a rosácea fueron: blefaritis (OR: 7.7, 95% IC: 1.6-33.5, $p = 0.007$), congestión periquerática (OR: 9.0, 95% IC: 1.1-74.5, $p = 0.04$) y disminución de la función lagrimal del ojo derecho (OR: 0.9, 95% IC: 0.87-1.0, $p = 0.04$).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kaminsky A. Rosácea y dermatitis perioral. En: Piquero-Martín J, editor. *Acné. Manejo racional*. 3ª ed. Caracas: Corpográfica; 2000. p. 161-70.
2. Quarterman M, Johnson D, Abele D, Leshner J Jr, Hull D, Davis L. Ocular rosacea. Signs, symptoms, and tear studies before and after treatment with doxycycline. *Arch Dermatol*. 1997;133(1):49-54.
3. Fedukowicz H B, Stenson S. *Infecciones externas del ojo bacterianas, virales, micóticas*. 3ª ed. Buenos Aires-Argentina. Ed. Panamericana. 1991.
4. Jenkins M, Brown S, Lempert S, Weinberg R. Ocular rosacea. *Metab Pediatr Syst Ophthalmol*. 1982;6(3-4):189-95.
5. Kligman A. Ocular rosacea. Current concepts and therapy. *Arch Dermatol*. 1997;133(1):89-90.
6. Haro D, Huamaní J, Yoshiyama J. Manifestaciones oftalmológicas de la Rosácea. *Folia Dermatol Peru*. 1999;10(4): 21-3.
7. Lima K, Sousa L, Santos N, Barros J, Antonio D. Cost-benefit analysis of ocular examination of patients with rosacea. *Arq Bras Oftalmol*. 2005;68(1): 37-43.
8. Berg M, Lidén S. An epidemiological study of rosacea. *Acta Derm Venereol*. 1989;69(5):419-23.
9. Michel J, Cabibel F. [Frequency, severity and treatment of ocular rosacea during cutaneous rosacea]. *Ann Dermatol Venereol*. 2003;130(1 Pt 1):20-4.
10. Gudmundsen K, O'Donnell B, Powell F. Schirmer testing for dry eyes in patients with rosacea. *J Am Acad Dermatol*. 1992;26(2 Pt 1):211-4.
11. Ghanem V, Mehra N, Wong S, Mannis M. The prevalence of ocular signs in acne rosacea: comparing patients from ophthalmology and dermatology clinics. *Cornea*. 2003;22(3):230-3.