

## Rosácea *fulminans* inducida por corticoides tópicos. Casos clínicos

VIRGINA SANZ-MOTILVA<sup>1</sup>, ANTONIO MARTORELL CALATAYUD<sup>2</sup>,  
RAQUEL RIVERA<sup>1</sup>, FRANCISCO VANACLOCHA-SEBASTIÁN<sup>1</sup>

### Rosacea *fulminans*: report of two cases

*Rosacea fulminans is a rare condition, characterized by a sudden onset of papulopustules, cysts, edema, and draining sinuses usually confined to the facial area. It is often accompanied by low-grade fever, myalgias and leukocytosis. Patients usually have a background of mild rosacea. We report two male patients aged 29 and 54 years, presenting with rosacea fulminans and ocular involvement, triggered by the use of topical steroids. Both responded to systemic treatment with corticosteroids, isotretinoin and metronidazole. Rosacea fulminans should be considered as a variant of rosacea that includes papulopustular, ocular, phymatous and erythematotelangiectatic types. (Rev Med Chile 2012; 140: 637-639).*

**Key words:** Glucocorticoids; Rosacea; Skin diseases.

<sup>1</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.  
<sup>2</sup>Clínica RBE, Valencia.

No existe ningún conflicto de intereses ni una financiación por ninguna empresa en lo que respecta a los 4 autores.

Recibido el 3 de julio de 2011, aceptado el 15 de noviembre de 2011.

Correspondencia a:  
Virginia Sanz Motilva  
c/ Rodríguez San Pedro  
nº 65 4ªA 28015,  
Madrid, España.  
E-mail: vsanzmotilva@hotmail.com

La rosácea es una dermatosis inflamatoria crónica caracterizada por la aparición de eritema, telangiectasias, pápulas y pústulas en el área centrofacial. A menudo cursa con remisiones y exacerbaciones. Basándose en el tipo de lesión predominante el *National Rosacea Society Expert Committee* propuso en el 2002 una clasificación clínica de la rosácea, que incluye los siguientes 4 subtipos: Eritemato-telangiectásica, pápulo-pustulosa, fimatosa y ocular. Sin embargo, la rosácea *fulminans* queda excluida de dicha clasificación considerándose una entidad independiente<sup>1,2</sup>.

Presentamos dos pacientes con rosácea *fulminans* en los cuales el uso de corticoterapia tópica pudo ser el desencadenante del cuadro.

#### Caso 1

Un varón de 29 años, natural de Brasil, con antecedentes personales de dermatitis seborreica y lupus cutáneo subagudo, fue remitido a nuestra consulta por el desarrollo de un cuadro cutáneo abrupto de una semana de evolución localizado en región centrofacial y torácica anterior.

El paciente se había aplicado un corticoide tópico (mometasona furoato al 0,1%) dos veces

al día durante 1 mes para intentar controlar las lesiones. Reseñaba el antecedente de lesiones pustulosas aisladas en cara ocasionales y episodios de enrojecimiento facial con calor y alcohol.

Clínicamente mostraba, eritema facial y lesiones pápulo-pustulosas localizadas en frente, mejillas, región perioral y tórax. Además presentaba ausencia de comedones y padecía afectación ocular con inyección conjuntival acompañado de fotofobia y lagrimeo. No presentaba fiebre ni otra clínica sistémica. La analítica con bioquímica general y hemograma resultaron normales.

Con el juicio clínico de rosácea *fulminans* con afectación ocular inició tratamiento oral con prednisona 40 mg/día, metronidazol 500 mg/12 horas, isotretinoína 50 mg/día (0,7 mg/kg/día), y lágrimas artificiales. El metronidazol y la prednisona se suspendieron tras un mes de tratamiento (la última en pauta descendente). Por último, la isotretinoína oral se retiró tras tres meses de tratamiento realizando descenso progresivo de la dosis. El paciente evolucionó favorablemente con mejoría importante de las lesiones hasta la desaparición completa tras los tres meses de tratamiento. El paciente no ha presentado recaídas de la enfermedad en los posteriores seis meses.

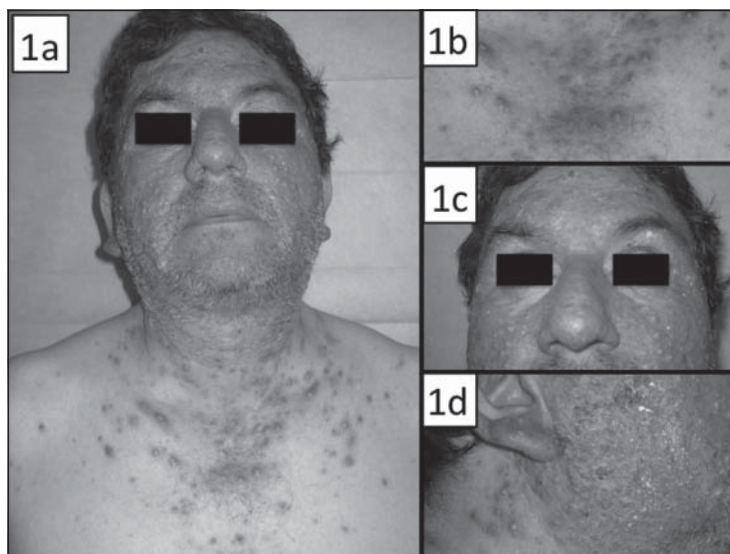
**Caso 2**

Un varón de 54 años de edad, procedente de Perú, fue remitido a nuestra consulta por el desarrollo de un cuadro cutáneo de inicio brusco acompañado de mialgias y escalofríos de 2 semanas de evolución localizado en región facial, cervical y V del escote. El paciente fue previamente diagnosticado en otro centro de rosácea leve tipo pápulo-pustulosa y refería aplicación de corticoide tópico (crema de prednicarbato al 0,25%) una vez al día durante seis meses para controlar las lesiones.

A la exploración física el paciente presentaba febrícula, eritema y edema facial junto con lesiones cutáneas inflamatorias consistentes en pápulas, pústulas y sin comedones. Padecía asimismo clínica ocular con inyección ocular sectorial, telangiectasias, lagrimeo y fotofobia por epiescleritis (Figura 1). En la analítica de urgencias se evidenciaba leucocitosis leve con desviación a la izquierda sin ningún otro hallazgo relevante añadido.

Con el diagnóstico de rosácea *fulminans* con afectación ocular, inició tratamiento oral con metronidazol 250 mg/día, prednisona 30 mg/día, isotretinoína 40 mg/día (0,7 mg/kg/día).

En una semana el hemograma se normalizó y ante la mejoría clínica se retiró el metronidazol y la prednisona (esta última tras descenso progresivo). La dosis isotretinoína se redujo de forma progresiva durante 5 meses hasta su retirada con la resolución completa del cuadro (Figura 2). Tras seis meses de la retirada de la medicación, el paciente no ha presentado nuevas lesiones.



**Figura 1.** a: Eritema, edema, pápulas y pústulas faciales. b: Detalle del escote. c: Área frontal, nasal y mejillas. d: Mejilla derecha. Los autores cuentan con la autorización escrita del paciente para publicación de estas fotografías.



**Figura 2.** a, b, c y d: Resolución del cuadro clínico a los 5 meses.

**Discusión**

La rosácea *fulminans* (RF) es una entidad poco frecuente de aparición brusca, que afecta principalmente a mujeres jóvenes. La clínica se caracteriza por el desarrollo de lesiones papulares, pustulares y nódulos junto con sinus drenantes interconectados a menudo fluctuantes de localización preferente facial. Ocasionalmente puede acompañarse de compromiso extrafacial y ocular<sup>1,2</sup>.

La RF fue denominada originalmente por O'Leary y Kierland en 1940 como pioderma facial y redefinida con el término actual en 1992 por Plegwig y Kligman, que reportaron 20 casos con buena respuesta a corticoides sistémicos e isotretinoína oral<sup>3,4</sup>. El mismo tratamiento es respaldado por algunos de los autores en publicaciones relacionadas<sup>1,5</sup>. Nuestra experiencia corrobora dicha actitud terapéutica asociando además el uso de metronidazol oral.

La rosácea ocular es un subtipo de rosácea que cursa con distintos signos y síntomas de diversa gravedad que incluyen conjuntivitis, queratitis, blefaritis, telangiectasias oculares entre otras<sup>1,2,6-8</sup>.

Se debe de realizar diagnóstico diferencial de la RF fundamentalmente con el acné conglobata y acné *fulminans* (más frecuentes en varones jóvenes, no suelen tener afectación ocular, son comunes los comedones y la seborrea), infecciones de la piel por bacterias Gram negativas (se descarta con el cultivo bacteriano), bromoderma y yododerma (historia de ingestión previa de productos ricos en yodo o bromo)<sup>3</sup>.

Asimismo es importante distinguir la RF del acné corticoideo, cuadro producido por la aplicación mantenida de corticoides tópicos. Se caracteriza por la aparición de pequeñas pápulas no centradas por folículos de aspecto monomorfo localizadas en los lugares de aplicación del corticoide tópico<sup>9</sup>.

Nuestros enfermos fueron diagnosticados de rosácea *fulminans* pues ambos tenían historia previa de rosácea y no presentaban comedones a lo que se añadía afectación ocular, hallazgos infrecuentes en el acné<sup>3,4</sup>. Además, en ambos pacientes se había descartado una causa infecciosa pues presentaban cultivos estériles de pústulas.

Ambos pacientes se habían aplicado corticoides tópicos durante varios meses, lo cual posiblemente contribuyó al desarrollo del cuadro. Se han descrito casos de dermatitis rosaceiforme e incluso de rosácea *fulminans* en pacientes con o sin diagnóstico previo de rosácea, inducidos por corticoterapia tópica o sistémica, especialmente con los preparados fluorados, así como empeoramiento tras el cese brusco de los mismos<sup>5,10</sup>.

En conclusión, describimos dos casos de rosácea *fulminans* con afectación ocular desencadenados por corticoides tópicos que respondieron adecuadamente al tratamiento oral con corticoides, isotretinoína y metronidazol. En nuestra opinión la rosácea *fulminans* debería ser considerada como una variante más dentro del espectro de la rosácea que actualmente incluye las formas pápulo-pustulosa, ocular, fimatosa, eritemato-telangiectásica.

## Referencias

1. Barco D, Alomar A. Rosácea. *Actas dermosifiliogr*. 2008; 99: 244-56.
2. Wilkin J, Dahl M, Detmar M, Drake L, Feinstein A, Odom R, Powell F, et al. Standard classification of rosacea: Report of the National Rosacea Society Committee on the Classification and Staging of Rosacea. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46: 584-7.
3. Plegwig G, Jansen T, Kligman AM. Pyoderma faciale. A review and report of 20 additional cases: is it rosacea? *Arch Dermatol* 1992; 128: 1611-7.
4. O'Leary PA, Kierland RR. Pyoderma faciale. *Arch Dermatol Syphilol* 1940; 41: 451-62.
5. Kim TG, Noh SM, Do JE, Lee MG, Oh SH: Rosacea *fulminans* with ocular involvement. *Br J Dermatol* 2010; 163: 877-9.
6. Stone DU, Chodosh J. Ocular rosacea: an update on pathogenesis and therapy. *Curr Opin Ophthalmol* 2004; 15: 499-502.
7. Crawford GH, Pelle MT, James WD. Rosacea: I Etiology, pathogenesis, and subtype classification. *J Am Acad Dermatol* 2004; 51: 327-41.
8. Korting HC, Schöllmann C. Current topical and systemic approaches to treatment of rosacea. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009; 23: 876-82.
9. Layton AM. Disorders of the sebaceous glands. En: Burns DA, Breathnach SM, Cox NH, Griffiths CEM, editores. *Rook's Text Book of Dermatology*. 8 ed. Oxford: Wiley Blackwell; 2010. p. 2056.
10. Ljubojeviae S, Basta-Juzbasiaie A, Lipozeneiaie J. Steroid dermatitis resembling rosacea: aetiopathogenesis and treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2002; 16: 121-6.