

Rosacea Granulomatosa com acometimento ocular: Relato de caso de paciente atendida no ambulatório de Dermatologia clínica das Faculdades BWS

Rosacea Granulomatosa with ocular involvement: Case report of a patient attended at the clinical dermatology outpatient clinic of BWS Colleges

Resumo

Introdução

A rosácea granulomatosa é uma doença inflamatória crônica que acomete principalmente a região centrofacial de mulheres maiores de 30 anos, caracterizada por frequentes remissões e exacerbações.

Objetivos

Esse relato de caso tem como objetivo demonstrar a concomitância de apresentações clínicas da rosácea em um mesmo paciente.

Materiais / Sujeitos e Métodos

TFB sexo feminino de 44 anos foi atendida no ambulatório de clínica Dermatológica, com queixa de lesões eritematosas e pruriginosas na face, associado a eritema conjuntival, sem tratamento ou diagnóstico prévios.

Resultados

A paciente foi avaliada clínica e histopatologicamente e foi confirmada a hipótese diagnóstica de Rosácea granulomatosa com acometimento ocular, foi iniciado tratamento tópico e oral com controle do quadro.

Conclusões

A rosácea granulomatosa é uma doença inflamatória crônica, que acomete a região centrofacial de mulheres em idade adulta, e tem como característica eritema, pápulas e pústulas, sendo que o eritema pode ser persistente ou intermitente. O tratamento é tópico associado a terapia antiinflamatória oral.

Abstract

Granulomatous rosacea is a chronic inflammatory disease that most commonly affects women over 30 years of age, with papular erythematous lesions appearing in the centrofacial region, caused by inflammation, vasodilation and other vascular changes. We observed several clinical manifestations currently classified as persistent / intermittent centrofacial erythema and fimatous alteration. The main characteristics are: flushing, papule, pustules, telangiectases and ocular manifestations.

In the case described, the patient presents with a granulomatous rosacea with ocular involvement of evolution for 4 years and without previous treatment. After clinical evaluation and confirmation of the diagnostic hypothesis with histopathology, topical treatment with metronidazole, ivermectin and association with tetracycline began oral.

Autor/ Orientador

Aline Gesualdo Prata

Pós-graduanda em Dermatologia
Faculdade BWS
Brasil

Byron José Figueiredo Brandão

Professor – Dermatologia
Faculdades BWS
Brasil

Palavras-chave

Rosácea, classificação, tratamento.

Keywords

Rosacea, classification, treatment.

INTRODUÇÃO

A rosácea é uma doença inflamatória crônica, que acomete aproximadamente 5% da população, com maior prevalência na Europa e América do norte (1), em forma de eritema que acomete primeiramente a região central da face, causado pela inflamação, vasodilatação e alterações vasculares. É mais frequentemente observada em mulheres entre 30-60 anos, de pele clara ou levemente pigmentada. O diagnóstico é basicamente clínico, onde os pacientes com rosácea frequentemente apresentam uma ampla gama de sintomas cutâneos e várias apresentações clínicas. Assim uma classificação clínica precisa é frequentemente desafiadora, sendo um dos fatores limitantes. Necessitando de uma classificação internacional comumente aceita que descreva as diferentes formas de rosácea com precisão, sem deixar um amplo espectro para interpretação, o consenso global de rosácea, reuniu-se em 2016 para tratar desse assunto, e eles propuseram um novo sistema (publicado em 2017) baseado em fenótipos individuais (2). Nesse novo sistema, as características diagnósticas incluem: eritema centrofacial persistente com períodos de aumento de intensidade e formação de fimas. Para diagnosticar deve-se encontrar 2 dos seguintes aspectos clínicos: rubor (eritema transitório), pápulas e pústulas inflamatórias, telangiectasia centrofacial (áreas convexas, poupando região periocular) e manifestações oculares. Cada característica pode ser classificada em um espectro de gravidade independente de fenótipos concorrentes, normalmente as lesões tem uma história de duração maior que 3 meses. As fimas são observadas em pacientes de pele espessa e glandular (3), os homens são mais acometidos e apresentam história de acne moderada a grave.

O acometimento ocular na rosácea é tipicamente encontrado em pacientes entre 50-60 anos de idade (4).

Observa-se a interação de uma predisposição genética, fototipo e capacidade reacional da pele através de estímulos variados e fatores ambientais desencadeantes (5) que são, a exposição solar crônica, alteração emocional, exposição a alimentos com altas temperaturas, uso de bebidas alcoólicas, drogas vasodilatadoras, substâncias e/ou condições clínicas fotossensibilizantes.

Tem sido relatada também a infestação de *Demodex folliculorum* que foi observado como uma possibilidade dos granulomas representarem uma reação tardia de hipersensibilidade ao mesmo.

O tratamento da Rosácea inclui uso de medicações tópicas, como metronidazol, ácido azelaico, ácido retinóico, ivermectina; com associação de antibióticos orais, com efeito antiinflamatório como as tetraciclina e seus derivados e a claritromicina (6,7).

RELATO DO CASO

Paciente 44 anos, sexo feminino, procurou atendimento no ambulatório de Dermatologia das Faculdades BWS, relatando história de há 4 anos apresentar alergia nos olhos e na pele periorbital, com evolução nos últimos 6 meses para região perioral, associado a edema e prurido, fez uso de fenegram pomada sem melhora. Relata também ter realizado tratamento de hordéolo, previamente. Ao exame clínico apresenta as seguintes alterações cutâneas: Placa eritematosa periorbital bilateral, mais evidente a esquerda, com bordas bem delimitadas e contornos irregulares, com pústulas e crostas em seu interior, acometendo pálpebras e região malar de aproximadamente 10cm. (Figuras 1 e 2). Foi solicitado biópsia com punch 4mm em região zigomático esquerdo, que revelou Dermatite perivascular e perifolicular com esboços granulomatosos focais e ectasia vascular; favorecendo a hipótese clínica de rosácea granulomatosa.

Foi prescrito fórmula manipulada com metronidazol 0,75% + ácido glicólico 15% base creme para aplicar na face a noite; ivermectina 1% + alfa-bisabolol 1% base creme gel para aplicar na face pela manhã; associou-se tratamento oral com Doxiciclina 100mg/dia por 12 semanas, apresentando controle do quadro.

Figuras 1 e 2: Placa eritematosa bem delimitada, contornos irregulares contendo pústulas e crostas, em região periorbital bilateral



Fonte: Original do autor.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A rosácea granulomatosa não é considerada um subtipo de rosácea, mas uma variante baseada na clínica e alteração granulomatosas na histopatologia. Ela é diagnosticada clinicamente e confirmada com a histopatologia de granuloma e pápulas na face, e a exclusão de outras entidades como a dermatite perioral e a sarcoidose (5).

As manifestações oculares podem ser acompanhadas primariamente por sinais cutâneos, mas também podem surgir isoladamente. As alterações oculares da rosácea envolvem: linfedema periorbital; eritema e telangiectasias na pálpebra; blefarites e orifícios das glândulas de Meibomio; hordéolo e calázio; olhos secos; colonização

bacteriana; úlcera de córnea, episclerite e esclerite (7). Os sintomas oculares podem ser proporcionalmente diferentes da alteração clínica como: queimação, sensação de corpo estranho, prurido, lacrimejamento, fotofobia, vermelhidão, dor e edema da pálpebra (7).

No paciente apresentado a afecção oftalmológica observada foi o eritema conjuntival associado a lesões cutâneas periorbitais características da rosácea granulomatosa.

CONCLUSÕES

A rosácea é uma doença inflamatória crônica, com acometimento centrofacial, o qual tem como característica um eritema provocado por alterações vasculares e inflamação, podendo acometer região ocular, mais comum em mulheres 30-60 anos. O diagnóstico é clínico, devido a isso foi elaborado no consenso global de rosácea em 2017 um sistema que baseia-se em fenótipos individuais. Fatores externos também estão relacionados com o quadro como: exposição solar crônica, alteração hormonal, exposição a alimentos com altas temperaturas, uso de bebidas alcoólicas, drogas vasodilatadoras, substâncias ou condições clínicas fotossensibilizantes. Esse novo sistema auxiliou e simplificou o diagnóstico clínico, mas para um diagnóstico e tratamento ideais necessitamos de um sistema de classificação que englobe a descrição clínica, os mecanismos fisiopatológicos e indicadores referentes a doença. Só assim teremos um diagnóstico padrão ouro e um indicador de tratamento personalizado para cada caso.

REFERÊNCIAS

1. Gether L, Overgaard LK, Egeberg A, et al. Incidence and prevalence of rosacea: a systematic review and meta-analysis. *Br J Dermatol*. [Internet]. 2018;179:282-289. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29478264/>
2. Wilkin J. Updating the diagnosis, classification and assessment of rosacea by effacement of subtypes. *Br J Dermatol*. [Internet]. 2017;177:597-598. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/bjd.15632>
3. Saleem MD. Revisiting rosacea criteria: where have we been, where are we going, and how will we get there. *Dermatol Clin*. [Internet]. 2018;36:161-165. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29499799/>
4. Vieira AC, Hofling-Lima AL, Mannis MJ. Ocular rosacea-a review. *Arq Bras Oftalmol*. [Internet]. 2012;75(5):363-369. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492012000500016&lng=en&nrm=iso
5. Bonamingo RR. Rosácea: fatores de risco, etiologia e patogênese. *An Bras Dermatol*. [Internet]. 1999;76:621-4. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-254942>
6. Sherehtz E, Westwick T, Flowers F. Sarcoidal reaction to lymphoma presenting as granulomatous rosacea. *Arch Dermatol*. 1986;122:1303-5.
7. Dahl MV, Katz I, Krueger GG, Milikan LE, Odom RB, Parker F, et al. Topical metronidazole maintains remissions of rosacea. *Arch Dermatol*. [Internet]. 1998;134:679-83. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9645635/>