

## Tratamiento de la «cara roja» con un preparado que contiene furfuralglucitol

Yolanda Fortuño Ruiz, Matthias Krüger Strohschein, Antonio Macaya Pascual y Jordi Peyrí Rey

Servicio de Dermatología. Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge. Barcelona.

**Resumen.**—*Introducción:* con la denominación «cara roja» diferentes autores se han referido a dermatitis de la cara con una hipersensibilidad, reactividad e intolerancia que o no tiene diagnóstico definitivo o es una superposición de diferentes cuadros clínicos. Su manejo terapéutico es difícil. El objetivo de este estudio es confirmar la evidencia de recientes estudios que apuntan la eficacia de la aplicación tópica de un preparado cosmético cuyo principal componente es furfuralglucitol con actividad antioxidante y antiinflamatoria. *Métodos:* se incluyeron 30 pacientes con dermatitis de la cara leve o moderada en un estudio abierto, prospectivo, de 30 días de seguimiento, que siguieron tratamiento con un preparado de furfuralglucitol aplicado dos veces al día. Se valoró la evolución de las lesiones a los 15 y 30 días de iniciarse el tratamiento. *Resultados:* aunque la muestra de 28 pacientes no es muy numerosa permite sacar algunas conclusiones. Sólo un paciente abandonó el tratamiento por falta de efectividad y un caso por intolerancia. En general la valoración del investigador fue muy positiva, tanto en la evolución de cada uno de los síntomas valorados como en la impresión clínica global de la enfermedad. No hubo una respuesta parecida por parte del paciente, apreciando un resultado estético escaso. *Conclusiones:* considerando la levedad del proceso y la exigencia de este tipo de pacientes se consiguen bajos porcentajes de cumplimiento de la pauta prescrita por parte del paciente en cuanto se consigue algo de mejoría. **Palabras clave:** dermatitis de la cara, cara roja, furfuralglucitol.

Fortuño Ruiz Y, et al. Tratamiento de la «cara roja» con un preparado que contiene furfuralglucitol. *Actas Dermosifiliogr* 2002;93(1):63-6.

### MANAGEMENT OF RED FACE WITH A PREPARATION CONTAINING FURFURALGLUCITOL

**Abstract.**—*Background:* The red face is a term used by many authors considering a face with hypersensitivity, reactivity and intolerance with no diagnosis or the superposition of different clinical patterns. The management of this entity is very hard. The present study was undertaken to confirm the evidence of recent papers reporting the efficacy of topical application of a cosmetic product containing furfuralglucitol, a substance with antioxidant and anti-inflammatory activity. *Methods:* Thirty patients with light or moderate face dermatitis were included in an open study, with a 30 days follow-up and a twice day applications. The evolution of the lesions were evaluated at the 15 and 30 days. *Results:* We comment the results though the 28 patients were not a sample enough for take any conclusion. Only one patient withdraw for no effectivity and one case with intolerance. The general evaluation of the investigator was positive both of them the evolution of the lesions and the global intensity of the disease. The patient valuation was not good enough in the aesthetic appreciation. *Conclusions:* The low compliance for the patients may be explained for the non severity of the process and the requirement of this type of patient. **Key words:** face dermatitis, red face, furfuralglucitol.

### INTRODUCCIÓN

La dermatitis de la cara es uno de los problemas cotidianos con los que más se encuentra el dermatólogo y resulta ser un dilema diagnóstico y terapéutico. La piel facial hipersensible, reactiva, intolerante queda frecuentemente sin diagnóstico definitivo y la mayoría de las veces resulta una superposición de diferentes cuadros clínicos. Raymond<sup>1</sup> en una amplia revisión de esta cuestión habla de esta compleja patología con el nombre de *cara roja*. Posteriormente unas

interesantes revisiones de Wilkin<sup>2</sup> y recientemente de Griffiths<sup>3</sup> aportan consideraciones sobre el tema. Como muy bien describe el último autor, se trata de pacientes, principalmente mujeres que han acudido a numerosas consultas y han probado todo tipo de medicaciones tópicas, expresándose de la siguiente manera: «No puedo tolerar ni el agua corriente. Mi cara está continuamente roja, seca y frecuentemente se encuentra acalorada.»

En la lista de las causas más frecuentes, que no quiere decir todas, de «síndrome de la cara roja» (tabla 1) incluimos el llamado síndrome de MARSH, que agrupa manifestaciones clínicas de androgenismo: melasma, acné, rosácea, dermatitis seborreica e hirsutismo.

Ante la dificultad del seguimiento de este tipo de trastorno se han propuesto diferentes terapéuticas

*Correspondencia:* Jordi Peyrí. Servicio de Dermatología. Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge. Feixa Larga, s/n. 08907 L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Aceptado el 6 de octubre de 2001.

**TABLA 1. CAUSAS MÁS FRECUENTES DE ERITEMA FACIAL**

Dermatitis atópica
Dermatitis seborreica
Seborriasis
Dermatitis de contacto
Dermatitis irritativa
Fotodermatitis
Rosácea
Queratosis <i>rubra faciei</i>
Dermatitis perioral
Eritromelanos <i>faciei et colli</i>
Síndrome de MARSH*

\*Melasma, acné, rosácea, dermatitis seborreica, hirsutismo.

locales encaminadas a reducir la sintomatología clínica con el mínimo de efectos secundarios y evitar la taquifilaxia.

Diversos estudios<sup>4,5</sup> parecen confirmar que la aplicación tópica de un preparado cosmético cuyo principal componente es furfuralglucitol, con actividad antioxidante y antiinflamatoria, es un tratamiento alternativo en diversas afecciones inflamatorias de la piel.

La acción antioxidante parece ser de gran eficacia en la dermatitis seborreica<sup>6</sup>, sabiendo que en este proceso hay una reducción significativa de los ácidos grasos poliinsaturados en plasma que producen un estrés oxidativo por afectación de la actividad antioxidante mitocondrial. También en la dermatitis de contacto el furfuralglucitol parece reducir la capacidad oxidativa, que es la causante de radicales libres, posiblemente los principales causantes de la sensibilización por contacto.

El objetivo de este trabajo es comprobar los resultados obtenidos en otros estudios sobre la eficacia de un preparado con furfuralglucitol (2-4-monofurfurylidene-tetra-O-methyl sorbitol) en pacientes afectados de diferentes trastornos agrupados con el nombre de *cara roja*.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

En este estudio observacional, abierto, de 30 días de seguimiento, fueron incluidos 30 pacientes afectados por *cara roja*. Únicamente se admitieron los pacientes con dermatitis leve o moderada.

El tratamiento consistió en dos aplicaciones diarias del preparado con furfuralglucitol durante 30 días. La posología del tratamiento y su duración podía ser modificada a criterio del investigador.

En la visita inicial, además de comprobar los criterios de selección, el investigador valoró el estado general del paciente, así como los síntomas cutáneos (eritema, edema, prurito, descamación), de 0 a 4 según su intensidad.

Se valoró la evolución de las lesiones a los 15 días de iniciarse el tratamiento y al final de los 30 días, así como la aceptación del tratamiento por parte del paciente. La variable principal de evaluación del presente estudio era la efectividad del tratamiento de la cara roja con un preparado con furfuralglucitol a partir de la escala de la impresión global y la evolución de los síntomas de la dermatitis. Junto a la valoración por el investigador se incluyó una valoración estética y de la mejoría global por parte del paciente.

Una vez tabulados los datos para el estudio los resultados se analizaron mediante paquete estadístico SPSS, versión 8.0 o posterior.

**RESULTADOS**

Tres investigadores incluyeron 30 pacientes afectados por diferentes cuadros de dermatitis que para facilitar el control se redujeron a tres grupos: 18 presentaban dermatitis seborreica, 9 dermatitis irritativa y 3 dermatitis atópica. El 70% eran mujeres. Las características de la población, en relación al peso, edad y talla, mostraron unos valores frecuentes en nuestro medio.

Veintiséis pacientes de los 30 incluidos completaron el tratamiento. Dos pacientes no comparecieron, sin justificar el motivo, y un paciente no completó el período de seguimiento por falta de eficacia del tratamiento. Un paciente presentó reacción de intolerancia que remitió a los pocos días de abandonar el tratamiento.

En la **figura 1** se puede observar la evolución del eritema a lo largo de 30 días de tratamiento. Antes de iniciar el tratamiento sólo en un paciente la intensidad del eritema era 1. A los 30 días encontramos en más de un 50% de los pacientes una intensidad entre 0 y 1. De forma correspondiente se redujeron de forma significativa los pacientes con una intensidad de 3 ó 4. Las diferencias que se observaron en el conjunto de las tres visitas resultaron estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ).

La intensidad del edema de las lesiones entre los pacientes estudiados fue sensiblemente menor al eri-

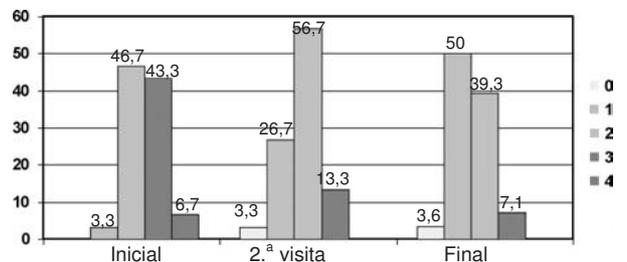


FIG. 1.—Evolución del eritema. Porcentaje de pacientes en cada grupo según la intensidad del síntoma (de 0 a 4). T Wilcoxon,  $p < 0,001$  entre visita inicial y las visita segunda y final;  $p < 0,05$  entre visita segunda y final (n = 30 en visitas basal y segunda; n = 28 en visita final).

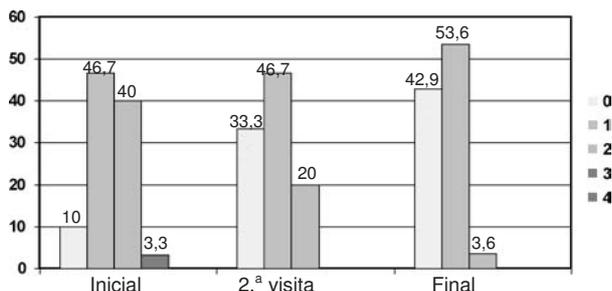


FIG. 2.—Evolución del edema. Porcentaje de pacientes en cada grupo según la intensidad del síntoma (de 0 a 4). T Wilcoxon,  $p < 0,001$  entre visita inicial y final;  $p < 0,01$  entre inicial y segunda visita;  $p < 0,05$  entre segunda y final; (n=30 en visitas basal y segunda; n=28 en visita final).

tema (fig. 2). La mejoría del edema a través del seguimiento fue notable: del 10% de los pacientes sin edema al inicio, al final este grupo era de un 42,9%. Sólo un paciente presentaba una intensidad 2 en ese momento.

El prurito estaba presente en 27 pacientes. Al finalizar el tratamiento 26 pacientes fueron clasificados dentro del grupo sin prurito o con intensidad 1. Del 10% sin prurito en la visita inicial pasamos al 35,7% en la visita final (fig. 3). La evolución del prurito a lo largo de las tres visitas de control en la población analizada fue estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ).

La evolución del último de los síntomas, la descamación, en los pacientes que seguían el tratamiento se refleja en la figura 4. El 23,3% de los casos no presentaron este síntoma al inicio del estudio. Por el contrario, cinco pacientes fueron clasificados con una intensidad de 3 y 4. Al finalizar el seguimiento, a los 30 días sólo se identificó a un paciente con descamación igual a 3, y por el contrario fueron 11 (39,3%) los pacientes sin este síntoma. Las diferencias más destacadas las encontramos en el grupo de pacientes clasificados con una intensidad de 1, que eran un 30% al inicio del estudio y a los 30 días eran un 50%. La evolución positiva de la descamación a lo largo de los tres controles también fue significativa ( $p < 0,05$ ).

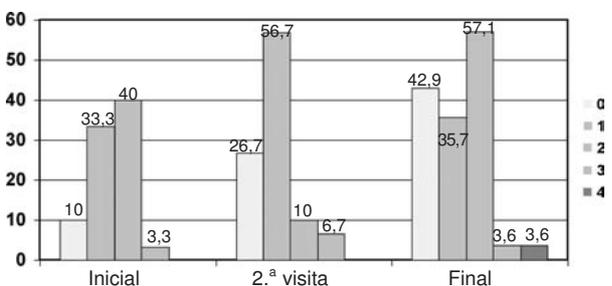


FIG. 3.—Evolución del prurito. Porcentaje de pacientes en cada grupo según la intensidad del síntoma (de 0 a 4). T Wilcoxon,  $p < 0,001$  entre visita inicial y las visitas segunda y final; no significativo entre segunda y final (n=30 en visitas basal y segunda; n=28 en visita final).

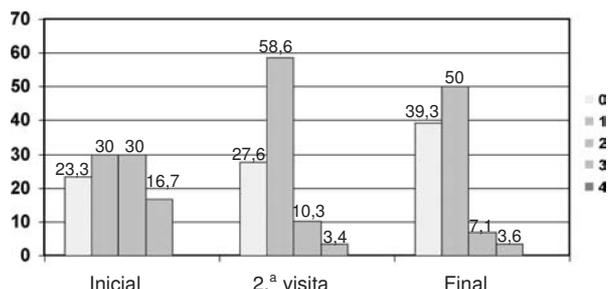


FIG. 4.—Evolución de la descamación. Porcentaje de cada grupo según la intensidad del síntoma (de 0 a 4). T Wilcoxon,  $p < 0,01$  entre visita inicial y las visitas segunda y final; no significativo entre segunda y final (n=30 en visitas basal y segunda; n=28 en visita final).

La descamación era muy evidente en cuatro pacientes. En el primer control ya había disminuido a intensidad 1 desde una intensidad inicial de 3 y 4. En la visita final la intensidad de la descamación era igual a 0.

La evolución de la impresión clínica del investigador acerca de la intensidad de la enfermedad a lo largo de los 30 días de seguimiento fue altamente positiva. Las diferencias entre las tres visitas fueron estadísticamente significativas ( $p < 0,0001$ ). En el control final, 19 pacientes fueron clasificados como muy levemente afectados o sin dermatitis; sólo en 3 casos se clasificó al paciente como ligeramente afectado.

La mejoría estética, valorada por la evolución de la dermatitis desde la primera visita, fue percibida por una amplia mayoría de los pacientes. Debe remarcarse que un 44,8% de los pacientes consideraron en la visita segunda que la mejoría estética era escasa y un 59,3% en la visita final; en el segundo control un 6,9% de los pacientes consideraron que se encontraban igual que antes de iniciar el tratamiento y en la visita final el porcentaje de pacientes que consideraron encontrarse igual fue del 29,6%.

Veintiocho pacientes cumplieron el tratamiento en menos del 80% de las aplicaciones prescritas por el investigador y un 25% cumplieron con menos del 60% de las aplicaciones prescritas.

## DISCUSIÓN

El tratamiento de las dermatitis de la cara, dentro del complejo grupo llamado *cara roja*, es difícil y muy problemático. El uso de corticosteroides tópicos es desaconsejable puesto que la mejoría inicial produce rápidamente una dependencia que conducirá a los efectos secundarios ya conocidos. La descamación y tirantez de la cara es atribuida por la mayoría de los pacientes a que tienen una piel seca y la aplicación de productos emolientes grasos conducen, después de una mejoría inicial, a un agravamiento del cuadro. Es por ello que

se aconseja la abstención de la mayoría de los productos cosméticos y sólo los emolientes no grasos pueden constituir un alivio para el paciente. Deben de ser informados de que en la mayoría de los casos el componente seboreico es responsable de su irritación facial.

En este estudio se trataba de valorar la efectividad de un preparado con furfuralglucitol en pacientes afectados de *cara roja*, y aunque la muestra de 28 pacientes no es muy numerosa permite sacar algunas conclusiones. Sólo un paciente abandonó el tratamiento por falta de efectividad y un caso por intolerancia.

En general, la valoración del investigador a lo largo del seguimiento es muy positiva, tanto en la evolución de cada uno de los síntomas valorados (eritema, prurito, edema y descamación) como en la impresión clínica global de la intensidad de la enfermedad y con relación a la mejoría global. En cada uno de los síntomas valorados se observó una mejoría significativa a los 30 días de tratamiento con el preparado de furfuralglucitol.

Es importante mencionar que el porcentaje de cumplimiento de la pauta prescrita por parte del paciente no fue muy elevada, pues tan sólo la mitad de los pacientes valorados en la visita final cumplían con más de un 80% de las aplicaciones prescritas. Obviamente, un mejor cumplimiento debería producir unos mejores resultados en la valoración de los diferentes síntomas. Suponemos que debe ser difícil conseguir un total cumplimiento en unas afecciones que en la mayoría de nuestros casos fueron de baja intensidad y la mejoría parcial a partir de las primeras aplicaciones supone una cierta relajación en las aplicaciones.

La buena opinión del investigador respecto a la

efectividad del tratamiento no fue compartida de modo similar por los pacientes. La mejoría estética fue considerada en muchos casos como escasa y decían que habían experimentado pocos cambios respecto al comienzo del tratamiento. Esta discordancia puede deberse a la mayor exigencia de este tipo de pacientes y a la postura que adoptan frente a este proceso, frecuentemente crónico y principalmente antiestético.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Reymond JL. Diagnostic d'un visage rouge. *Ann Dermatol* 1991;118:145-50.
2. Wilkin JK. The red face: flushing disorders. *Clinics in Dermatology* 1993;11:211-3.
3. Griffiths WAD. The red face - an overview and delineation of the MARSH syndrome. *Clin Exp Dermatol* 1998;24:42-7.
4. Vena GA, Cassano N, Mastrolonardo M, Loconsole F, Coviello C, Arpaia N. Management of some inflammatory dermatoses with a cosmetic preparation containing antioxidant 7 antiinflammatory agents. *G Ital Dermatol* 1998;133:373-80.
5. Vena GA, Coviello C, Lonosole F, Cassano N, Foti C, Mastrolonardo M. Trattamento della dermatite seborea con una crema contenente fluralglucitolo. *An Ital Dermatol Clinic Sperim* 1996;50:3-5.
6. Passi S. Biochemical aspects of seborrheic dermatitis. En: Ippolito F, editor. *Proceedings of symposium on seborrheic dermatitis*. Rome: Boll Inst. Dermatol S Gallicano XIV; 1993.